

ULL

Universidad
de La Laguna

TRABAJO FIN DE GRADO 2014/2015

LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DESDE EL TRABAJO SOCIAL

Alumno: **Carlos Gómez Casado**
4º Trabajo Social

Tutor: **D. Juan Manuel Herrera Hernández**
Departamento de Ciencias de la Comunicación y Trabajo Social.
Facultad de Ciencias Políticas, Sociales y de la Comunicación.
Universidad de La Laguna.



En La Laguna a, xx de septiembre de 2015

AGRADECIMIENTOS

Llegando al final de esta etapa, tomo conciencia del recorrido realizado y puedo reconocer quien ha estado a mi lado desde el principio. Para estas bellas almas va mi agradecimiento por el respeto, la confianza, el amor y la paciencia que tienen conmigo.

Eva, Mario y Gema, mi familia. José Goya, amigo y maestro en la vida.

En el ámbito académico, distintos profesores y profesoras han dejado su particular huella, aunque ha sido mi tutor de este trabajo de fin de grado, Juan M. Herrera, quien ha abierto el camino para mí dentro del Trabajo Social. Agradezco a todos y todas su respeto. Asimismo, a mis compañeros y compañeras por tratarme como un igual y haberme permitido formar parte de sus vidas en esta etapa.

Por último, quiero agradecer a los Trabajadores y Trabajadoras Sociales que han colaborado en este trabajo por abrirse y darse a la experiencia, por su honestidad, autenticidad, y pasión y entrega a la profesión.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1. MARCO TEÓRICO | 4 |
| 1.1. La persona como finalidad de la intervención terapéutica | 4 |
| 1.2. Contexto de la intervención terapéutica | 7 |
| 1.3. La intervención terapéutica: la psicoterapia..... | 9 |
| 1.4. El Trabajo Social Clínico como psicoterapia en la relación de ayuda | 12 |
| 1.4.1. El Trabajo Social Clínico como recurso de ayuda emocional..... | 15 |
| 1.4.2. El proceso de intervención terapéutica..... | 16 |
| 1.5. La intervención terapéutica y los factores de éxito | 22 |
| 2. FINALIDAD Y OBJETIVOS | 26 |
| 3. MÉTODO | 26 |
| 3.1. Muestra..... | 26 |
| 3.2. Técnica e Instrumento | 28 |
| 3.3. Procedimiento..... | 28 |
| 4. RESULTADOS | 29 |
| 4.1. Resultados de la dimensión socio-profesional | 29 |
| 4.2. Resultados de la dimensión metodológica | 31 |
| 4.2.1. ¿Cuál o cuáles teorías y/o modelos de intervención sustentan tu práctica profesional? | 31 |
| 4.2.2. ¿Aplicar un modelo de intervención garantiza el éxito de la misma? ¿Por qué? | 32 |
| 4.2.3. ¿En qué fuentes, instrumentos y/o técnicas, te apoyas para realizar el diagnóstico?..... | 34 |
| 4.2.4. ¿Qué técnicas utilizas en la intervención? ¿Con qué criterio? | 36 |
| 4.3. Resultados de la dimensión contextual | 38 |
| 4.3.1. ¿Qué perfil tienen los/as usuarios/as y/o clientes con los/las que intervienes?..... | 38 |

| | |
|--|----|
| 4.3.2 ¿Cuáles son sus necesidades /dificultades más frecuentes? | 40 |
| 4.2.3. ¿Dónde realizas las intervenciones?..... | 41 |
| 4.4. Resultados de la dimensión eficacia terapéutica | 42 |
| 4.4.1. ¿Puedes explicar qué factores consideras principales para que la intervención tenga resultados positivos?..... | 42 |
| 4.4.2 ¿Consideras que "el vínculo" que se genera en la relación es un factor de motivación al cambio? ¿Por qué?..... | 43 |
| 4.4.3. ¿Tienes algún espacio donde puedas" supervisar" tu práctica profesional? ¿Lo consideras necesario y útil?..... | 46 |
| 5. DISCUSIÓN..... | 48 |
| 5.1. Dimensión Metodológica | 48 |
| 5.2. Dimensión Contextual..... | 50 |
| 5.3. Dimensión Eficacia Terapéutica..... | 51 |
| 6. CONCLUSIONES..... | 54 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA | |
| 8. ANEXOS | |
| Anexo 1: Cuestionario | |
| Anexo 2: Detalle del perfil profesional de los/as participantes | |
| Anexo 3: Modelos de intervención - Conceptos clave | |
| Anexo 4: Funciones de la entrevista dentro de la intervención terapéutica | |
| Anexo 5: Condiciones necesarias y suficientes para el cambio | |

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Modelos de Psicoterapia e intervenciones características de las correspondientes entrevistas terapéuticas | 23 |
| Tabla 2. Criterios epistemológicos de un tratamiento válido | 24 |
| Tabla 3. Perfil sociodemográfico de los/as participantes I | 27 |
| Tabla 4. Perfil sociodemográfico de los/as participantes II | 28 |
| Tabla 5. Resultados del perfil profesional y especializado de los/as participantes | 31 |
| Figura 1. Teorías, métodos y modelos que sustentan la práctica profesional | 32 |
| Figura 2. La aplicación de un modelo no garantiza el éxito de la intervención | 33 |
| Figura 3. Resumen de instrumentos y/o técnicas para la realización del diagnóstico | 35 |
| Figura 4. Resumen de técnicas y criterios de uso | 37 |
| Figura 5. Resumen del perfil de usuarios/as con los/as que intervienes | 39 |
| Figura 6. Necesidades/dificultades más frecuentes | 41 |
| Figura 7. Resumen de los espacios de intervención por segmentos de población | 42 |
| Figura 8. Resumen factores principales del éxito en la intervención | 43 |
| Figura 9. Resumen de las características que acompañan al vínculo como factor de motivación al cambio | 45 |
| Figura 10. El espacio de supervisión profesional es imprescindible | 47 |

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de fin de grado responde a las exigencias requeridas para obtener el grado de Trabajo Social y el mismo se ha estructurado en los siguientes apartados:

1. Marco conceptual y teórico: En el marco teórico se recoge lo que la literatura revisada aporta sobre la intervención terapéutica, tal y como se concibe desde el trabajo social.
2. Finalidad y objetivo: Se explica la finalidad del presente trabajo, así como los objetivos marcados para llegar a su consecución.
3. Método: En este apartado comienza a desarrollarse el trabajo empírico. Se explica el procedimiento empleado para llegar a los resultados, detallando el cómo y se presenta la muestra, el instrumento y la técnica empleados.
4. Resultados: Se describen los resultados obtenidos por medio del procedimiento realizado, una vez efectuado el vaciado de datos y tratamiento de los mismos.
5. Discusión: Se presentan los resultados de una forma analítica, contrastada, y pudiendo o no coincidir con lo recogido en el marco teórico publicado por distintos autores.
6. Conclusiones: En este apartado se exponen las reflexiones finales acerca del objeto y finalidad del presente trabajo y se proponen nuevas posibles líneas de investigación.
7. Referencias Bibliográficas: Se incluyen algunas de las referencias bibliográficas utilizadas para la realización del presente trabajo. Muchas otras no están incluidas al no estar citadas textualmente en el mismo, pero también han servido para su configuración.

8. Anexos: Se incluyen en este apartado distintos anexos que permiten mostrar el instrumento utilizado para la investigación empírica, así como información relevante que complementa el trabajo y que permite una mejor comprensión del mismo de una forma integral.

Una vez expuesta la estructura del presente trabajo tengo la necesidad de explicar cuál ha sido la razón que me ha llevado a la elección del tema de estudio. Principalmente la he basado en mi propia historia personal. Mi motivación para mejorar día a día hacia un mayor bienestar, basado principalmente en una mayor comprensión de mi mismo, me ha llevado a realizar distintos procesos terapéuticos y psicoterapéuticos, y a formarme en distintas disciplinas como Yoga y Terapia Gestalt, además de distintos cursos y retiros sobre Meditación y distintas prácticas espirituales, buscando incrementar mi presencia, mi autenticidad, honestidad, claridad y compasión.

"Si quieres cambiar al mundo, cámbiate a ti mismo" (Mahatma Gandhi)

Esta frase de Gandhi es imprescindible para un agente de cambio, es imprescindible para un Trabajador o Trabajadora Social que lucha por la justicia social, la igualdad y paz social, los derechos humanos, en definitiva, por la base de nuestra sociedad, las personas. Y hacia ellas es hacia donde me oriento en mi labor profesional, con todo lo que tengo, con todo lo que soy. Confiando en lo que llevo dentro de mi caja de herramientas, pero sobre todo, vibrando con los principios y valores que propone el Trabajo Social.

En este trabajo se habla de personas, así, la persona ha sido, es y seguirá siendo un "ser misterioso e inacabado" (Moreno Villa, 1997), con una serie de necesidades que se pueden clasificar en distintas dimensiones relacionadas entre sí, formando un sistema en el que todas sus partes afectan las demás. Por eso, en la intervención terapéutica, tenemos que ver a la persona de una forma integral u holística, como un ser biopsicosocial, así lo señala Hamilton (1984).

El contexto de la intervención terapéutica es la relación de ayuda, que se puede definir como *"toda relación en la que al menos una de las partes intenta promover en el otro el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada. El otro, en este contexto, puede ser un individuo o un grupo..."*,

esta es una definición de propone Rogers (1961), esta relación de ayuda se puede dar en cualquier ámbito y con muy diferentes actores o agentes, haciendo válida la expresión de Ruesch (1981) "*la comunicación terapéutica se da en todas partes*" o como cuando Maslow habla de "*milagros cotidianos terapéuticos*". Según Escartín, Palomar & Suárez (1997) "*La relación de ayuda es el principal instrumento del que dispone el trabajo social de casos o individualizado...*", por lo que esa relación de ayuda en un contexto profesional, de una forma planificada y con el objetivo de aliviar los síntomas y el malestar, contribuyendo a mejorar la salud física, emocional, mental y espiritual de las personas se define como psicoterapia (Frank,1985). Así Ituarte (1992), mediante la Psicoterapia como forma de relación terapéutica, reivindica el Trabajo Social Clínico y la función terapéutica del Trabajo Social, dotándolo de los elementos necesarios para realizarlo de la forma más útil para el cliente o clientes, sea una persona, familia o grupo pequeño.

Por último y antes de abordar el trabajo empírico, se analizarán los factores de éxito, enfoques, modelos y estrategias que según Navarro (1997) , no garantizan el éxito de la intervención, mientras que Nardone y Selekman (2013), proponen una clasificación de factores para que el tratamiento consensuado entre cliente y profesional dentro del proceso de intervención sea válido, para finalmente mostrar, según Lambert (1992), que la voluntad de involucrarse de la persona, junto con la alianza terapéutica, son los factores de éxito que más ponderación tienen en el resultado final.

1. MARCO TEÓRICO

Este apartado se divide en cinco bloques: el primero de ellos trata sobre el concepto de ser persona y sus características; en el segundo bloque, se desarrolla la relación de ayuda, concepto, definiciones y matices; en el tercer bloque, se aborda la psicoterapia, concepto y definiciones de distintos autores, así como la formación necesaria para su ejercicio profesional; en el cuarto bloque, se desarrolla el Trabajo Social Clínico como recurso de ayuda emocional y el proceso de intervención terapéutica mediante la psicoterapia; por último, en el quinto bloque, se analizan los factores que llevan al éxito en la intervención.

1.1. La persona como finalidad de la intervención terapéutica

Cuando hablamos de personas, debemos acotarlo y para ello partimos del **concepto integral de persona**. La persona es un ser "misterioso", Moreno Villa (1997) en Madrid (2005;59), dice sobre la persona:

Sobre la persona, sabemos muchas cosas, pero nunca las sabremos acabadamente y por completo, ya que, en la medida en que la conocemos, más nos percatamos que todavía nos queda mucho por conocer, pues no puede ser aprehendida como algo fijo y esclerótico, sino que la viveza de su libertad y su posesión mantiene siempre en vilo su comprensión total...

La persona-la mía, pero sobre todo la del otro-, es una realidad que se resiste a ser aprehendida por completo, ya que no puede ser dicha de una vez para siempre, y a su misterio solo accederé en la medida que el otro se conozca a sí mismo, y en tanto que el otro me lo quiera decir.

Por eso, en la captación de la persona, todo nuestro conocimiento siempre debe ser reconocimiento, y no solo del otro, sino también de nosotros mismos. (Madrid, 2005:59)

La persona es una realidad sumamente compleja, es objeto de estudio de muchas ciencias y éstas ofrecen un concepto de acuerdo con su área específica de estudio, pueden caer en la tentación de realizar afirmaciones generales y absolutas, olvidando que han estudiado a la persona desde una perspectiva concreta y limitada. Por eso, es

necesario integrar los conocimientos de todas las disciplinas, para evitar el reduccionismo y tener una visión integradora e integral de la persona.

Las principales características se pueden agrupar en cuatro dimensiones básicas:

- a. Dimensión biológica: Incluye las funciones de la vida orgánica de la persona como ser vivo. Nace, crece, vive, se alimenta, se reproduce y muere. Escasa plasticidad en los procesos, comunes a muchos otros seres vivos.
- b. Dimensión cognitiva: Estudia la dimensión de la persona en base a lo que piensa. En sus niveles más elementales es compartida con otros animales, aunque la complejidad del pensamiento humano supera a cualquiera de éstos.
- c. Dimensión relacional: Las personas son seres relacionales. El yo toma conciencia de sí mismo para ir al encuentro del tú. La calidad de las relaciones son un punto principal en el equilibrio del yo. En esta dimensión se sitúan las emociones.
- d. Dimensión Noética: representa la más noble y trascendente de la persona, a la vez que la define en su núcleo más profundo. Los valores superiores, la responsabilidad personal, la libertad, el amor, el sentido existencial, etc.
En esta dimensión el estudio de la persona se vuelve inabarcable.

Estas cuatro dimensiones forman una estructura sistémica, cada una interactúa con el resto formando un todo, de modo que cuando una funciona deficientemente o positivamente influye a las demás. Difícilmente, nos encontraremos un problema que afecte solo a una de las dimensiones, aunque es posible que se manifieste en una dimensión con más intensidad que en otras, pudiendo ser una visión subjetiva de la persona que manifiesta el problema (Madrid, 2005, págs. 58-59;63-65).

Desde aquí, resaltamos la necesidad de abordar las necesidades de los seres humanos, considerando todas las dimensiones anteriormente expuestas. Así, Gordon Hamilton (1984) en Fernández y otros (2005:26), nos señala la idea del hombre como sujeto psicosocial:

El hombre es un organismo biosocial; <<el caso>>, el problema y el tratamiento siempre deben ser considerados por el trabajador social como un proceso psicosocial. Un caso social no está determinado por el tipo de cliente (sea una familia, un niño, un anciano, un adolescente), ni puede determinarse

por el tipo de problemas (sea una dificultad económica o un problema de conducta). El caso social <<es un acontecimiento vivo>> que siempre incluye factores económicos, físicos, mentales, emocionales y sociales en proporciones diversas. Un caso social se compone de factores internos y externos, o sea, relativos al medio ambiente. No solo se trata a la gente en el sentido físico, o al ambiente en el sentido físico, sino que se estudia a los individuos en todo lo que se relaciona con sus experiencias sociales, así como sus sentimientos sobre estas experiencias. (Fernández y otros, 2005:26)

1.2. Contexto de la intervención terapéutica

Hablar de intervención terapéutica implica describir la relación de ayuda como contexto de trabajo. Afortunadamente, la relación de ayuda no solo se da en contextos profesionales, sino que se da frecuentemente en la vida ordinaria y en ámbitos muy diversos, entre una madre y un hijo, en una ONG, un asesor religioso, un funcionario de prisiones comprensivo, un matrimonio amigo, una cuidadora de un anciano, etc. Estos son los milagros a los que alude Maslow, cuando habla de "*milagros cotidianos terapéuticos*". Todos estos agentes de ayuda no profesionales hacen válida la expresión de Ruesch (1980) "*la comunicación terapéutica se da en todas partes*" (Madrid, 2005, pág. 74).

Ruesch (1984) en Madrid (2005:75) explica en este párrafo la diversidad de las relaciones de ayuda:

La comunicación es una función universal del hombre que no está restringida en particular a ningún lugar, tiempo o contexto; y, desde un punto de vista básico, la comunicación capaz de producir un efecto terapéutico no difiere en modo alguno de lo que ocurre en los intercambios comunes y ordinarios. La comunicación terapéutica no se limita por lo general a terapeuta y paciente solamente. Un niño puede ser terapeuta de la madre, y un patrón puede serlo de su empleado; la terapia es efectuada durante todo el día por mucha gente que ignora estar obrando como terapeuta, y son muchos los que sin saberlo sacan provecho de tales experiencias. La comunicación terapéutica no es un método inventado por los médicos para combatir enfermedades; es sencillamente algo que ocurre espontáneamente por todas partes en la vida cotidiana, y el médico se ve desafiado a lograr que estos hechos de ocurrencia natural sucedan con mayor frecuencia. (Madrid, 2005:75)

Gross y McMullen (1982) en Madrid (2005:76), definen la relación de ayuda como:

Cualquier acto de dar y recibir ayuda con la intención de aliviar el sufrimiento o de mejorar la calidad de vida...las interacciones de ayuda pueden tener lugar durante una entrevista fortuita o en el contexto de una relación social íntima, continua, como un matrimonio o parentesco. La ayuda se puede obtener de los

amigos, vecinos, extraños o personas expertas; y los motivos para proporcionarla pueden abarcar desde el altruismo voluntario a la provisión del servicio mediante el pago. (Madrid, 2005:76)

Rogers (1961) en Madrid (2005:79), expresa que la relación de ayuda es:

Toda relación en la que al menos una de las partes intenta promover en el otro el desarrollo, la maduración y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada. El otro, en este contexto, puede ser un individuo o un grupo... (Madrid, 2005:79).

Para Madrid (2005:82), la relación de ayuda se define como:

"Un encuentro personal, entre una persona que pide ayuda para modificar algunos aspectos de su modo de pensar, sentir y actuar y otra persona que quiere ayudarle, dentro de un marco interpersonal adecuado".

Por último, destaco unas reflexiones de Escartín, Palomar y Suárez (1997) que ponen de manifiesto como el Trabajo Social y la relación de ayuda mantienen una relación simbiótica, configurándose claramente la relación de ayuda como principal pilar dentro del Trabajo Social de Casos:

La relación de ayuda es el principal instrumento en el Trabajo Social de Casos o individualizado. Es el vehículo fundamental para la ayuda. La relación parte de la configuración de un sistema de acción con el individuo, un tipo de interacción mutua o interpersonal que se fomenta con un propósito: crear ese espacio terapéutico positivo, libre de amenazas externas e internas sobre el problema y el sujeto.

El trabajador social usa su relación con el cliente de varias formas:

- como medio de comprensión de su problema.
- para proporcionarle apoyo y/u ofrecer en ocasiones otra clase de experiencia, que pueda actuar de correctivo cuando el desarrollo ha sido previamente distorsionado por experiencias desafortunadas. Es decir, el trabajador social usa intencionadamente la relación profesional como técnica de ayuda al cliente.

Para el contexto de ese desarrollo relacional, el trabajador social debe poner en marcha toda una serie de conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas, tendentes a hacer de la relación un instrumento para el cambio... (Escartín, Palomar, & Suárez, 1997, pág. 66)

1.3. La intervención terapéutica: la psicoterapia

Etimológicamente la palabra intervención está formada por tres elementos latinos, el primero, el prefijo *inter* = entre, el segundo, el verbo *venire* = venir y el tercero, el sufijo *-ción* = acción o efecto. Si damos coherencia al término, sería algo así como "acción y efecto de venir entre" (Etimologías de Chile, 2015). Un ejemplo sería cuando alguien viene y se mete en medio de dos personas que se están peleando. Por otro lado, etimológicamente, la palabra Terapia proviene del griego *θεραπεία* = *therapia* = tratamiento. Tratamiento o terapia es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de las enfermedades o síntomas. Es un tipo de juicio clínico. Son sinónimos: terapia, terapéutico, cura, método curativo. En el diccionario castellano terapia significa *terapéutica*. Terapéutica, es la rama de las ciencias de la salud que se ocupa de los medios empleados y su forma de aplicarlos en el tratamiento de las enfermedades, con el fin de aliviar los síntomas o de producir la curación (lexicoon, 2015).

Por ello y centrándonos en el objetivo de este trabajo, se desarrolla a continuación la intervención psicoterapéutica como relación de ayuda terapéutica dentro de la variedad de formas de prestar ayuda desde los diferentes ámbitos profesionales.

Hay muchas definiciones de psicoterapia. Cada autor elabora la suya en base a la escuela a la que pertenece o en base a los aspectos que presta más atención. A continuación indico algunas definiciones de psicoterapia relevantes:

Según Poch y Ávila (1998) en Herrera, Mesa & Almeida (2012:1):

La psicoterapia puede definirse desde distintos ejes (objetivos, procedimientos, profesionales implicados, tipo de relación, etc.) y que 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. (Herrera, Mesa & Almeida, 2012:1)

Así, según Gómez y Villoria (2010:51) en Herrera, Mesa & Almeida (2012:1), "*El término psicoterapia se encuentra ampliamente difundido, englobando un conjunto de diferentes técnicas, llevadas a cabo por distintos profesionales y con finalidades diversas*".

Jerome D. Frank (1985) en Madrid (2005:69), formula su definición con la intención expresa de que sea "*lo suficientemente amplia como para incluir todo lo que entra dentro del término,*

La psicoterapia es una interacción planificada, cargada emocionalmente, y de confianza, entre una persona que cura, entrenada y sancionada socialmente, y otra que sufre. A lo largo de la interacción el que cura busca aliviar el dolor y el malestar del que sufre a través de comunicaciones simbólicas, fundamentalmente palabras, aunque a veces también a través de actividades corporales. El que cura puede hacer participar o no a los parientes del paciente, o a otros, en sus rituales de cura. La psicoterapia incluye ayudar al paciente a aceptar y soportar el sufrimiento como un aspecto inevitable de la vida que se puede utilizar como una oportunidad para el crecimiento personal. (Madrid, 2005:69)

Según la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP):

La psicoterapia es un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia. (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia, 2015)

La Psicoterapia no es exclusiva de ninguna profesión y no está regulada como práctica profesional en España. Encuadrada dentro de *la relación de ayuda*, es un ámbito de intervención multidisciplinar que está directamente relacionada con las profesiones de las ciencias sociales.

Todavía no existe un consenso dentro de la comunidad científica en cuanto al concepto de lo que es la Psicoterapia, como vimos anteriormente, pero en la declaración de Estrasburgo de 21 de octubre de 1990 de la Asociación Europea de Psicoterapia, se establece:

- 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
- La formación se desarrolla completamente e incluye la teoría, la experiencia personal y práctica supervisada.
- Se accede a la formación a través de varias cualificaciones preliminares, en particular ciencias sociales y humanas.

Tradicionalmente se ha asociado a profesiones concretas, como la psicología o la psiquiatría, pero según Mustieles (2007:91) en Herrera, Mesa & Almeida (2012:2):

...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. (Herrera, Mesa & Almeida, 2012:2)

La recopilación de definiciones hecha por Garrido (1994) y Mustieles (2007), de distintos profesionales de diferentes disciplinas y seguidores de distintos modelos teóricos, nada menos que sesenta y cuatro, nos hablan de "profesionales cualificados", de "profesionales clínicos", haciendo visibles que los principios psicológicos son inherentes a la palabra terapia (Herrera, Mesa, & Almeida, 2012, pág. 2).

Dependiendo de los países, nos encontramos con una diversidad de profesionales que tradicionalmente practican la Psicoterapia. En los países anglosajones, los trabajadores sociales y los enfermeros psiquiátricos. En Alemania los psicopedagogos. En Francia los educadores familiares y psicomotricistas y en España una variedad de profesiones

que se integran dentro de las definidas como sociosanitarias o biopsicosociales (Pereira, 2009) en Herrera, Mesa & Almeida (2012:3).

1.4. El Trabajo Social Clínico como psicoterapia en la relación de ayuda

Entendiendo que el hombre es un ser biopsicosocial, como disciplina científica el trabajo social se nutre de otras disciplinas o ciencias para conformarse como tal, Psicología, Sociología, Ciencias de la Salud, Teoría de la comunicación, Teoría de Sistemas, Ecología, Derecho, Economía, etc., para comprender el objeto de conocimiento que es el ser biopsicosocial en interacción con su medio.

Así siguiendo a Hamilton (1984) en Ituarte (1992:XXIII):

El hombre es un organismo biopsicosocial; "el caso", el problema y el tratamiento siempre deben ser considerados por el trabajador social como un proceso psicosocial (...) El caso social es un "acontecimiento vivo" en el que siempre influyen factores económicos, físicos, mentales, emocionales y sociales, en proporciones diversas (...) cuando se piensa en un caso social debe siempre considerarse en términos de factores interactuantes, tanto internos como externos (...) Fundamentalmente todos los casos sociales tienen características "internas" y "externas", e incluyen una persona y una situación, una realidad objetiva y el significado que esta realidad objetiva tiene para quien la experimenta. No es posible restringir la función del trabajo social de casos a la modificación de las condiciones "externas", ya que el problema generalmente es interpersonal así como social. No solo es imposible separar con éxito los factores externos y emocionales, sino que el punto de vista psicológico del cliente ejerce influencias sobre la manera de abordar las situaciones reales. (Ituarte, 1992:XXIII)

La respuesta que procura el Trabajo Social a lo largo de la historia se ha visto influenciada por distintos enfoques u orientaciones siempre atendiendo a "la comprensión psicosocial de la persona y su problema" y como resultado, el establecimiento de una atención psicosocial ha sido la norma profesional. No siempre ésta ha tenido un carácter terapéutico, algunas veces la situación no lo requería, o los y las profesionales del trabajo social tenían una orientación más de tipo educativo.

De cualquier forma este tipo de intervención se denominó "intervención directa" o "Trabajo Social Directo", ya que interactuaba con el cliente, diferenciándose de la "intervención indirecta o "Trabajo Social indirecto" donde la interacción del Trabajo Social era con el medio. En la década de los sesenta, se trata de diferenciar y el Trabajo Social directo, se define como Trabajo Social Clínico (Ituarte, 1992, pág. XXIV).

Siguiendo a Ituarte (1992):

El planteamiento educativo y el terapéutico no eran - no son-, en realidad antagónicos, pero si responden a dos formas diversas de entender la profesión y consecuentemente, se plasman en prácticas profesionales diferentes. Si en el planteamiento que hemos llamado "educativo" el trabajador social se coloca ante el cliente (persona, familia, grupo) como "el que sabe", y , consecuentemente, trata de enseñarle, en el planteamiento "terapéutico", el trabajador social se coloca ante el cliente en posición de escucha, de aprendizaje: sólo escuchando y comprendiendo al cliente, podrá ayudarlo a comprender, a su vez que es lo que le sucede y de qué manera puede tratar de encontrar respuestas a sus dificultades. De esta manera, el elemento más importante a lo largo de todo el proceso (recepción de demanda, diagnóstico, tratamiento,...) es el cliente, a partir de cuya realidad el trabajo terapéutico puede realizarse.... el Trabajo Social Clínico reivindica la función terapéutica del Trabajo Social y trata de dotarse de los elementos necesarios para poder realizarla en la forma más científica y correcta posible, más útil por lo tanto para el "cliente", sea una persona, una familia o un grupo pequeño". (Ituarte, 1992, pág. 4).

La definición de Trabajo Social Clínico que propone Ituarte (1992), es la siguiente:

El Trabajo Social Clínico es una forma especializada del Trabajo Social que siguiendo el procedimiento científico y por medio de un proceso psicoterapéutico trata de ayudar a personas, familias y/o grupos pequeños que se encuentran en situaciones de conflicto manifestadas por problemas psicosociales, a que desarrollen sus capacidades tanto psicológicas como sociales, en forma que puedan hacer frente en mejores condiciones tanto a sus problemas actuales, como a otras situaciones conflictivas que pudieran presentárseles en el futuro, tratando de ayudarles a desarrollar su capacidad de comprensión (de sí mismos y de su entorno), su tolerancia ante el sufrimiento y

la frustración, así como su capacidad para utilizar adecuadamente sus propios recursos personales y los que ofrece el medio social (Ituarte, 1992, pág. 11).

La formación necesaria según Ituarte para el desempeño de la especialidad de Clínica consta:

- de la formación generalista, incluyendo en ésta el estudio de las distintas teorías y modelos en cuanto al Trabajo Social Clínico.
- de la formación práctica, considerándola imprescindible. Deberá estar controlada y dirigida por profesionales. Esta formación deberá ser permanente y duradera en el tiempo, mediante el estudio, los grupos de discusión y la supervisión, tanto individual como grupal (Ituarte, 1992, pág. 58:59).

En cuanto al aspecto formativo, el Consejo General de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, con fecha 19 de mayo de 2011, establece *"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"*.

1.4.1. El Trabajo Social Clínico como recurso de ayuda emocional

Según Madrid (2005), el conflicto psicológico o problema, es un estado de insatisfacción o sufrimiento de la persona, no querido por ella, que se produce ante la dificultad de satisfacer una necesidad o la consecución de algún objetivo significativo.

Nardone y Watzlawick (1990) siguiendo a Greemberg, distingue tres contextos principales dentro de los cuales se origina el sufrimiento de los seres humanos:

1. La interacción de la persona consigo misma.
2. La interacción de la persona con los demás.
3. La interacción de la persona con su mundo, es decir, con el ambiente social, con valores y normas sociales del contexto en el cual se desenvuelve.

Como señala Fernández Álvarez (1992) en Madrid (2005:66), no todas las preocupaciones o sufrimiento requieren ayuda psicológica o terapéutica. Para que se pueda justificar tal ayuda, indica que se deben dar estos cuatro elementos:

1. Existe una situación de malestar que puede ser indefinida, o bien relacionarse con alguna circunstancia particular. Dicho malestar puede expresarse como una forma de sufrimiento, padecimiento, queja, etc., a través de múltiples canales, en forma implícita o explícita.
2. Existe la convicción de que dicho malestar no se circunscribe a un hecho físico (por ejemplo, el dolor que provoca un traumatismo o la fiebre que acompaña a una infección), ni a un desorden social (preocupación por el desempleo o inquietud frente a una violencia urbana).
3. Existe la sensación de que es imposible evitar el malestar mediante acciones voluntarias y conscientes.
4. Existe la creencia de que ciertos cambios internos modificarán ese estado de cosas y que un experto será de gran ayuda para lograrlos.

Según Herrera, Mesa & Almeida, estas preocupaciones o sufrimiento se significan mayormente en cuatro de las 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 (Herrera, Mesa, & Almeida, 2012, pág. 7).*

1.4.2. El proceso de intervención terapéutica

El procedimiento según Bunge (1980) en Ituarte (1992, pág. 19), es lo que distingue a la ciencia de la no-ciencia, y justifica el mismo con la utilización del método científico, así, asimilando y aplicándolo al Trabajo Social Clínico se configuraría en las siguientes fases:

- El estudio o investigación de la situación problema.
- La interpretación diagnóstica o diagnóstico psicosocial de la situación.
- La fase de tratamiento psicosocial.
- La evaluación de todo el proceso.

Estas fases de una forma práctica, se inician con la demanda que realiza una persona que acude al trabajador o trabajadora social. El análisis de la demanda va a orientar el proceso de intervención ya que nos da información acerca:

- De lo que la persona demandante considera que es problemático para ella o para su entorno inmediato.
- De la forma en que afronta sus dificultades.
- De las expectativas que tiene con respecto a la resolución de las mismas.
- De la forma que cree que puede ser ayudada.

La siguiente fase, es el estudio o investigación. Se puede observar, que desde el momento en que el cliente acude al Trabajador Social, el estudio y la investigación se pone en marcha también. Esta fase es la fase de conocimiento, de indagación, para así poder comprender al cliente de una forma holística. Aquí es cuando se desarrollan y

ponen en práctica los conocimientos obtenidos de las distintas disciplinas estudiadas en el marco académico, las herramientas y técnicas adscritas a los diferentes modelos de intervención.

Una vez recabada la información suficiente, la fase de valoración y diagnóstico es la que nos va a proporcionar una dirección a la hora de la intervención y propuesta de un tratamiento. El diagnóstico en Trabajo Social es multifactorial, es decir, hay que tener en cuenta muchos y diversos factores, puesto que trata de comprender al cliente como ser biológico, psicológico y social en permanente interacción con su medio.

Siguiendo a Northen (1982) en Ituarte (1992, pág. 32):

Podemos señalar que el diagnóstico, en términos generales, tendría que tener en cuenta: el problema presente, es decir, aquel que hace que el cliente haya acudido al trabajador social; otras necesidades y problemas que pueda presentar la persona y que estén en relación con su desarrollo psicosocial, su estado, y/o expectativas de salud y con su funcionamiento familiar; los límites que definen a esa persona: su situación de familia (marido, hijo, hermano...) tanto nuclear como extensa; su pertenencia a otros grupos (de iglesia, escuela, trabajo, etc.); y la firmeza de las relaciones y de los límites en cada una de estas situaciones; la integración de los factores biológicos, psicológicos y sociales, es decir, la adecuación - o inadecuación - entre ellos (por ejemplo, el caso de un adolescente enfermo que encuentra dificultades para relacionarse con otros adolescentes, pero que "utiliza" su enfermedad para ocupar un lugar preeminente, no correspondiente ni a su edad ni a su situación - hijo y hermano -, en la familia); los mecanismos de defensa utilizados, patrones de conducta, sentido de la propia identidad, auto-estima, etc.; estatus y roles de la persona en los diversos contextos en los que se mueve y su adecuación - o no - al sistema; la homeostasis, o la forma en que una persona reacciona ante el stress y encuentra un nuevo equilibrio, que no presupone volver a la situación anterior, sino que puede implicar cambio y crecimiento; la comunicación, que es un elemento fundamental en la interacción de una persona con otras; habrá que analizar la habilidad de las personas para escuchar, oír y comprender a los demás; considerar la manera en que la comunicación puede ser bloqueada por la ansiedad, reacciones emocionales, falta de aceptación y afecto, o por patrones comunicacionales; finalmente, el ambiente: se trataría de comprender y evaluar

el medio ambiente en términos de las oportunidades, gratificaciones, obstáculos o frustraciones que produce de cara al logro de los objetivos personales y/o familiares. (Ituarte, 1992, pág. 32)

El resultado del diagnóstico, como decíamos antes, nos sirve para orientar y enfocar el tratamiento, la toma de decisión de los aspectos formales del mismo en cuanto a duración, objetivos, si se incluyen a más personas en el mismo (pertenecientes al sistema familiar), la intervención con instituciones, la conveniencia de la asistencia a tratamiento grupal, etc. Además, el diagnóstico permite discernir al Trabajador/a Social Clínico/a, el modelo teórico de intervención más adecuado en cada caso, atendiendo al tipo de conflicto y a la percepción de éste por parte del cliente.

La transmisión de la información en cuanto al diagnóstico y la forma de hacerlo es fundamental para que el cliente comprenda y se implique activamente en el posterior tratamiento. El tratamiento dentro del Trabajo Social Clínico tiene su base en la relación terapéutica y en los contenidos que se dan en ésta. Aquí es donde el cliente se va a mostrar y exponer, hablando sobre sus sentimientos, miedos y emociones.

Por otro lado, la necesidad nuevamente de la comprensión y aceptación por parte del cliente de los distintos factores que integran el tratamiento terapéutico, sean recursos materiales o técnicos, intervenciones puntuales en el entorno, sean en el núcleo familiar o en otro subsistema, se hace imprescindible para la buena marcha de la relación terapéutica, la adherencia al tratamiento y los consiguientes resultados positivos de la intervención.

El proceso psicoterapéutico, tiene un límite temporal y hay que tener en cuenta el final del mismo prácticamente desde su inicio. El final del tratamiento puede venir dado por que el cliente haya resuelto sus problemas psicosociales, sus dificultades, tanto internas como externas, o aunque no se hayan resuelto del todo, si ha logrado una comprensión de sí mismo, un autoconocimiento que le sirve de sostén para afrontar las situaciones problemáticas actuales y futuras con ciertas garantías. Otro motivo puede ser que el cliente haya llegado a un punto en el proceso, en el que no se ve capaz de avanzar más y decide abandonar el tratamiento.

Este paso, es uno de los momentos más delicados del proceso terapéutico, pueden aparecer sentimientos de angustia, abandono, miedo y negación ante lo que está por venir. Lo ideal, es que de común acuerdo, cliente y Trabajador o Trabajadora Social decidan que el proceso ha finalizado, pero en muchos de los casos esto no es así, por lo que se hace imprescindible que el Trabajador o Trabajadora Social vaya preparando al cliente para este momento. La revisión del proceso terapéutico incidiendo en los aspectos positivos, y los logros por parte del cliente tanto para sí, como hacia la interacción con el entorno, permitiendo que se dé cuenta de donde estaba al inicio del tratamiento y hasta donde ha avanzado, es una muy buena técnica para minimizar los efectos del duelo. Otra también, es dejar una puerta abierta al cliente, para que vuelva cuando lo necesite, demostrando a éste que es importante como persona y el sentimiento de abandono que pudiera aparecer se vea amortiguado (Ituarte, 1992, pág. 48:49).

Por último, queda realizar la Evaluación. Es decir, realizar una comparación entre los objetivos que se habían propuesto y lo conseguido. Es importante que una parte de ésta se realice conjuntamente con el cliente en la fase de finalización del tratamiento. Por un lado, como se comentó antes, para disminuir el sentimiento de duelo al cliente, por otro, para recuperar elementos que ayuden al clínico a realizar la propia evaluación final, y finalmente para aportar a la construcción teórica. Si los objetivos propuestos se han logrado en su mayor parte, significará que la valoración y el diagnóstico eran correctos y que los objetivos propuestos eran acordes con la realidad y capacidades del cliente, además de que el proceso ha sido correctamente dirigido.

De cualquier forma es muy recomendable realizar la evaluación de una forma continua a lo largo del proceso terapéutico, para garantizar que se puedan corregir errores antes de que el tratamiento pueda fracasar. Es posible que el fracaso no lo perciba como tal el clínico, pero para el cliente puede suponer un vacío insalvable en su camino hacia una solución o mejoría en sus problemas psicosociales. La responsabilidad de este fracaso no es achacable al cliente, puesto que la dirección del proceso de intervención la asume el Trabajador o Trabajadora Social Clínico/a.

Para finalizar, la recogida de información mediante un buen sistema predispone a una buena evaluación, además de ser un requerimiento del trabajo científico (Ituarte, 1992, pág. 49:53).

Siguiendo a Ituarte (1992), la supervisión Clínica es un proceso donde el supervisor cuestiona y plantea dudas al supervisado, sobre los motivos o razones que le han llevado a actuar de una determinada manera, planteamientos o fundamentos teóricos, le hace reflexionar en profundidad sobre sus sentimientos y emociones y de la forma en la que estos se manifiestan en una intervención clínica determinada, dando un marco o contexto adecuado y permitiendo así que el trabajador o trabajadora social llegue a sus propias respuestas en base a los interrogantes planteados. Es muy importante destacar, que la supervisión **no es un proceso terapéutico**. Si el supervisor o supervisora creyera conveniente que es necesario un proceso terapéutico de algún contenido determinado que surge en la relación, orientaría al profesional hacia la búsqueda de un profesional para sí.

Normalmente los niveles de insatisfacción o angustia que se producen en la supervisión pueden orientarse hacia lo positivo, incluso el supervisado o supervisada en el proceso, al comprender y comprenderse sobre lo acontecido en el caso presentado se siente más tranquilo y seguro y esos niveles tienden a descender.

Otro de los aspectos fundamentales de la supervisión es la elección libre (por parte de ambas partes), y la aceptación y reconocimiento del supervisor, ya que sin esto no sería posible el proceso de supervisión.

Entendiendo que la supervisión para el Trabajador Social Clínico es una exigencia ética, es deseable que desde la Institución desde donde se desarrolle la práctica profesional que se propicien estos procesos de supervisión, bien internos o externos, respetando los aspectos fundamentales antes citados. Por supuesto, dentro del ejercicio libre de la profesión, es incluso más notoria la necesidad de una buena supervisión.

En cuanto a las modalidades de la misma, podemos encontrar:

- La supervisión individual: es más flexible, confidencial y potencialmente causa menos vergüenza y puede ser adaptada a lo que necesita personalmente el profesional.
- La supervisión grupal: ofrece un feedback más diverso, apoyo o desafío de iguales y una oportunidad para aprender de - y a la vez contribuir a - la supervisión de otros y otras compañeras. Puede suscitar problemas de competición o vergüenza, pudiendo proporcionar, o no, un aprendizaje útil. Dentro de este formato hay varias modalidades también. El individual, en el que el supervisor trabaja por separado y gestiona las aportaciones grupales. O grupal,

en el que el supervisor facilita al grupo que desarrolle sus habilidades de reflexión y supervisión, dirigiendo el proceso y enseñando cuando es necesario.

- La Supervisión por iguales es más colegial y menos estructurada, también es la más barata. Es adecuada para profesionales con experiencia y más seguros. La exigencia es estar "en guardia" profesionalmente, apoyándose y retándose del mejor modo posible. Se necesita establecer cláusulas muy claras sobre como trabajarán y sobre los papeles y responsabilidades de los participantes (Joyce & Sills, 2013, págs. 243-244).

1.5. La intervención terapéutica y los factores de éxito

Si ya en apartados anteriores se recoge que la psicoterapia como forma de relación terapéutica es practicada por profesionales cualificados, y concretamente desde el Trabajo Social clínico, como forma de ayuda dentro del amplio rango de posibles formas de intervenir con las personas, es preciso partir de que cualquier procedimiento de intervención parte de modelos diversos que guían, impregnan, aportan y ayudan en el proceso.

Ahora bien, el conocimiento de los modelos, no es la solución a los problemas con que los profesionales se encuentran en el desarrollo de su ejercicio. Incluso, este conocimiento tiene detractores que esgrimen que propicia el eclecticismo y el aniquilamiento de la libertad y la creatividad profesional del Trabajo Social. La posición de Navarro (1997:53), en Viscarret (2007:77) es la siguiente:

el modelo teórico no es la varita mágica que garantiza las intervenciones exitosas, pero si permite pensar que sobre lo que hace un trabajador social, permite prever posibles efectos de su actuación, explicar los fallos, maniobrar estratégicamente y, lo que es más importante, incorporar el bagaje práctico de cada profesional en las futuras actuaciones nos ayudan a no perdernos, a poder percibir ordenadamente la realidad, a darle significado y, a partir de aquí, plantear acciones transformadoras. (Viscarret, 2007:77)

De los diferentes modelos de los que hace uso el Trabajo Social Clínico se recogen en la tabla 1, aquellos elementos característicos que diferencian a cada uno de ellos:

Tabla 1

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 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 sí mismo | Analizar y elaborar el problema central del cliente | Acceder a, y utilizar funcionamiento emocional adaptativo | Sintonización (empática) Focalización Silla vacía Dos sillas (polaridades, integración) |
| 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), Carrió, C, Belloch, A (2012) y Herrera, Mesa & Almeida, (2012:6)

A continuación, en la tabla 2 y siguiendo a Nardone y a Selekman, se muestran los criterios que éstos proponen para que un tratamiento sea válido.

Tabla 2

Criterios epistemológicos de un tratamiento válido

| | |
|--------------------|--|
| Eficaz | Capaz de resolver el problema (“extinción del trastorno”) |
| Eficiente | Resultados con una relación coste/beneficios (que se pueda atribuir el cambio al tiempo de la intervención) |
| Replicable | Que se pueda aplicar a otras personas con el mismo problema |
| Trasmisible | Que se pueda enseñar y pueda ser aprendido por otros que lo apliquen |
| Predictivo | Capaz de prever el proceso de aplicación (que se pueda adaptar y corregir) |

Fuente: (Nardone, G; Selekman, M, 2013:32-33)

Así mismo, Lambert (1992) en Campagne (2014:78), ha determinado un porcentaje para los cuatro tipos de factores principales que determinan el éxito de una intervención terapéutica, sea cual sea el modelo practicado:

- *Factores del cliente o extraterapéuticos. Supone el 40% de la varianza*

Son aquellos factores que influyen en la recuperación, independientemente de su participación formal o estructurada en la terapia. Son los puntos fuertes y los elementos de apoyo en el entorno. Elementos fortuitos, que el cliente aporta a la consulta y lo que influye en su vida fuera de ella. Persistencia, confianza, una crisis bien llevada, un golpe de suerte, una abuela cariñosa, participar de la vida, etc.

- *Factores de la relación con el terapeuta. Supone el 30% de la varianza.*

Coinciden con los que son los “factores comunes” de siempre. Representan un amplio abanico de variables mediados por la relación que se encuentran en terapias de todas las escuelas. Dar importancia, empatía, calor, aceptación, afirmación mutua, animar a tomar riesgos - sólo son unos ejemplos. Se examinaron especialmente las variables aportadas

por el terapeuta, las “condiciones esenciales” popularizadas por el humanista Carl Rogers, y se validaron dos de las tres.

En el apartado anexos de este trabajo (anexo número 5) se describen estas condiciones "suficientes" que esgrimió Rogers (1977).

- *Placebo, esperanza y expectación .15% de la varianza.*

Lambert encontró que, en parte, la influencia de estos factores deriva del conocimiento que tiene el cliente de que se está tratando, y de una valoración (subconsciente) de la credibilidad de la terapia y sus técnicas. La “expectación” se refiere a que tanto cliente como terapeuta deben creer en el poder restaurador de los procedimientos o rituales de la terapia (cualquiera).

- *Factores de modelo o técnica. 15% de la varianza.*

Según Lambert, este grupo tiene un peso relativamente modesto en el resultado de la terapia. En un sentido reducido, puede considerarse que estos factores representan las convicciones y procedimientos únicos de un tratamiento específico, por ejemplo la “cuestión milagro” de la terapia breve orientada a soluciones, el uso del genograma en la terapia familiar orientada a Bowen, la hipnosis, la desensibilización sistemática, biofeedback, interpretaciones de transferencia, y sus respectivas premisas teóricas. En un sentido más amplio, abarcan todos los rituales terapéuticos o curativos. Ofrecen una fundamentación organizativa, una explicación teórica de las dificultades del cliente, y establecen estrategias o procedimientos para su resolución. La mayoría prepara al cliente para que tome algún tipo de acción con que ayudarse a sí mismo, y un cambio significativo: desarrollar nuevos entendimientos, sentir emociones diferentes, enfrentarse a temores o cambiar viejos patrones de comportamiento.

2. FINALIDAD Y OBJETIVOS

La finalidad de este estudio es visibilizar la intervención terapéutica y psicoterapéutica desde el Trabajo Social como parte importante y fundamental del mismo, y para ello, los objetivos marcados son los siguientes:

- Conocer cómo describen los/as Trabajadores y Trabajadoras Sociales la intervención terapéutica en su práctica profesional.
- Indagar en los métodos, modelos y técnicas que emplean los y las Trabajadoras Sociales en la intervención terapéutica.
- Analizar los factores principales para una intervención terapéutica exitosa.
- Averiguar si los y las Trabajadoras sociales consideran necesaria y útil la supervisión en la intervención terapéutica.

3. MÉTODO

3.1. Muestra

Para la selección de la muestra se tuvieron en cuenta las premisas que se exponen a continuación:

- ✓ Como primera premisa se fijó que tuvieran la titulación de Trabajo Social.
- ✓ Como segunda premisa se fijó que todas las personas estuvieran interviniendo o hubieran intervenido recientemente con personas y que lo hicieran o lo hubieran hecho con diferentes segmentos de población y en distintos entornos y/o ámbitos.
- ✓ Como tercera premisa, la intención era localizar profesionales que realizaran intervención terapéutica o trabajo social clínico.

La muestra seleccionada finalmente se compone de diez personas residentes en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, con edad comprendida entre los 31 años y los 50 años de edad.

En la tabla 3, podemos observar el perfil de la muestra

Tabla 3

Perfil sociodemográfico de los/as participantes I

| Sexo | Residencia | Edad | Frecuencia absoluta relativa |
|-------------|-------------------|-------------|---|
| Hombre | Tenerife | 31 | 1 |
| Mujer | Tenerife | 35 | 1 |
| Mujer | Tenerife | 36 | 1 |
| Mujer | Tenerife | 40 | 1 |
| Hombre | Tenerife | 42 | 1 |
| Mujer | La Palma | 43 | 1 |
| Mujer | Tenerife | 45 | 1 |
| Mujer | Tenerife | 46 | 1 |
| Mujer | Tenerife | 47 | 1 |
| Mujer | Tenerife | 50 | 1 |
| Totales | - | 415 | 10 |

Fuente: Elaboración propia

La tabla 3 muestra que el porcentaje de mujeres es de un 80% del total de la muestra seleccionada, el de los hombres un 20%. La persona más joven es un hombre con 31 años y la de más edad una mujer con 50 años. El lugar de residencia es en un 90% la isla de Tenerife, el 10% restante es la isla de la Palma.

Tabla 4

Perfil sociodemográfico de los/as participantes II

| Intervalos edad | Frecuencia absoluta | Frecuencia absoluta acumulada | Frecuencia relativa | Frecuencia relativa acumulada | Porcentaje | Porcentaje acumulado |
|----------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|--|-------------------|---------------------------------|
| 21-25 | - | - | - | - | - | - |
| 25-29 | - | - | - | - | - | - |
| 29-34 | 1 | 1 | 0,1 | 0,1 | 10% | 10% |
| 34-39 | 2 | 3 | 0,2 | 0,3 | 30% | 40% |
| 39-44 | 3 | 6 | 0,3 | 0,6 | 30% | 70% |
| 44-49 | 3 | 9 | 0,3 | 0,9 | 30% | 90% |
| 49-54 | 1 | 10 | 0,1 | 1,0 | 10% | 100% |
| 54-59 | - | - | - | - | - | - |
| 59-64 | - | - | - | - | - | - |
| Total | 10 | 10 | 1,0 | 1,0 | 100% | 100% |

Fuente: Elaboración propia

La tabla 4, muestra que los intervalos de edad donde se concentran el 60% de los/las participantes son .34-39 y 39-44. Quedan desiertos los intervalos de 21-25, 25-29, 54-59 y 59-64. Asimismo, la media aritmética de edad de las y los profesionales es de 41,5 años de edad y la mediana es de 42,5 años de edad.

3.2. Técnica e Instrumento

La técnica empleada es la entrevista semiestructurada y el instrumento es un cuestionario confeccionado "ad hoc" para este trabajo de investigación, que se compone de cuatro dimensiones a explorar:

- *La dimensión socio-profesional:* consta de seis indicadores que nos sirven para recoger el perfil socio-profesional.
- *La dimensión contextual:* consta de tres preguntas en las que se pretende ubicar el ámbito de la intervención, perfiles de los clientes y necesidades y/o dificultades de los mismos.
- *La dimensión metodológica:* consta de cuatro preguntas para conocer la base teórica sobre la que se apoyan y sustentan los y las Trabajadoras Sociales en su práctica profesional dentro del ámbito de la intervención terapéutica.
- *La dimensión de la eficacia terapéutica:* consta de tres preguntas, y se pretende averiguar los factores que consideran relevantes en una intervención.

En el apartado anexos de este trabajo se puede consultar el modelo de cuestionario empleado (anexo 1).

3.3. Procedimiento

El procedimiento que se ha seguido durante la investigación ha sido el siguiente:

Con relación al modo de contacto con los integrantes de la muestra, cuatro de los diez contactos iniciales fueron telefónicos, tres presenciales y tres mediante correo electrónico. En nueve de los diez cuestionarios, se empleó la técnica de la entrevista semiestructurada, solamente uno y por motivos de distancia geográfica se realizó vía correo electrónico. Obviamente, la diferencia es notable en cuanto al aprendizaje que se revela de la propia interacción al aplicar la entrevista semiestructurada. De cualquier

forma, la información recabada es muy rica. Ocho de las diez entrevistas se grabaron mediante soporte auditivo. Se remitió el guión del cuestionario a siete de las diez personas integrantes de la muestra.

Al finalizar las preguntas del cuestionario, siempre se dio la posibilidad a la Trabajadora o Trabajador Social de añadir aquello que deseara expresar, fuera del guión de la entrevista, que ha servido para enriquecer, aún más si cabe, el objeto de estudio.

Al tratarse de una investigación cualitativa, el análisis de datos, se traduce en un análisis de contenido, destacando la parte descriptiva y exploratoria de la investigación. Es posible, ante determinadas preguntas cerradas, realizar algún tipo de estadística que representaremos en gráficas. Por otro lado, también y dentro del análisis de resultados y discusión de los mismos valoraremos las similitudes y las diferencias de las respuestas obtenidas, para un posterior contraste con las teorías recogidas en el marco conceptual que dentro del estudio hermenéutico de la bibliografía se ha realizado como primera parte de este trabajo de investigación.

El proceso seguido para el vaciado de datos ha sido realizar la escucha de las entrevistas grabadas, anotando las respuestas, intentando mantener la esencia de las mismas, aunque la transcripción no haya sido literal, puesto que su extensión es excesiva para el objeto de este trabajo. Se ha seguido el mismo procedimiento para el cuestionario escrito.

4. RESULTADOS

La presentación de los resultados se realiza en base a las dimensiones estudiadas. Comenzamos con la dimensión socio-profesional, luego sigue la dimensión contextual, a continuación la metodológica, y para finalizar la de eficacia terapéutica. El orden de presentación va a seguir el mismo orden de las preguntas del cuestionario utilizado para el estudio. Por otro lado, los resultados se presentarán de forma esquemática mediante una figura y a continuación, sin ánimo de ser reiterativo, se podrán observar de una forma más amplia y para una mejor comprensión, los matices de las respuestas extraídos de la grabación o el cuestionario escrito.

4.1. Resultados de la dimensión socio-profesional

Tabla 5

Resultados del perfil profesional y especializado de los/as participantes

| Ámbito del Centro de trabajo actual | Rango de experiencia en ámbito. | Especialización: Específica en psicoterapia* Específica de intervención profesional |
|--|--|--|
| Público (65%)* | De 9 a 25 años | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Máster en intervención Social ✓ Formación en Terapia Gestalt infancia y familia* ✓ Formación en Terapia Gestalt adultos* ✓ Máster en Violencia de género ✓ Máster en agente de igualdad ✓ Programa de Doctorado en estudios feministas y de género ✓ Máster en mediación y orientación familiar ✓ Experto en infancia y familia |
| Privado (15%)* | De 0 a 4 años | <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Experto en intervención psicoterapéutica* ⇒ Coach certificado en PNL* ⇒ Hipnosis Eriksoniana* (ESSCAN) |
| Tercer Sector (20%) | De 0 a 23 años | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Máster en participación comunitaria ➤ Formación en Terapia sistémica* ➤ Formación en Terapia breve centrada en soluciones* |

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5 podemos observar la experiencia y especialización de los y las profesionales. Para ello, se ha diferenciado en la tabla tres indicadores: ámbito del centro de trabajo actual; rango de experiencia en el ámbito; grado de especialización, distinguiendo aquí si es específica en psicoterapia o no.

* Dado que hay un profesional que desarrolla su trabajo tanto en el sector público como en el privado se ha incrementado el porcentaje correspondiente en la mitad a cada sector.

En el apartado de anexos (anexo 2), se puede consultar la información del perfil profesional y especializado más detallada.

4.2. Resultados de la dimensión metodológica

4.2.1. ¿Cuál o cuáles teorías y/o modelos de intervención sustentan tu práctica profesional?

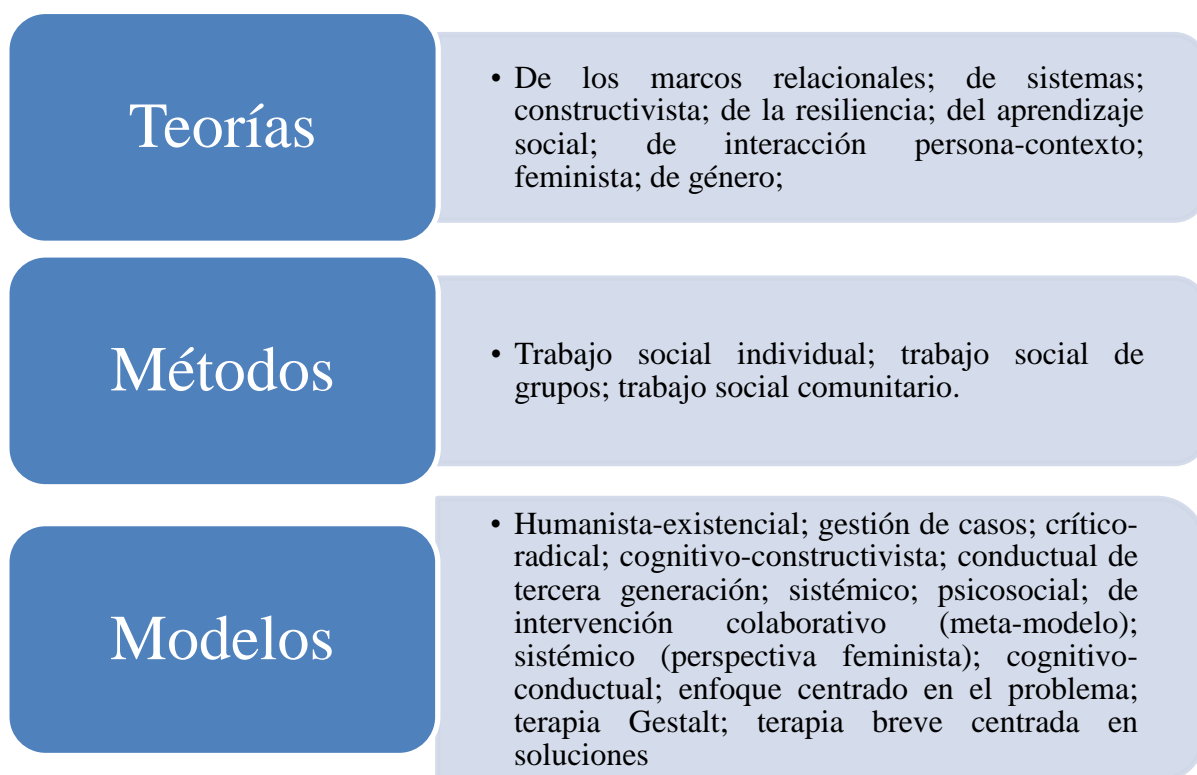


Figura 1. Teorías, métodos y modelos que sustentan la práctica profesional

Fuente: Elaboración propia

4.2.2. ¿Aplicar un modelo de intervención garantiza el éxito de la misma? ¿Por qué?

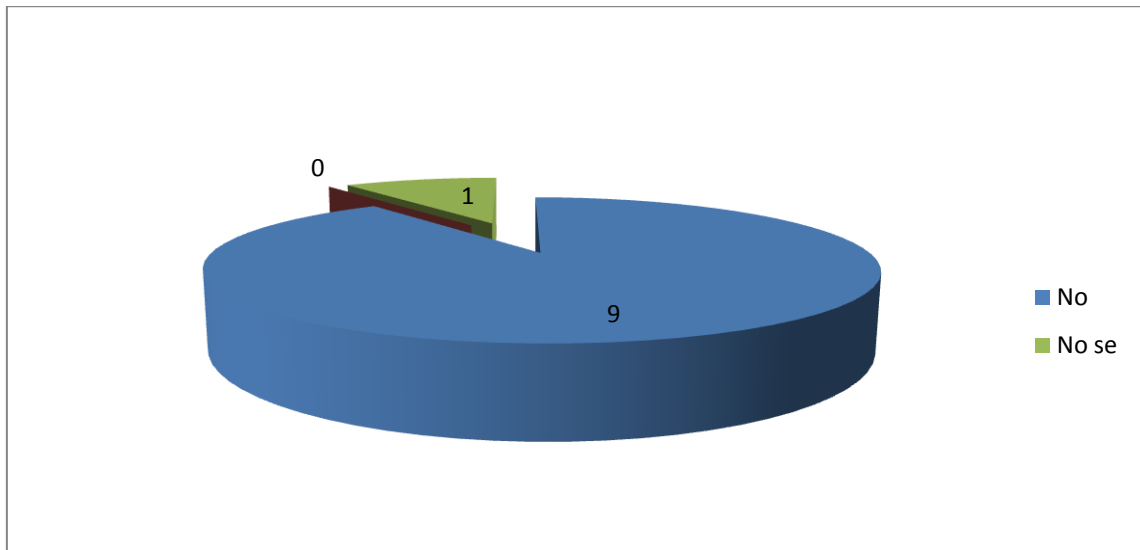


Figura 2. La aplicación de un modelo no garantiza el éxito de la intervención

Fuente: Elaboración propia

- No. Aplicar un modelo de una forma estricta, lleva a todo lo contrario. No es el modelo el que proporciona el éxito. La flexibilidad, ser capaz de ajustarse a las circunstancias de la intervención es lo que da la clave.
- No. El éxito está sujeto a múltiples variables. Entre ellas el/la propio/a profesional, la herramienta más importante de su trabajo es él/ella mismo/a, su capacidad, personalidad, momento, actitud, conocimientos, etc. Por otro lado, el propio/a usuario/a: su entorno, momento personal, capacidad, habilidad, actitud, posibilidad, etc. También la organización o servicio, recursos, equipo. Todo afecta.
- Utilizar un modelo u otro, no es garantía total de alcanzar el éxito (no me gusta utilizar este término), desde mi práctica, me doy cuenta, que si elijo un modelo donde tengo presente al otro de un modo holístico, donde soy consciente de la interrelación de los factores físicos, sociales, ideológicos, emocionales y espirituales... entonces si afirmo que ambos (profesional y usuario del servicio) tendremos mayores posibilidades de avanzar, de construir un cambio transformador juntos... en aquello que nos propongamos...

- Hay que tener un marco, pero no garantiza el éxito. Intervienen muchos factores, la persona o familia a tratar, el terapeuta. Pero si es necesario un modelo de intervención.
- No. No lo garantiza. Da seguridad al o la profesional, pero hay que saber adaptarlo. Sirve para establecer un marco, pero trabajando con personas hay que tener flexibilidad para adaptarnos a las necesidades de ésta.
- No sé si garantiza el éxito pero te ayuda a saber por dónde caminar.
- No. Depende de la persona, de la comunidad. No es científico que un mismo modelo vaya a funcionar con todas las personas/grupos/comunidades.
- No. Tú eres tu herramienta, tienes que haber vivenciado el propio modelo que utilizas y tener un recorrido de crecimiento y trabajo personal.
- No. Te da una base de trabajo. Pero con una mirada amplia, cuanto más amplia la mirada, más garantías. También hay que actualizarse, ir incorporando herramientas para poder tener un espectro amplio mediante el cual puedas llegar a las personas, de acuerdo a sus características personales y a la naturaleza del problema.

4.2.3. ¿En qué fuentes, instrumentos y/o técnicas, te apoyas para realizar el diagnóstico?



Figura 3. Resumen de instrumentos y/o técnicas para la realización del diagnóstico

Fuente: Elaboración propia

- No estoy de acuerdo con el uso clásico del diagnóstico como herramienta para implementar una intervención. Sólo en el caso de que el diagnóstico sea compartido con el cliente, me ayuda a encuadrar y a ponerme en situación y orientar la intervención. Yo en vez de llamarlo diagnóstico, lo llamaría "devolución". Me apoyo en el ciclo de satisfacción de las necesidades de la Terapia Gestalt.
- Fundamentalmente en el de la Terapia Gestalt, teniendo muy en cuenta las psicopatologías (DSM) y el proceso global de análisis que da el Trabajo Social.
- *Fuentes:* Personas implicadas y de su entorno social; informantes clave; manual para el diagnóstico social (Gobierno Vasco, 2013); DSM-V; CIE 10; CIF. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2011). *Técnicas:* Entrevista semiestructurada y/o abierta; observación directa; visita a domicilio (entrevista + observación); análisis de fuentes documentales; escalas, tests, cuestionarios.

- Básicamente, entrevista semiestructurada y observación. Tengo instrumentos estandarizados para observar ciertos indicadores de desprotección y la ficha social. Siempre parto de fuentes que contemplan la perspectiva de género y también parto de marcos normativos y jurídicos en los que nos encuadramos.
- La técnica normalmente es la entrevista cerrada, para tener una información suficiente y alguna pregunta abierta que sirva también de desahogo a estas mujeres.
- La entrevista, el informe social, la historia social volcada en el programa de la entidad, la visita domiciliaria y el cuaderno de campo. Además los informes médicos que aportan los clientes.
- La entrevista individual, las visitas domiciliarias, segunda entrevista tanto al cliente como a familiares y/o entorno referencial.
- El diagnóstico lo realizo de una forma consensuada con la persona, dejando que sea ella la que se vaya dando cuenta de lo que la trae aquí. Yo he realizado distintos procesos de crecimiento personal y eso me facilita una mayor comprensión de las dificultades de las personas. La presencia es fundamental, facilita la empatía y la intuición.
- Si es para etiquetar, no queremos el diagnóstico. Desde nuestro modelo, el sistémico, si se diagnostica. Pero lo mejor que hacemos es realizar un diagnostico desde el modelo colaborativo, consensuado, explicamos cómo trabajamos, e incluimos a los clientes dentro del proceso. Utilizamos el espejo terapéutico, incluso con terceras personas y así se lo explicitamos a los clientes. Entonces realizamos un buen "encuadre", para poder encontrar una colaboración e implicación, y llegar a un diagnóstico consensuado.

4.2.4. ¿Qué técnicas utilizas en la intervención? ¿Con qué criterio?

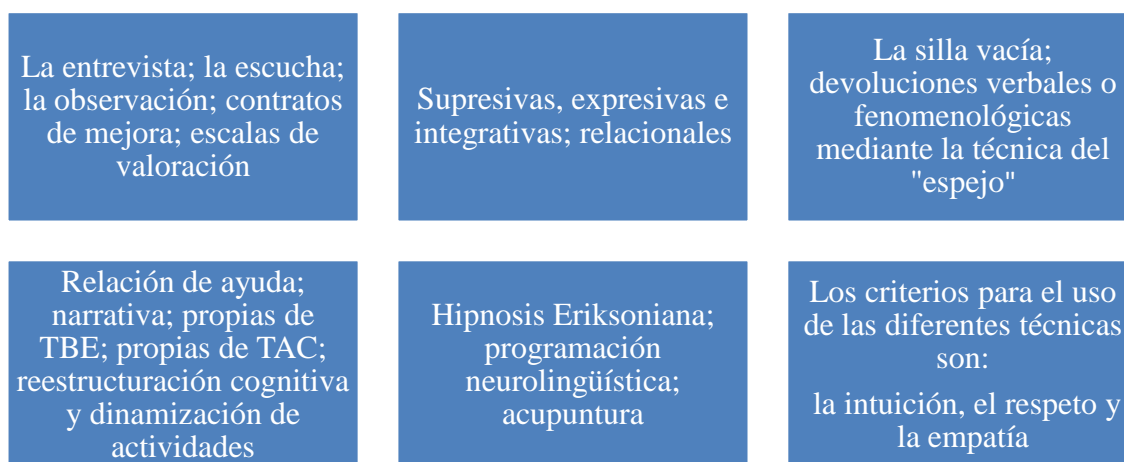


Figura 4. Resumen de técnicas y criterios de uso

Fuente: Elaboración propia

En la figura 4 se muestran las diferentes técnicas usadas adscritas a distintos modelos de intervención, así como los criterios de uso de las diferentes técnicas (situados en el último cuadro).

- La Silla vacía; El espejo; Las devoluciones, sean verbales o fenomenológicas; Van surgiendo en la relación.
- Supresivas, expresivas e integrativas; precontacto, contacto y postcontacto; relacionales yo-tu; aquí y ahora; darse cuenta; ser consciente y el desarrollo de los valores de la responsabilidad, respeto, estima y honestidad; cuidarte-cuidarme. El criterio que utilizo en el respeto al ritmo del usuario/a, en su capacidad, posibilidad y deseo.
- Relación de ayuda; Las propias de la terapia breve estratégica, terapia de aceptación y compromiso y narrativa; programación neurolingüística; hipnosis clínica Eriksoniana; tareas inter-sesión; educación; acupuntura.
- Siempre en función de las necesidades individuales y las necesidades de la familia, teniendo en cuenta mi intuición. Las técnicas de intervención: - construir la relación - recogida de información - trabajar y valorar la información - trabajo en equipo - realización de hipótesis - técnicas expresivas - técnicas creativas
- A través de la entrevista, uso la escucha activa, el análisis de la información y las devoluciones con estrategias socioeducativas. Utilizo contratos de mejora con los

niños y niñas. Trabajo el enfoque de competencias socio-afectivas. Estrategias para la mejora de habilidades sociales, emocionales y cognitivas. La intuición. El criterio depende de la situación (convivencia, absentismo, desprotección), demanda, disponibilidad de la familia.

- Reestructuración cognitiva. Dinamización de actividades. Sensibilización y empatía.
- La entrevista semiestructurada, la observación, la escucha activa y la intuición
- La observación y cualquier método de registro.
- Poner las bases de la relación desde "una relación igualitaria", con adolescentes uso mucho la "escala de valoración" usada en la terapia breve Tengo mucho en cuenta las necesidades de la persona, y de lo que les gusta y se les da bien. Trabajo con el árbol familiar y utilizó el genograma. Técnicas de terapia narrativa mediante cuentos, Dumbo (lo empleo con las adicciones, Pinocho (malas compañías), significado de nombres, música, etc. Acercándome de esta forma a los pibes. El acompañamiento al instituto o colegio me parece fundamental. En forma de apoyo tanto al pibe como al profesor/a.
- La entrevista, preparo muy bien las preguntas, la observación, y trabajo mucho con las responsabilidades de las personas.

4.3. Resultados de la dimensión contextual

4.3.1. ¿Qué perfil tienen los/as usuarios/as y/o clientes con los/las que intervienes?



Figura 5 . Resumen del perfil de usuarios/as y clientes con los/as que intervienes

Fuente: Elaboración propia.

En la figura 5 se muestran los perfiles con los que intervienen las Trabajadoras y Trabajadores Sociales.

- Padres y Madres con elevados niveles de estrés y sometidos a intervenciones forzosas. Niños y niñas con elevados niveles de estrés y separados/as de sus familias.
- Múltiples y variados, mayoritariamente mujeres víctimas de violencia de género y personas sin hogar.
- Socio demográfico: niñas y niños, adultos y familias. Situación económica media.
- En líneas muy generales trabajo con menores (de 0 a 18 años) y adultos que pueden ejercer roles de padre, madre, abuelos, hermanos, familiares de apoyo, personas de referencia en las familias... que tienen, fundamentalmente, tal y como yo lo defino, heridas en el alma y/o dificultades de relación. así mismo por encontrarme en el

sistema de protección (prevención) trabajo con familias que requieren de acompañamiento en sus roles familiares.

- El perfil es muy diverso. Trabajo con toda la comunidad educativa. Niños y niñas escolarizadas y sus familias con diversidad cultural y estrato socioeconómico medio-bajo en zona residencial muy castigada por la crisis de la construcción. También trabajo con el profesorado, y personal no docente, que muchas veces tienen más dificultades que las familias y alumnos y alumnas.
- Mujeres que sufren maltrato, normalmente por parte de su pareja, y algunas además por hijos adolescentes. Se atiende a mujeres pertenecientes a todo tipo de estrato socioeconómico, aunque las que más participan en las actividades son de un nivel socioeconómico medio-bajo, puesto que tienen menos redes de apoyo o están más afectadas por el aislamiento social sufrido.
- Personas mayores de 65 años, jubiladas y que han tenido algún problema o enfermedad que ha desembocado en una discapacidad. P.E. Alzheimer, Ictus, etc.
- Mujeres y familias monomarentales. Con una media de 45 años de edad. Poco apoyo por parte de los hombres.
- Adolescentes con "inicio de conflictividad social", y algunos con "medidas judiciales", consumo, peleas, hurtos, absentismo escolar importante.
- Familias en prevención. Todas las familias sean monomarentales o monoparentales tienen niños y niñas, con dificultades escolares, con dificultades económicas, ya que es un programa para gente que no tiene posibilidades económicas. También familias en acogimiento residencial. Especialmente madres jóvenes con bebés o niños pequeños.

4.3.2 ¿Cuáles son sus necesidades /dificultades más frecuentes?

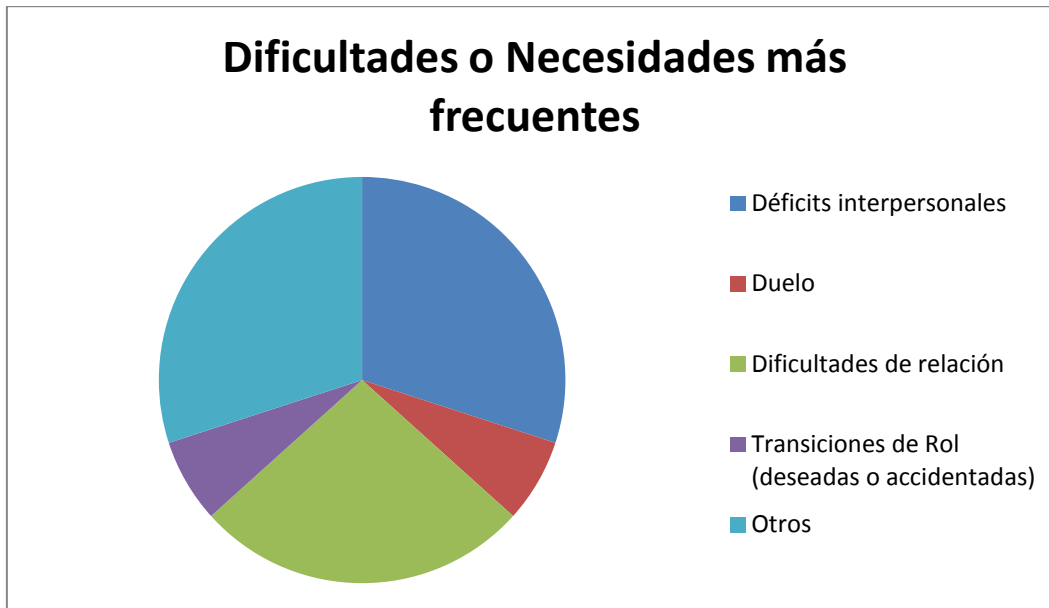


Figura 6. Necesidades/dificultades más frecuentes

Fuente: Elaboración propia

En la figura 6 podemos observar las necesidades o dificultades más frecuentes según la siguiente clasificación:

- a) Déficit interpersonal XXXXXXXXXXXX
- b) Duelo XX
- c) Dificultades de relación XXXXXXXXXX
- d) Transiciones de rol (deseadas o accidentadas)XX
- e) Otros:
 - 1. Necesidades básicas materiales y afectivas.
 - 2. Ansiedad y Estrés
 - 3. Adicciones
 - 4. Desajustes infantiles de atención, aprendizaje, comunicación e integración social.

4.2.3. ¿Dónde realizas las intervenciones?

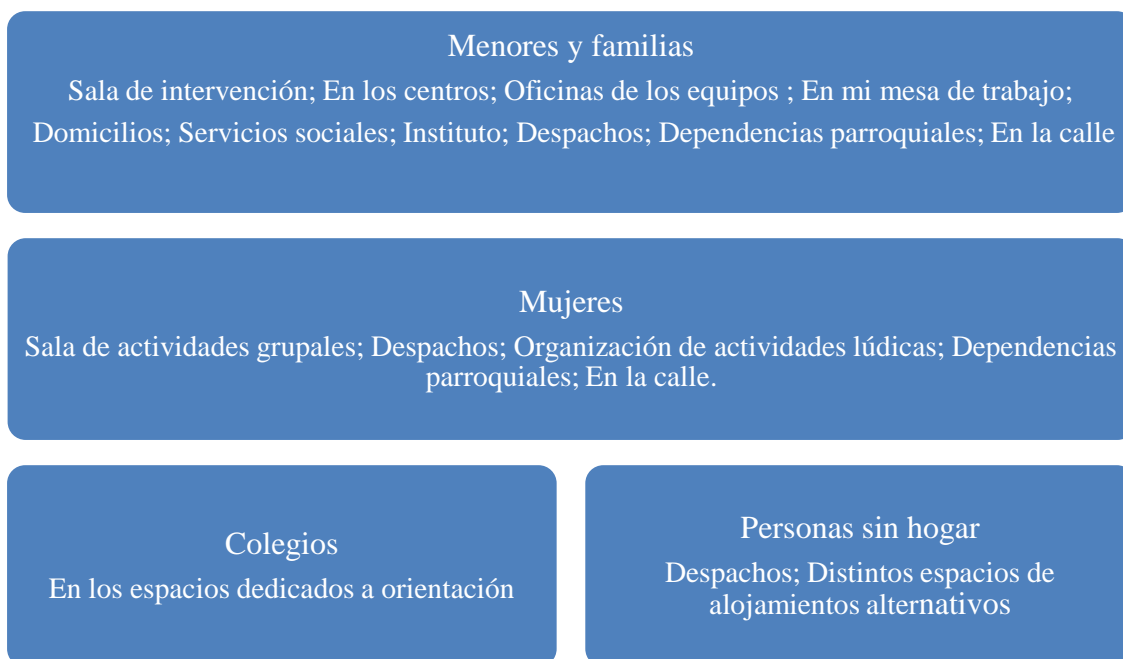


Figura 7. Resumen de los espacios de intervención por segmentos de población

Fuente: Elaboración propia

En la figura 7 se muestran los datos agrupados, por ámbitos y/o segmentos de población, del lugar donde realizan las intervenciones los y las profesionales.

- En una sala de intervención; en mi mesa de trabajo: en los centros; en las oficinas de los equipos, dependiendo de que se trate, intento seleccionar el espacio en función del tipo de intervención que vaya a realizar.
- Despachos y demás espacios de los alojamientos alternativos.
- En sesiones individuales en el despacho, los domicilios, durante la realización de talleres y/o actividades de esparcimiento y sesiones grupales.
- En los colegios, en los espacios destinados a orientación.
- En la sede, el Palacio de Cobiella, en despachos o salas de actividades grupales. También en el exterior, cuando se organizan distintas actividades lúdicas.
- La primera intervención se suele realizar en la sede de ATAM, si hay un problema de diversidad funcional será en el domicilio. Las siguientes intervenciones se realizan en domicilio.
- En las dependencias parroquiales y en la calle.

- A veces en la casa, en el instituto o en servicios sociales, aunque últimamente, intentaba que fuera en servicios sociales para optimizar mi tiempo y poder atender a más personas.
- En los despachos y salas de la sede. Nuestro lugar de trabajo habitual.

4.4. Resultados de la dimensión eficacia terapéutica

4.4.1. ¿Puedes explicar qué factores consideras principales para que la intervención tenga resultados positivos?

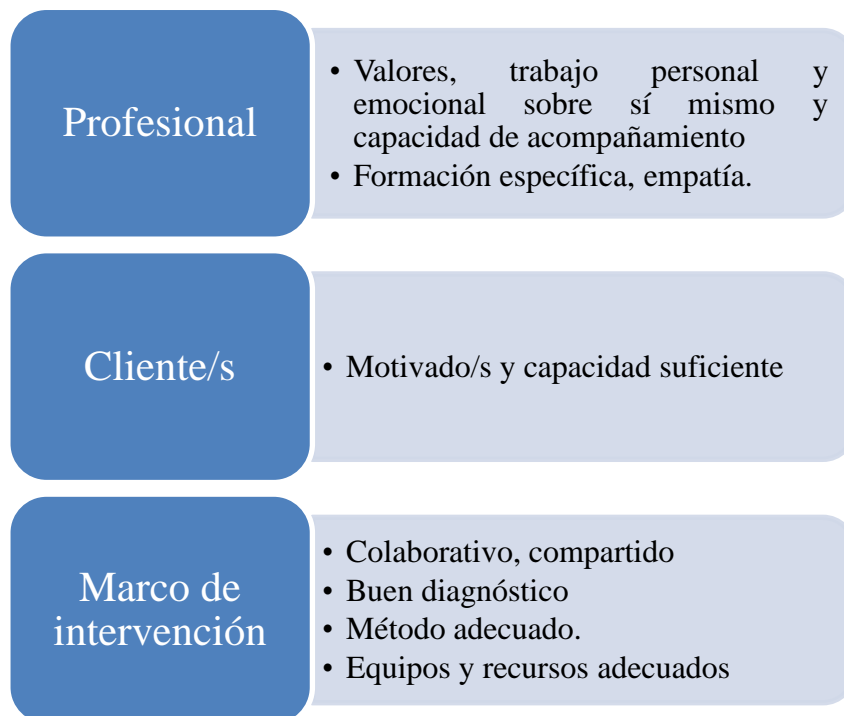


Figura 8. Resumen factores principales del éxito en la intervención

Fuente: Elaboración propia

En la figura 8 se muestran los factores que los y las profesionales consideran principales agrupados en tres de los elementos que destacan para que la intervención terapéutica tenga éxito.

- Generar un buen marco de intervención dedicándole el tiempo que sea necesario, colaborativo y compartido.
- Un/a profesional, con capacidad de contacto y trabajo emocional. Que tenga un recorrido personal en sus propias emociones, capacidades y estructura racional. Con

valores humanistas frente a las personas, manejo fluido de las polaridades, habilidades o aptitudes. Que sepa realizar un abordaje global. Que tenga capacidad para acompañaren todos y cada uno de los momentos del usuario/a. Un usuario/a-paciente que esté en "su momento", con motivación y capacidades suficientes. Institución, con equipos y recursos adecuados para proporcionar, al menos lo mínimo y suficiente, que no siempre es lo mismo.

- Predisposición y motivación para el cambio de la persona; calidad de la relación de ayuda, vínculo y confianza; un buen diagnóstico; método apropiado a las características de la persona y naturaleza del problema.
- En este momento profesional y personal sostengo la importancia del contacto y del vínculo que se establece entre el profesional y el usuario y/o familia.
- Hay dos. La competencia profesional de quien interviene y la disponibilidad de cambio de la receptividad de la persona con la que se interviene. También es mi caso, este año he intervenido en 202 casos casi el doble del año pasado, es una locura. Tengo un ratio de 9000 personas. Esto evidentemente unido a la falta de espacios adecuados para la intervención influye mucho en la calidad y en la eficacia de las intervenciones.
- Establecer una buena empatía, para favorecer la confianza, teniendo claro todos los estereotipos o roles de género para evitar juzgar a la persona. En mi colectivo es fundamental tener una buena formación en género.
- El profesional y el cliente. El nivel de implicación será fundamental para el éxito, tanto del cliente como de la familia o redes de apoyo.
- El cliente. Es el principal factor para el éxito en la intervención.

4.4.2 ¿Consideras que "el vínculo" que se genera en la relación es un factor de motivación al cambio? ¿Por qué?



Figura 9. Resumen de las características que acompañan al vínculo como factor de motivación al cambio
 Fuente: Elaboración propia

En la figura 9 se muestran las cualidades que deben acompañar o existir para que el vínculo se dé y sea factor de motivación al cambio

- Si. En la medida que haya una relación empática, recíproca entre el cliente y el profesional, generan la percepción y la motivación para realizar el cambio. Siempre el vínculo profesional, para que la relación en la intervención sea transformadora.
- Si. Es el más importante. Que el profesional pueda llegar a re-parentalizar. Conseguir que sienta el apoyo que le permita mirarse a sí misma sin juicio y desde la posibilidad, con honestidad y estima. Crear el ambiente-apoyo-vínculo-relación necesario que le permita a sí misma poder ir construyéndose.
- Si. Si no hay vínculo, no hay trabajo posible. Si no existe, no hay nada que sostenga el trabajo de acompañamiento.
- Si. Establecer una relación de confianza, de seguridad y de apoyo, es importante para poder realizar avances en las dificultades que presentan las familias. Que se sientan escuchados y respetados es fundamental.

- Si. En este colectivo es fundamental. Muchas veces era un "revulsivo" para seguir adelante con la recuperación. Sé que está mal, pero muchas usuarias decían "lo hago por ti".
- Si. Es básico. Que sientan apoyo y ayuda.
- Si. Por la confianza que se va generando en la relación, la persona se va relajando y se va abriendo, exponiéndose. A veces puede volverse en contra del cambio.
- Si. Mediante el respeto, se valida a la persona. El terapeuta puede tener la llave para que se "abra el camino hacia el cambio".
- Si. Por supuesto, es fundamental.

4.4.3. ¿Tienes algún espacio donde puedas "supervisar" tu práctica profesional? ¿Lo consideras necesario y útil?



Figura 10. El espacio de supervisión profesional es imprescindible

Fuente: Elaboración propia

- Si. Aunque mi puesto de trabajo no lo contempla. Yo me he procurado con compañeros y compañeras afines una supervisión entre iguales. Es muy útil y necesario. De hecho mi puesto es técnico-supervisor, y dentro de mis competencias está la supervisión a equipos y procesos, pero no está contemplado que a mí me supervisen.
- Si. Un grupo interprofesional con supervisores externos que me permiten re-visión, reflexión y autoanálisis y re-configuración. Cuando no lo tenía me mantenía solo en la queja y no en la posibilidad.
- No. Considero imprescindible la supervisión de la práctica y el trabajo personal del profesional/terapeuta. Con mi anterior terapeuta, si supervisaba mi práctica, en la actualidad, no lo estoy haciendo. En mis sesiones individuales, si se me ha dado el caso de trabajar "cosas que me suceden a mí en relación con el usuario", pero no lo entiendo como una supervisión de la práctica.

- Si. Es fundamental. Realizamos una sesión grupal una vez al mes, que se está convirtiendo en este espacio de supervisión entre iguales, aunque todavía tenemos que mejorarlo.
- Si. Tenemos un espacio semanal o quincenal para supervisar distintos casos y poder hablar de dificultades, revisar nuestra práctica, incluso para encontrar apoyo y desahogo de las profesionales.
- No. No tengo ningún espacio donde poder apoyarme, consultar, revisar mi práctica profesional. Lo considero absolutamente necesario y útil.
- No. Si lo considero necesario y útil entre compañeros/as del mismo ámbito, no necesariamente tiene que ser trabajador o trabajadora social, pero que si perteneciera a la organización y estuviera formado/a para realizar la práctica profesional supervisora.
- No. Lo llevo intentando mucho tiempo y todavía no lo he conseguido. Lo considero muy necesario, pero por un profesional "cualificado". No sé si externo, quizás una supervisión entre iguales.
- Si. Reuniones de equipo y herramientas como el espejo unidireccional y terapéutico en el que cuando se requiere hay un supervisor/a que visiona la sesión.

5. DISCUSIÓN

5.1. Dimensión Metodológica

5.1.1. ¿Cuál o cuáles teorías y/o modelos de intervención sustentan tu práctica profesional?

Las respuestas dadas por los y las trabajadoras sociales se asimilan en mayor parte a lo expuesto dentro del marco teórico del presente trabajo en su página 23, donde se muestran los modelos de psicoterapia más representativos en la actualidad según Nardone, (2009), Sperry, (2010), Carrió, C, Belloch, A (2012) y Herrera, Mesa & Almeida, (2012:6), completándose con los que se presentan también de forma resumida en el anexo 3 dentro del apartado anexos de este trabajo según Escartín (1998) y Fernández y otros (2005).

Como se puede comprobar hay un amplio espectro de teorías y modelos que pueden configurar nuestro propio modelo de intervención. El eclecticismo aparece como una solución natural a la idiosincrasia de la problemática de cada persona. Aunque hay detractores de éste, cuya argumentación se basa en la pérdida de la creatividad para el desarrollo de la intervención (Viscarret, 2007), o según Carkhuff (Marroquín, 1991), había autores que consideraban a los eclécticos *"como escapistas que no tenían ningún criterio"*. Carkhuff, tenía una posición claramente ecléctica, centrada en el beneficio del cliente, sin sentirse atado a una escuela concreta de terapia o psicoterapia. La flexibilidad y la apertura en el modo de abordar una intervención terapéutica va a estar siempre en función de lo que requiera el cliente y el arte consiste en ser capaz de "estar en la relación", a lo que se refiere Ituarte (1992) , *"el trabajador social se coloca ante el cliente en posición de escucha, de aprendizaje: sólo escuchando y comprendiendo al cliente, podrá ayudarle a comprender a su vez que es lo que le sucede y de qué manera puede tratar de encontrar respuestas a sus dificultades"*. Esto conlleva una posición de horizontalidad.

5.1.2. ¿Aplicar un método de intervención garantiza el éxito de la misma?

No garantiza el éxito. Como se puede observar en la figura 2 dentro del apartado de resultados, el 90% de las respuestas se alinea con lo que expresan los autores recogido dentro del marco conceptual y teórico. El modelo es una guía, una base, así lo expresa

Navarro (1997:53) en Viscarret (2007), pero la flexibilidad, el ser capaz de dominar otros modelos o incluso otras técnicas de otros modelos es lo que va a ampliar el registro para adaptarse a las características del cliente y a la naturaleza del problema, en definitiva, para tener una mirada amplia. Hay que tener en cuenta al o la Trabajadora Social en cuanto a capacidad, habilidades, vivencias y crecimiento personal y sobre todo al cliente con sus circunstancias, implicación, motivación, momento, etc. Además, como queda también recogido en el marco teórico, los distintos estudios publicados demuestran que el modelo o técnicas de intervención, suponen un 15% de la varianza del éxito de ésta. Lambert (1992) en Campagne (2014:78).

5.1.3. ¿En qué fuentes, instrumentos y/o técnicas, te apoyas para realizar el diagnóstico?

El diagnóstico según se recoge en el marco teórico, desde el Trabajo Social es multifactorial, ya que tiene en cuenta a la persona en relación con el entorno. Por los resultados mostrados (figura 3), podemos observar que las fuentes Terapia Gestalt y Sistémico-Relacional aparecen en el anexo 3 del apartado anexos del presente trabajo. También están incluidas dentro de la tabla 1 del marco teórico (modelos de psicoterapia más representativos en la actualidad). En cuanto al Trabajo Social y al Marco Normativo-Jurídico, es obvio que sustentan siempre cualquier actuación ya que constituyen el marco donde se desarrolla el diagnóstico. Respecto a los instrumentos, destacar los manuales DSMV-CIE-CIF donde las distintas asociaciones de psicoterapia se apoyan a la hora de realizar el diagnóstico, en éstos se encuentran catalogadas y clasificadas las perturbaciones que sufren los individuos, que se recogen dentro del anexo 4 del apartado anexos, donde se detallan las funciones de la entrevista por Perpiña (2012), cotejando las hipótesis con lo revelado en los manuales. Otros instrumentos, como el ciclo de satisfacción de las necesidades (Salama), propio de la Terapia Gestalt y el espejo terapéutico, tampoco están recogidos expresamente dentro del marco teórico.

En cuanto a las técnicas, están sobradamente documentadas, y el diagnóstico consensuado según Ituarte (1992), es una clave fundamental para la implicación del cliente en el proceso terapéutico.

5.1.4. ¿Qué técnicas utilizas en la intervención? ¿Con qué criterio?

Las técnicas utilizadas, representadas en la figura 4, son al igual que las teorías, métodos y modelos muy diversas. Destacan por su repetición; *la entrevista, la escucha y la observación*, y como criterio para emplearlas, destacan *la intuición, el respeto y la empatía*. Es cierto que la entrevista es una técnica transversal y está presente en casi todos los modelos y la escucha y la observación son pilares fundamentales para la comprensión y la sintonización empática con el cliente. Muchas de ellas se recogen en la tabla 1 del marco teórico siguiendo a Nardone, (2009), Sperry, (2010), Carrió, C, Belloch, A (2012) y Herrera, Mesa & Almeida, (2012:6). Además los resultados arrojan otras técnicas específicas. La terapia narrativa en forma de cuentos, las devoluciones fenomenológicas mediante "el espejo", la silla vacía, técnicas creativas, incluso aparecen técnicas como la programación neurolingüística (PNL), hipnosis Eriksoniana o la acupuntura. Perfectamente podrían estar incluidas aquí la meditación, acuñada por un sector de la Psicología como Mindfulness o presencia plena, incluidas dentro de las terapias de tercera generación, Yoga, o cualquier otra que sirva para la mejor comprensión y aceptación por parte del cliente de su realidad multidimensional, ya que siguiendo la teoría paradójica del cambio, es desde esa realidad, desde donde se puede empezar a trabajar en el cambio deseado. En cuanto al criterio de utilización, prima el respeto y la empatía, factores comunes que refuerzan una mayor implicación del cliente y una buena alianza terapéutica, clave para el éxito de la intervención según Lambert (1992) en Campagne (2014).

5.2. Dimensión Contextual

5.2.1. ¿Qué perfil tienen los/as usuarios/as y/o clientes con los/las que intervienes?

No se ha recogido en este trabajo, dentro del marco teórico, nada relacionado con los perfiles de los clientes con los que se realiza la intervención terapéutica, refiriéndonos generalmente a la persona. Aunque nos parece interesante destacar la figura de la familia, tanto si se trabaja en prevención, estando todavía unida, como una vez que se han tenido que separar sus miembros. La familia, como base de nuestra sociedad es hacia donde más recursos y esfuerzos se dirigen para procurar un crecimiento y desarrollo sano, aunque todavía no alcanzan para realizar una prevención real, estando

todavía en modo asistencial en la mayoría de los casos. El perfil socioeconómico es medio-bajo en un porcentaje elevado.

5.2.2. ¿Cuáles son sus necesidades/dificultades más frecuentes?

De acuerdo con los resultados obtenidos y una vez observada la figura 6 del apartado de resultados, podemos decir que el 75% de las necesidades y/o dificultades se presentan agrupadas en 4 áreas, especificadas dentro del marco teórico según Herrera, Mesa & Almeida (2012). Dentro del área de "otros", son significativas las necesidades básicas materiales y afectivas, la ansiedad, el estrés y las adicciones, que suelen crear un círculo vicioso difícil de romper.

5.2.3. ¿Dónde realizas las intervenciones?

Como se ha visto en lo desarrollado en el marco teórico y especialmente en el anexo 4 del apartado anexos de este trabajo, en el que se detalla las funciones de la entrevista, el espacio de intervención es muy importante para crear un ambiente cálido y favorable, permitiendo que el cliente o clientes se sientan cómodos y relajados para que se pueda generar una relación terapéutica. Para poder establecer el rapport, o la sintonización fina con el cliente, el espacio físico deberá tener unas condiciones mínimas. La privacidad, confidencialidad, confianza y empatía llevan a la intimidad. Por medio de ésta se genera el vínculo, fundamental motor para que se genere el cambio necesario.

Observando la figura 7 del apartado de resultados, es significativo que la intervención de los y las profesionales se adapta al tipo de intervención y a los espacios de los que dispone para la misma. Es destacable que en los colegios, las intervenciones se producen en los espacios dotados para la orientación, no disponiendo de un espacio propio y apropiado para la misma.

5.3. Dimensión Eficacia Terapéutica

5.3.1. ¿Puedes explicar qué factores consideras principales para que la intervención tenga resultados positivos?

Estos componen la triada formada por: el trabajador o trabajadora social, cliente/s y el marco de intervención.

En este punto, y en contraste con lo expuesto en el marco teórico, todavía se le da más importancia al profesional que al cliente en cuanto al peso específico que tiene en el éxito de la intervención. Así según Lambert (1992) en Campagne (2014), éste contribuye al éxito en un porcentaje máximo del 15%. Por otro lado, la formación específica recogida por Ituarte (2012), así como la implicación y motivación del cliente que se puede procurar mediante la función motivadora de la entrevista de Perpiñá (2012), incluida en el apartado de anexos y un consenso dentro de un marco de intervención colaborativo propuesto por Ituarte (1992), facilitarán los resultados positivos que se marquen al inicio del proceso. Asimismo, el profesional tiene la responsabilidad, como agente de ayuda, de procurar la excelencia en cuanto a sus propias capacidades. Esto pasa primero por un autoconocimiento y un trabajo y crecimiento personal que contempla holísticamente todas las dimensiones: física, emocional, mental y espiritual o noética propuesto por Madrid (2005), para poder aportar las condiciones básicas para el éxito de la intervención recogidas por Lambert (1992) en Campagne (2014) - dar importancia, empatía, calor, aceptación, afirmación mutua, animar a tomar riesgos - y en Rogers (1977) - genuinidad, autenticidad y congruencia; aceptación, aprecio o estimación; la aceptación positiva incondicional y comprensión empática.

5.4.2. ¿Consideras que "el vínculo" que se genera en la relación es un factor de motivación al cambio? ¿Por qué?

En esta pregunta los y las trabajadoras sociales son unánimes (figura 9), el vínculo profesional si es un factor de motivación al cambio. Así Bordín (1979) en Perpiñá (2012), nos habla del vínculo como componente fundamental de la alianza terapéutica. Como factor de riesgo, hay que tener especial cuidado para que este vínculo no derive en dependencia. Esta dependencia puede ser unidireccional o bidireccional. En este caso puede producirse una dificultad añadida a la hora de llegar a la fase de despedida o fase final del proceso de intervención, que habrá que tratar con alguna de las diferentes estrategias propuestas tomando como referencia a Ituarte (1992), recogidas en el marco conceptual del presente trabajo.

5.4.3. ¿Tienes algún espacio donde puedas" supervisar" tu práctica profesional? ¿Lo consideras necesario y útil?

En este punto, también hay unanimidad en los resultados (figura 10), en cuanto a la necesidad y la utilidad de la supervisión profesional. Ituarte (1992) es clara en este punto, cree absolutamente necesario la supervisión tanto individual como grupal. La supervisión que se está realizando actualmente, entre los y las Trabajadoras Sociales se configura como "grupos de supervisión entre iguales" o también llamada "intervisión", salvo en el caso de una profesional, que tiene supervisión externa. Basándonos nuevamente en el marco teórico desarrollado, la supervisión entre iguales según Joyce & Sills (2013), tiene alguna ventaja, sobre todo económica, pero exige estar más presente y atento, ya que se deben ajustar perfectamente a las clausulas marcadas y tener un elevado nivel de responsabilidad y motivación para seguir mejorando apoyándose en los y las compañeras.

Los trabajadores y trabajadoras sociales son conscientes de la importancia y responsabilidad de una supervisión para mejorar la calidad de las intervenciones, por lo que se agrupan y generan estos espacios.

6. CONCLUSIONES

Una vez desarrollado todo el trabajo de investigación paso a exponer las siguientes conclusiones:

En cuanto a la finalidad perseguida con el desarrollo del mismo, "visibilizar la intervención terapéutica desde el trabajo social", creo que ha quedado demostrado como los Trabajadores y Trabajadoras sociales mediante la intervención influyen en la salud de las personas con las que intervienen, siendo esta intervención terapéutica. Es importante tener conciencia de esto en el día a día de la práctica profesional, para ello, me reitero en la responsabilidad que tenemos para procurarnos una salud holística, ya que es la forma de mostrar coherencia interna entre lo que somos y lo que hacemos. Y apoyándonos en la técnica del modelado, el "modelo", va a ser referencia no por lo que dice sino por lo que hace.

Por otro lado, ha sido muy gratificante para mí el poder observar la pasión que han mostrado los trabajadores y trabajadoras sociales en las entrevistas realizadas, incluso en el cuestionario escrito. Observar como se les iluminaba el rostro al hablar de su profesión y el "darse cuenta" de algunas personas a medida que avanzaba la entrevista, de la importancia de tomar conciencia del componente terapéutico de cualquier intervención.

Al finalizar las preguntas del cuestionario, las últimas reflexiones siempre eran motivadoras y de acercamiento mutuo hacía la esencia de la profesión.

En cuanto al resto de los objetivos marcados, puedo decir que estoy satisfecho en cuanto a su cumplimiento, he podido conocer el amplio espectro de teorías, métodos y modelos que conocen y manejan los distintos profesionales, aunque a veces, debido al ritmo e intensidad del trabajo realizado se interiorizan, teniendo algunas dificultades para identificarlos, a no ser que se realice una revisión teórica de los mismos. En este sentido las personas a las que remití el cuestionario, han podido realizar esa revisión, sintiéndose más seguras a la hora de abordar las teorías, modelos y técnicas preguntadas dentro de la dimensión metodológica. Desde mi punto de vista, si disponemos de un espectro más amplio, de una mirada más amplia, podremos observar más matices, esto lo da el conocimiento y sobre todo las experiencias vividas. El eclecticismo es naturalmente necesario, a pesar de lo que digan algunos autores.

Como hemos visto en el marco teórico, el nivel de implicación del cliente junto con una buena alianza terapéutica son dentro de la ponderación de los factores del éxito terapéutico es muy elevada. El logro de una buena relación y alianza terapéutica debe ser un objetivo prioritario, ya que llevará al cliente a lograr una comprensión mayor de sí mismo y de su problemática, de tal forma que pueda aumentar su autoapoyo y ser capaz de sostenerse mejorando su calidad de vida. Para ello se tienen que dar varias cualidades en el terapeuta y en el cliente o clientes, que se han mostrado anteriormente, además de un marco de intervención adecuado. Personalmente, creo firmemente que la principal característica que se debe dar y que como profesionales tenemos que "vigilar" siempre es la de mostrarnos y configurar una relación igualitaria, de tal forma que no estemos por encima o por debajo del cliente o clientes. En actitud de aprendizaje, respeto y reconocimiento, desde ese punto es desde donde podremos avanzar "de verdad". Si adoptamos una actitud paternalista y decimos lo que tiene que hacer, que decir, que comer, etc., podrá darse un cambio temporal, pero no será, ni profundo, ni duradero, si no es aprehendido, consciente, voluntario y libre.

¿Estamos dispuestos y dispuestas a establecer esta relación de igualdad?. Esta es una pregunta que parece simple, pero tiene una carga de profundidad significativa que conlleva sobre todo humildad. Hay que estar muy atentos y atentas para dejar de lado el uso perverso del poder que otorga el rol y la posición.

En relación al último objetivo planteado, el resultado es abrumador. Los y las profesionales si consideran necesario y útil la Supervisión de la práctica profesional. Llama la atención como desde la administración no se procura una supervisión profesional, que redundaría notablemente, tanto en la salud de los Trabajadores y Trabajadoras sociales, como en la calidad y efectividad de los procesos de intervención terapéutica. Hablo de la salud de los y las profesionales, porque aunque la supervisión no es terapia tal y como recalca Ituarte (1992), si permite un desahogo y sobre todo la comprensión y el aprendizaje de lo que se está haciendo, para qué se está haciendo y cómo se puede mejorar. Esto, desde mi punto de vista va a implicar un cambio en la percepción de aislamiento, de soledad y seguramente reduciría ostensiblemente el síndrome de *Burn-Out*, ya que los y las profesionales se sentirían "acompañados/as".

Al final se verían beneficiadas todas las personas que participan en el proceso, asimismo, indirectamente la administración y en general el conjunto de la Sociedad.

Porque, ¿realmente queremos que las personas se hagan responsables de sus vidas?, hay que tener claro que para que los demás se hagan responsables, nosotros lo tenemos que hacer antes o ¿seguimos queriendo estar por encima, "dando" ayudas y sintiéndonos mejores diciendo lo que tienen que hacer los demás?

Necesitamos desde el Trabajo Social, reivindicar la intervención terapéutica, reivindicar el Trabajo Social Clínico, reivindicar una formación específica para su desempeño y recuperar de nuevo lo que en un inicio era la esencia de la profesión.

Por último, en el desarrollo del trabajo, se me han ido abriendo nuevas vías de investigación relacionadas con la intervención terapéutica y el Trabajo Social:

- a) ¿Es la administración la causa principal del "asistencialismo" en Trabajo Social?.
- b) Trabajo social: Ejercicio libre de la profesión. ¿Es posible?
- c) Formación especializada en Trabajo Social Clínico. ¿Para cuándo?

7. BIBLIOGRAFÍA

- Campagne, D. (2014). El Terapeuta no nace, se hace. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 75-95.
- Escartín, M. J. (1998). *Manual de Trabajo Social (Modelos de práctica profesional)*. Alicante : Aguaclara.
- Escartín, M., Palomar, M., & Suárez, E. (1997). *Introducción al Trabajo Social II*. Alicante: Aguaclara.
- Etimologías de Chile*. (03 de 07 de 2015). Obtenido de <http://etimologias.dechile.net/?intervencio.n>
- Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia*. (04 de junio de 2015). Obtenido de <http://feap.es/index.php/preguntas/usuarios-de-psicoterapia>
- Fernández, T., Cívicos, A., de Frutos, M., Hernández, M., Silvia, I., Mestres, M., Vázquez, O. (2005). *Trabajo social con casos*. Madrid: Alianza Editorial, s.a.
- Hernández, M., & Cívicos, A. (2005). Teorías y Modelos del Trabajo Social con casos, familiar y con otras unidades de convivencia. En T. (. Fernández García, *Trabajo social con casos* (págs. 98-105). Madrid: Alianza Editorial.
- Herrera, J., Mesa, J., & Almeida, M. (2012). La práctica de la Psicoterapia desde el Trabajo Social. *Atlántida. Universidad de la Laguna. Nro 4*.
- Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico*. Madrid: Siglo XXI de España Editores,s.a.
- Joyce, P., & Sills, C. (2013). *Habilidades en counselling y psicoterapia Gestálticos*. Henao: Desclée de Brouwer, s.a.
- lexicoon*. (tres de junio de 2015). Obtenido de <http://www.lexicoon.org/es/terapia>
- Madrid, J. (2005). *Los procesos de la relación de ayuda*. Madrid: Desclée de Brouwer, S.A.
- Marroquín, M. (1991). *La Relación de Ayuda en Robert R. Carkhuff*. Bilbao : Ediciones Mensajero.
- Miller, W., & Rollnick, S. (1999). *La Entrevista Motivacional: Preparar para el cambio de conductas adictivas*. Madrid: Paidós Ibérica
- Nardone, G., & Watzlawick, P. (1990). *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona : Herder.

- Nardone, G., & Selekman, M. (2013). *Hartarse, vomitar, torturarse*. Barcelona: Herder.
- Perpiña, C. (2012). *Manual de la Entrevista Psicológica*. Madrid : Ediciones Pirámide
- Real Academia Española de la Lengua*. (17 de junio de 2015). Obtenido de <http://lema.rae.es/drae/?val=modelo>
- Rogers, C. (1977). *El poder de la persona* . Mexico: Manual Moderno.
- Viscarret, J. J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial,S.A.

8. ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario

"LA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA DESDE EL TRABAJO SOCIAL"

Las dimensiones a explorar son:

1.- La Dimensión Socio-Profesional:

Indicadores:

- a) Titulación
- b) Sexo
- c) Edad
- d) Centro de Trabajo
- e) Experiencia
- f) Especialización

2.- Dimensión Metodológica:

- 1) ¿Cuál o cuáles teorías y/o modelos de intervención sustentan tu práctica profesional?
- 2) ¿Aplicar un modelo de intervención garantiza el éxito de la misma? ¿Por qué?
- 3) ¿En qué fuentes, instrumentos y/o técnicas, te apoyas para realizar el diagnóstico?
- 4) ¿Qué técnicas utilizas en la intervención? ¿Con qué criterio?

3.- La Dimensión Contextual:

- 1) ¿Qué perfil tienen los/as usuarios/as y/o clientes con los/las que intervienes?
- 2) ¿Cuáles son sus necesidades/dificultades más frecuentes?
 - a) Déficit interpersonales
 - b) Duelo
 - c) Dificultades de relación
 - d) Transiciones de rol (deseadas o accidentadas)
 - e) Otros (especificar)

3) ¿Dónde realizas las intervenciones?

4.- Dimensión Eficacia Terapéutica:

- 1) ¿Puedes explicar qué factores consideras principales para que la intervención tenga resultados positivos?
- 2) ¿Consideras que "el vínculo" que se genera en la relación es un factor de motivación al cambio? ¿Por qué?
- 3) ¿Tienes algún espacio donde puedas "supervisar" tu práctica profesional? ¿Lo consideras necesario y útil?

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 2: Detalle del perfil profesional de los/as participantes

| Centro de Trabajo | Experiencia | Especialización |
|--|--|---|
| Mañana: Patronato de S.S. del Ayto.de Arona. Área de Integración social | *9 años en el sector público.(exclusión Social) | *Máster en Intervención Social *Experto en intervención |
| Tardes: Centro de coworking privado Con distintas especialidades de atención sociosanitarias | *4 años en el sector privado. (intervención terapéutica y clínica) | Psicoterapéutica *Coach certificado en PNL *Hipnosis Eriksoniana reconocimiento ESSCAN |
| Unidad de Infancia del Instituto de atención sociosanitaria del Cabildo de Tenerife (IASS) | *20 años en el sector público en Intervención y formación *Equipo de pre riesgo del Ayto. de la Laguna *Servicio de ayuda a domicilio de Ayto. de la Laguna y Sta. Cruz de Tenerife *Hospital Universitario de Canarias *C.A.I. menores del Cabildo Insular *Técnico de la unidad de infancia y familia del Cabildo Insular | *Formación en Terapia Gestalt en infancia y familia *Formación en Terapia Gestalt adultos |

Anexo 2 (cont.): Detalle del perfil profesional de los/as participantes

| Centro de Trabajo | Experiencia | Especialización |
|--|---|---|
| Consejería de Educación | *25 años en el sector público. Educación | *Máster en Violencia de género *Máster en agente de igualdad *Programa de Doctorado en estudios feministas y de género |
| Centro Municipal de la Mujer del Ayto. de Santa Cruz de Tenerife | | *Mujeres víctimas de violencia de género |
| Servicio de Urgencias Sociales en Ayto. Logroño | *13 años en el sector público | *Terapia Gestalt |
| Ayuntamiento de Santa Cruz de la Palma. Servicios Sociales. Equipo de infancia y familia | *23 años en el sector público. *7 años en S.S. base y 16 en Infancia y familia | *Máster en mediación y orientación familiar *Varios expertos y cursos especializados en infancia y familia. *Aplicaciones de la Terapia Gestalt en la infancia y la familia |
| ATAM Asociación de Telefónica de asistencia a mayores. | *19 años mayoritariamente en sector público con mayores, mujeres y discapacidad | |

Anexo 2 (cont.): Detalle del perfil profesional de los/as participantes

| Centro de Trabajo | Experiencia | Especialización |
|-----------------------------|---|--|
| Ayuntamiento de la Laguna | *25 años en el sector público mayoritariamente con menores y familia en distintos proyectos | |
| Caritas Parroquial de Añaza | *Mayoritariamente en el ámbito público *Mancomunidad de Municipios *Asociacionismo juvenil *Salud *12 años en Exclusión social | *Máster en participación comunitaria |
| Aldeas Infantiles | *23 años de experiencia profesional *Mayoritariamente en el tercer sector. *Vinculada siempre a intervención familiar. *Comenzó en Cáritas. Actualmente dirige un equipo de Trabajo y realiza también labores de coordinación | *Formación en Terapia Sistémica *Terapia breve centrada en soluciones |

Fuente: Elaboración propia

Nota: cada ventana se corresponde con un Trabajador o Trabajadora Social

Anexo 3: Modelos de intervención - Conceptos clave

Modelo conductista: *"Toda conducta es aprendida. La conducta a veces puede controlarse por sus consecuencias; otras veces, por los estímulos"* o antecedentes (Escartín M. J., 1998, pág. 140). Los Refuerzos de la conducta fortalecen su frecuencia. *"La intervención debe centrarse en averiguar el condicionamiento que favorece una conducta en el individuo"* (Morán y Gómez, 2004:46) en Fernández y otros (2005:63).

Modelo de Casework o diagnóstico: Teoría del Yo; mecanismos defensivos, teoría de los objetos; relación; diagnóstico. *"En este modelo, sobre todo, el Trabajo Social busca ayudar al individuo que tiene un problema (fundamentalmente de relaciones familiares cotidianas, escolares y laborales), debido principalmente a desórdenes en el funcionamiento intrapsíquico de los individuos"* (Escartín M. J., 1998, pág. 138).

Modelo cognitivo: *"Los pensamientos determinan lo que somos. Los modos de percibir la realidad condicionan nuestra vida. Las creencias irracionales afectan a la persona y a la sociedad. Es posible mejorar las cogniciones para evitar el sufrimiento innecesario y mejorar la salud mental"* (Fernández, y otros, 2005, pág. 75).

Modelo de trabajo social para resolver problemas: Pragmatismo y experimentación; funcionamiento cognitivo del yo; comportamiento activo de la persona; motivación, oportunidad, capacidad, recursos. *"El proceso estará en función de cuatro aspectos fundamentales que son interdependientes: la motivación, la oportunidad para el cambio, la capacidad y los recursos para el cambio"* (Escartín M. J., 1998, pág. 138).

Modelo sistémico y ecológico: Según Fernández y otros (2005)

Existen realidades que superan a los individuos. Los sistemas son interacciones entre elementos. Los procesos son circulares e interactivos. Un cambio en una parte del sistema afecta al resto. Todo lo que afecta a la totalidad del sistema influye en cada uno de sus componentes. (Fernández, y otros, 2005, pág. 85).

Modelo funcionalista: Orientación de crecimiento individual; el individuo se conforma por sí mismo, y conforma las relaciones interpersonales y las condiciones externas de su

vida. Respeto a la dignidad y la fuerza de las personas; postula que, a pesar de los condicionantes externos, la persona tiene en sí la suficiente energía para realizarse. *"Fortalecer el poder individual para incrementar el funcionamiento social"* (Escartín M. J., 1998, pág. 139).

Modelo de crisis: Teoría ecléctica basada en el énfasis de la psicología del ego y la teoría del estrés. Asesoramiento para la estructuración de la personalidad, defensas básicas, patrones habituales de comportamiento, recursos (Fernández, y otros, 2005, pág. 139).

Modelo Transaccional: Comprensión de las dificultades emocionales y sociales para el cambio. La estructura de la personalidad incluye: padres, adultos, niños, uso de juegos, interacciones (Escartín M. J., 1998, pág. 139).

Modelo radical: Según Fernández y otros (2005):

Gran parte de los problemas individuales tienen una traducción social y obedecen a causas estructurales. Las soluciones no están en la individualización sino en la transformación de las condiciones sociales. En el insostenible modo de producción y distribución capitalista, y en los procesos de globalización económica y financiera, se halla la explicación de los problemas que afectan a este mundo" (Fernández, y otros, 2005, pág. 92).

Modelos Humanista, existencial y fenomenológico: *"El valor intrínseco de la persona; intervención centrada en el cliente; la autodeterminación del usuario; la búsqueda de la autorrealización; empatía y escucha activa; confianza y calor humano"* (Fernández, y otros, 2005, pág. 98).

Fuente: Fernández y otros (2005:63-105); Escartín (1998:138-140).

Anexo 4: Funciones de la entrevista dentro de la intervención terapéutica

Función evaluadora de la entrevista: Es el objetivo principal de este tipo de entrevista, recabar la información suficiente que permita :

- a) Identificar y definir la demanda o problema de una forma comprensible
- b) Formular o elaborar hipótesis acerca del diagnóstico
- c) Contrastar las hipótesis descritas, con los manuales diagnósticos oficiales, ya sea el DSM o el CIE.

El primero se corresponde con un análisis descriptivo mientras los dos siguientes responden a un análisis funcional y diagnóstico. Estos tres niveles se irán alternando durante el proceso evaluativo (Muñoz,2003) en Perpiña, (2012:246).

Hay que destacar que otro objetivo importante es el de establecer unos buenos cimientos para la relación, fomentando la empatía y comprensión hacia el cliente, que se sienta cómodo facilitará la exploración de la información requerida y la implicación del cliente en la terapia, si fuera necesaria.

En cuanto al contexto donde se da la entrevista evaluativa, hay que tener en cuenta que es diverso y dependiendo de éste, será y estará orientada de una forma u otra. Por ejemplo en una situación en crisis la emocionalidad dificultará la entrevista, por lo que en este caso se realizará un diagnóstico tentativo y un tratamiento de emergencia, en contextos penitenciarios, será preciso contrastar la información con el entorno del recluso por la posible manipulación de éste en cuanto a la psicopatología. La cooperación que puede ofrecer una persona maltratadora que acude por obligación no es la misma que la que acude por iniciativa propia. De cualquier forma la entrevista evaluativa se tiene que dar para lograr una valoración clínica.

Se debe evitar convertir la entrevista en un interrogatorio, acudiremos a las preguntas para obtener información relevante del problema y los síntomas, teniendo en cuenta que tenemos otras estrategias para obtener información como el resumen, la clarificación, la confrontación o los reflejos (Cormier, Nurius y Osborn, 2009) en Perpiña, (2012:248).

En este tipo de entrevista es responsabilidad del terapeuta la precisión de las respuestas, ya que de ello depende un diagnóstico válido. Además, no creerse el autodiagnóstico proporcionado por el paciente y esclarecer lo que habla acerca de sí.

También estar atento a la actitud corporal y gestual propia del terapeuta, ya que esta puede inducir al cliente a continuar hablando o parar, esto es, no interferir en el proceso a no ser que sea necesario.

La entrevista clínica supone un reto para cualquier persona entrevistada, según señalan Segal et al. (2010), se exige o se espera del cliente que hable de temas privados, o incluso que reexperimente sucesos y recuerdos traumáticos ante una persona extraña. Esta dificultad se asocia al esfuerzo que en algunas ocasiones supone pedir ayuda, bien debido al estigma asociado a la enfermedad mental o tal vez por malas experiencias con terapeutas previos. Por todo ello, en este tipo de entrevistas es importante el establecimiento del *rapport*. El entrevistador clínico deberá establecer una relación de confianza, sensibilidad y respeto hacia el cliente, algo que es al menos tan importante como obtener información. Segal et al (2010), en Perpiña (2012:250)

Las fases de la entrevista evaluativa son tres:

- La fase inicial: El objetivo principal es establecer el *rapport*. La observación y la flexibilidad son fundamentales. La primera para recabar información y la segunda para hacer sentir cómodo y dar lugar a que el cliente se exprese y satisfaga sus necesidades.
- La fase intermedia: Los objetivos específicos de esta son la identificación del problema, elaboración y confirmación de hipótesis diagnósticas y toma de decisiones en cuanto a la conveniencia de tratamiento o derivación a otro profesional. El terapeuta se puede encontrar con ciertas resistencias en base a estos factores:
 - ⇒ El contenido de la información. La privacidad de la información sobre la que vamos a preguntar al cliente.
 - ⇒ La motivación. Es decir, la no motivación del paciente, por distintos motivos, acude obligado a consulta o por si mismo pero no está motivado para el cambio.
 - ⇒ La propia naturaleza del problema. La falta de conciencia de enfermedad.
 - ⇒ Incongruencia entre la queja y el problema principal. La queja suele ser una máscara. El terapeuta tendrá que tratar el problema principal sin dejar de lado la queja del cliente.

- La fase final: Preparar la despedida, dedicando 5 o 10 minutos para resumir el contenido de la entrevista reforzando al cliente por su capacidad, valentía y esfuerzo.

En cuanto a la información a recoger se utilizan los siguientes instrumentos: 1) La historia clínica, o historia personal y del problema; 2) examen de estado mental o psicopatograma y 3) diagnóstico clínico.

Según Muñoz (2003) en Perpiñá (2012:256), la recogida de la información durante la entrevista se realizará por tres vías: la observación, la conversación y la exploración. La observación aportará información relevante en cuanto al estado mental, apariencia, si mantiene contacto ocular, congruencia verbal y no verbal. La conversación inicial puede ser muy reveladora en cuanto al nivel de comprensión del paciente y el estado de ánimo. Por último, la exploración servirá para recabar información sobre la historia clínica o para realizar la valoración o diagnóstico clínico. Esta exploración se puede hacer a través de entrevistas, que pueden variar dependiendo de la función y objetivo, estructuradas o no estructuradas o abiertas. En ocasiones con una sola entrevista no basta para realizar una buena evaluación. A veces ocurre que pueden existir dificultades en el proceso de evaluación, a pesar de que se está realizando correctamente. En estos casos es posible contemplar como reveladoras tales dificultades y analizarlo, ya que se puede dar desconfianza, ambivalencia, personalidad disfuncional o incluso deterioro cognitivo.

Desde la perspectiva de este trabajo en cuanto a la orientación de la intervención terapéutica, es reseñable indicar que en este tipo de entrevista, a diferencia de las terapéuticas, se evaluarán síntomas y problemas psicológicos, siendo la entrevista, el paso previo a cualquier tipo de tratamiento. Por ello, se debe manejar el diagnóstico sobre trastornos mentales, conocimiento en psicopatología y diagnosis para manejar entrevistas no estructuradas y para las estructuradas se requiere formación específica. También debemos considerar las ganancias secundarias de los clientes, sean conscientes o inconscientes.

Saber preguntar y saber escuchar y el escepticismo clínico son cualidades muy importantes en el terapeuta para este tipo de entrevista.

Función motivadora de la entrevista: La carencia de motivación es un obstáculo para la adherencia al tratamiento. El cliente que demanda ayuda dista mucho de tener predisposición adecuada que garantice poder iniciar y mantener cambios en su conducta. La motivación es un estado dinámico que fluctúa en el tiempo y que depende de diversos factores como sucesos críticos, valoraciones, incentivos externos, nivel de angustia, percepción del daño hacia los demás y la interacción que se establezca con el terapeuta. De los planteamientos desarrollados para el proceso del cambio, *el modelo transteórico* de Prochaska y DiClemente (1992) y *la entrevista motivacional* de Miller y Rollnick (2002) son los que más apoyo han tenido.

Según Prochaska y DiClemente (1992), en el proceso se distinguen una serie de etapas: a) Precontemplación: la persona no es consciente que tiene un problema, por tanto no tiene intención de cambiar. b) Contemplación: la persona es consciente del problema y considera abandonar la conducta, pero todavía no ha desarrollado un compromiso firme de cambio. Ambivalencia. c) Preparación: muestra pequeños cambios y se compromete a un esfuerzo mayor en un mes. d) Acción: realiza un cambio notable para resolver el problema con un fuerte compromiso. Entre uno y seis meses. e) Mantenimiento: trata de consolidar los cambios y evitar la recaída. Este estadio se da después de los seis meses de cambio efectivo.

A lo largo del tratamiento es muy probable que aparezcan las recaídas, la consecuencia es el descenso a un estadio inferior, la diferencia es que la persona ya no se encuentra en el mismo punto, ya tiene un recorrido realizado, la experiencia previa le puede servir para incrementar el nivel motivacional (Perpiña, 2012, págs. 292-293). Por otro lado, siguiendo a Becoña y Cortés (2008,2011) en Perpiñá (2012,293:294), debemos recordar que en el deseo de cambio, la ambivalencia es la norma y no la excepción, que el proceso de cambio no es lineal, que el estar preparado para el cambio no es estático (es diferente en cada persona), que el tratamiento avanza suavemente si cliente y terapeuta se centran en el mismo estadio, y que los factores principales para resolver la ambivalencia son; la importancia que la persona le otorgue a realizar el cambio y la confianza que tiene en sí misma para poder conseguirlo.

El modelo de Entrevista Motivacional de Miller y Rollnick (2002), se centra en las preocupaciones y perspectiva de la persona y focalizada en el aquí y ahora. Se caracteriza por ser una entrevista de estilo directivo en la que el terapeuta a través de

refuerzos selectivos, trata de guiar a la persona hacia la resolución de la ambivalencia y hacia la motivación al cambio. No se usa para imponer, ya que el cliente es el mayor experto de sí mismo. El terapeuta creará un clima favorable y evocará en el cliente razones y métodos potenciales para cambiar con arreglo a estrategias y experiencias ya usadas por él. También traerá, con la previa consideración del cliente, nuevas estrategias. Esta función se enmarca principalmente en el ámbito clínico y de salud. Enfermedades mentales, adicciones y enfermedades como la diabetes que implica un cambio en los hábitos de vida, convirtiendo al cliente en un agente activo de su salud y de su manera de cuidarse.

La escucha activa y el estilo directivo en la comunicación, y una interacción basada en la empatía, la aceptación y la validación, evitando corregir, solucionar, convencer o discutir es la base de este tipo de entrevistas. Siguiendo a Miller y Rollnick (2002), los cuatro principios básicos de la entrevista motivacional son:

- 1) Expresión de empatía. Escucha respetuosa y reflexiva. Comprensión de los sentimientos del cliente, evitando el juicio, la crítica y la culpa.
- 2) Desarrollo de la discrepancia. La meta es confrontar al cliente con una realidad desagradable y mostrar que se puede cambiar. Se hace consciente a la persona de las desventajas de la conducta presente y por el contrario de las ventajas del cambio.
- 3) Trabajar la resistencia. Se debe evitar la confrontación y la discusión, ya que se generará el efecto contrario. El cliente aporta las soluciones, aunque el terapeuta puede ofrecer nuevas perspectivas, nunca imponerlas.
- 4) Apoyar la autoeficacia. Consiste en aumentar la percepción del cliente sobre su capacidad para hacer frente a los obstáculos y tener éxito en el cambio. (Perpiña, 2012, pág. 303)

Función de cambio de la entrevista: Counselling

Como ya sabemos el Counselling tiene distintas acepciones tales como orientación, asesoramiento, consejo, etc. *"El Counselling pretende que el cliente mediante un proceso de comprensión y conocimiento de sí mismo, afronte mejor sus problemas, se relacione mejor con los que le rodean, tome decisiones libremente, se comuniquen mejor y adopte actitudes que no sean perjudiciales para la salud"*. Es importante resaltar que

esta relación de ayuda siempre es a petición del cliente. El profesional, mediante la alianza terapéutica con el cliente, le servirá de acompañamiento en este proceso de autodescubrimiento, y el vínculo que se genere será muy importante en el logro, la elección o cambio que permitirá reducir la confusión del cliente. Los objetivos principales del Counselling y que se pueden aplicar en distintos ámbitos de actuación son los siguientes:

insight; relaciones con otros; autoaceptación; autorealización; resolución de problemas; adquirir habilidades sociales y empowerment.

Los ámbitos de actuación son varios:

- *Educativo*: prestación de servicios a alumnos que necesitan ser asistidos en la toma de decisiones sobre aspectos importantes de su educación, incrementándose su conocimiento de las oportunidades educativas.
- *Vocacional*: facilitar el desarrollo de una carrera profesional, orientada a la inserción en el mercado laboral.
- *Personal*: tratar con el malestar emocional y las dificultades de comportamiento que surgen en determinadas etapas de la vida, o por determinados problemas.
- *Salud*: dentro del ámbito sanitario, manejar situaciones con elevados niveles emocionales, mejorar la comunicación de los profesionales con pacientes y/o familiares.

En cuanto a las herramientas, podemos hablar de la comunicación, y la técnica por excelencia "la escucha activa", donde debemos ser conscientes de los facilitadores tanto verbales como no verbales, además, otras técnicas esenciales son la paráfrasis, el reflejo, el resumen, las preguntas (en especial las de apertura), la inmediatez o la autorrevelación.

Otra de las herramientas es la interacción, donde destaca la empatía y las tres cualidades básicas que debe tener el terapeuta según Rogers (1957): respeto incondicional o aceptación positiva, actitud no valorativa, autenticidad.

El proceso finalmente tiene tres fases: a) exploración del problema: el cliente explora el problema desde su propio marco de referencia; b) comprensión del problema: se facilita al cliente que adquiera una nueva visión de su situación y de su problema,

viendo lo que podría hacer para afrontarlo de una forma más efectiva aquí se emplean habilidades como el reto y la confrontación, la inmediatez y la autorrevelación, teniendo un nivel alto de empatía; c) acción. la comunicación no es suficiente, se establece un buen enfoque y unos objetivos para hacer frente a sus dificultades. (Perpiña, 2012, págs. 316-326)

Siguiendo a Claringbull (2010) en Perpiñá (2012:327), considera que la entrevista en el counselling, a diferencia de la psicoterapéutica, está centrada en el "aquí y ahora" del problema del cliente, en la expresión comunicativa en la relación con el cliente y no tanto en la actuación sobre la sintomatología.

Función de cambio de la entrevista: Terapéutica

Siguiendo a Perpiña (2012),

Para realizar una entrevista terapéutica, es necesario conocer no sólo las técnicas de la entrevista, sino también el modelo terapéutico en que se sustenta el tratamiento a aplicar, así como la naturaleza de los problemas, trastornos enfermedades o disfunciones a los que va dirigida la intervención o el tratamiento (Perpiña, 2012, pág. 335).

Existen tres elementos que diferencian la entrevista terapéutica con cualquier otro tipo de entrevista: *los interlocutores, el objetivo o finalidad y el contexto* en el que se lleva a cabo. *Los interlocutores* son básicamente dos, el entrevistador, cuyo rol es muy específico y requiere de un entrenamiento especial, el de psicoterapeuta y el entrevistado que adopta rol de paciente y/o enfermo. Puede haber más de un terapeuta y más de un paciente y/o enfermo (grupo). *El objetivo* está determinado por la demanda del paciente/enfermo: obtener alivio, mejora o curación de su trastorno, disfunción o enfermedad. *El contexto* es muy heterogéneo: desde la consulta ambulatoria, ya sea en el ámbito público o en el privado, hospital, unidades de desintoxicación, rehabilitación, etc. De cualquier forma hay un elemento que debe prevalecer ante cualquier objetivo y contexto, la alianza terapéutica. La alianza terapéutica se convierte en el principal instrumento para el cambio. Horwarth y Symonds (1991) en Perpiñá (2012:338), mostraron que hay datos que demuestran que la alianza terapéutica es el mejor predictor del resultado de la psicoterapia, por encima de la duración del tratamiento o su

modalidad. También que la colaboración y la negociación de objetivos son esenciales para el éxito terapéutico.

Según Perpiñá (2012:338), el planteamiento más aceptado sobre la alianza terapéutica es el de Bordin (1979), *vínculo, metas y tareas* son los tres componentes que la definen. *El vínculo* hace referencia a las características afectivas de la relación y se refleja en cómo se siente el paciente en la relación. *Las metas* son los objetivos hacia los que se dirige la intervención psicoterapéutica. Varía en función de las características personales del paciente, del problema y del modelo y enfoque psicoterapéuticos usados. Por último, *las tareas* hacen referencia a comportamientos y actividades que el paciente debe llevar a cabo en la sesión o entre sesiones para conseguir beneficios terapéuticos óptimos. Deben haber sido consensuadas con el paciente al igual que los objetivos, implicando el conocimiento del paciente de su problema y sus expectativas de cara al tratamiento.

En relación a los diferentes enfoques de psicoterapia y la entrevista, decir que el marco teórico es el "modelo de trabajo" que guía al profesional en su intervención clínica determinando qué datos va a observar y obtener, y cómo comprender la información recogida (Sperry, 2010). Este autor también determina que existen cinco tareas terapéuticas fundamentales que se deben llevar a cabo que sirvan de mapa conceptual para su actuación clínica: establecimiento de la alianza terapéutica; formulación del caso y planificación de la intervención; enfoque y estrategias de intervención; finalización y evaluación de la intervención realizada. El contenido de cada tarea se diferencia en función del modelo o marco de referencia teórico. (Perpiñá, 2012, pág. 342).

En la tabla 1 del marco teórico del presente trabajo podemos observar "los modelos de psicoterapia e intervenciones características" de las correspondientes entrevistas terapéuticas.

Modelos psicodinámico, cognitivo-conductual, experiencial, sistémico-relacional.

Quiero destacar el enfoque *experiencial* o *terapia focalizada en las emociones (TFE)*, según Perpiñá (2012), es probablemente el enfoque más estudiado y utilizado en la actualidad. La TFE activa la emoción durante el tratamiento para producir un cambio profundo en el funcionamiento automático de los esquemas emocionales, que son frecuentemente la fuente del problema. Es un tratamiento experiencial que integra

elementos de las prácticas centradas en el cliente (Rogers, 1961) y Gestalt (Perls, Hefferline y Goodman, 1951) con la moderna teoría de las emociones y una meta-teoría dialéctica-constructivista...la terapia se considera un proceso de colaboración en el que se ayuda a los pacientes a identificar mejor, experimentar, explicar, dar sentido, transformar y manejar flexiblemente sus emociones (esquemas emocionales). la TFE se construye sobre una relación empática, genuinamente validadora, con un terapeuta altamente respetuoso, plenamente presente y sensiblemente receptivo a la experiencia del paciente. El Terapeuta ayuda al cliente a entender y transformar su experiencia esquemática de la emoción, y se utilizan fundamentalmente dos estrategias de intervención: la relación terapéutica, que promueve la seguridad y el procesamiento emocional del paciente, y la empatía verbal del terapeuta, que explora la narrativa verbal y no verbal. La intervención está guiada por los problemas identificados y los marcadores del procesamiento emocional. Las intervenciones que acompañan estos marcadores son entre otras: la sintonía empática, la exploración empática, la evocación empática, la afirmación empática, la focalización y los diálogos gestálticos de la silla. (Perpiña, 2012, págs. 345-346)

Las fases que se pueden diferenciar en toda entrevista terapéutica son tres:

- La fase inicial: Tiene como objetivo que el paciente se sienta cómodo y dispuesto a hablar sin inhibiciones, se trata de establecer un rapport adecuado. Posterior se realiza el encuadre, que presenta tres objetivos: disminuir la ansiedad e incertidumbre del paciente, proporcionándole puntos de referencia para situarse en un nuevo marco, ayudando a su motivación para permanecer. También ofrece el espacio para establecer hipótesis al terapeuta sobre cómo afecta sobre el paciente y por último establecer una hipótesis sobre cómo es el paciente. La duración es variable.
- La fase intermedia: Varía en función del modelo o enfoque psicoterapéutico y del problema que motiva la intervención. Normalmente esta fase incluye cuatro subfases: identificación del problema, elaboración de hipótesis, propuesta de solución y tratamiento. Las técnicas fundamentales en estas subfases son: *la escucha activa sin interrupciones*, es fundamental para que el paciente se sienta motivado a la autoexploración, además facilita la comprensión del problema por parte del terapeuta. La segunda habilidad *es la observación*, haciendo referencia tanto a la autoobservación como a la del paciente. Es muy importante la propia

escucha del terapeuta, para seguir en la relación sin adoptar actitudes defensivas, o poniéndose en el rol de experto. La tercera habilidad, la de abordar *las fluctuaciones producidas en la comunicación e interacción*, ya que estas pueden ser positivas y negativas. En este caso un análisis y revisión del proceso y del comportamiento y actitud del terapeuta es fundamental. La habilidad de *saber preguntar*, según Rimondini (2011) en Perpiñá (2012:351), "*no preguntar nada al paciente sin que se pueda justificar por qué se ha demandado esa información concreta en ese preciso momento*". Esta frase resume la oportunidad y relevancia que deben tener las preguntas realizadas.

- La fase final: tiene como objetivo consolidar los logros alcanzados, o en caso de cierre del tratamiento o intervención preparar al paciente para ello. Es importante resumir los contenidos tratados, los logros conseguidos y facilitar al paciente la aclaración de posibles malentendidos, o informaciones que no hayan sido reveladas por distintos motivos. Se trata de establecer una relación positiva entre paciente y terapeuta facilitando que los objetivos acordados respecto a las tareas sean aceptados y llevados a término. Se trata de potenciar los recursos, aumentar la comprensión del paciente sobre sus problemas y reforzar su autoconfianza, reasegurando al paciente, respecto a su capacidad de manejarse solo. La despedida será breve, respetuosa y cálida. (Perpiñá, 2012, pág. 352)

Anexo 5: Condiciones necesarias y suficientes para el cambio

Rogers (1977), con su *enfoque centrado en la persona* nos dice que existen tres condiciones en el o la terapeuta para "*generar el clima promotor del crecimiento*,

...la primera se refiere a la **genuidad, autenticidad y congruencia**. Mientras el terapeuta es él mismo en la relación, sin poner fachadas personales o profesionales, mayor es la probabilidad de que el cliente cambie y crezca de una forma constructiva. Esto quiere decir que el terapeuta está siendo en una forma abierta a los sentimientos y actitudes que están fluyendo dentro a cada momento. El término transparente da el sabor de ese elemento; el terapeuta se hace transparente al cliente; el cliente puede ver con claridad lo que el terapeuta es en la relación; el cliente no experimenta ningún secreto por parte del terapeuta. Por lo que se refiere al terapeuta, lo que él está experimentando está disponible a su conciencia, puede ser vivido en la relación y puede ser comunicado si es apropiado...

La segunda actitud de importancia para crear un clima favorable al cambio es la **aceptación, aprecio o estimación - la aceptación positiva incondicional**. Esto quiere decir que un movimiento o cambio terapéutico es más probable cuando el terapeuta está experimentando una actitud positiva, aceptante hacia cualquier cosa que el cliente es en ese momento. Esto requiere de la buena voluntad del terapeuta para desear que el cliente, sea cualquier sentimiento que esté presente en ese momento-confusión, resentimiento, miedo, coraje, valor, amor, u orgullo. Es el aprecio no posesivo...

El tercer aspecto facilitador es la **comprensión empática**. Esto significa que el terapeuta capta con precisión los sentimientos y significados personales que están siendo experimentados por el cliente y comunica esa comprensión al cliente. En sus mejores momentos, el terapeuta está tan metido en el mundo privado de la otra persona que puede clarificar no solo los significados de los cuales el cliente es consciente, sino también aquellos que están justo por debajo del nivel de conciencia. Cuando él responde a este nivel la reacción del cliente es de este modo: quizá esto es lo que he estado tratando de decir. No me había dado cuenta de ello, pero sí, ¡esa es la manera como yo me siento!... le ayuda al cliente a tener una comprensión más clara de su propio mundo y de su propia conducta y por lo tanto a tener un mayor control sobre ellos...

... a medida que el cliente encuentra al terapeuta escuchando sus sentimientos de una forma aceptante, él se vuelve capaz de escucharse a sí mismo con aceptación, de oír y

aceptar el coraje, el miedo, la ternura, el valor que está siendo experimentado, a medida que el cliente encuentra al terapeuta estimándolo y valorándolo aún en los aspectos ocultos y horribles que han sido expresados, él experimenta una estimación y gusto por sí mismo. A medida que el terapeuta es experimentado como real, el cliente es capaz de tirar las fachadas para ser más abiertamente la experiencia interna.... (Rogers, 1977, págs. 5-6)