

# Prácticas del Trabajo Social Clínico

\* \* \* \* \*

*Amaya Ituarte Tellaeché (coord.)*

Colección Trabajo Social, 8

Directora de la colección: *Josefa Fombuena Valero*

© *Los autores*, 2017

© De esta edición:

Nau Llibres

Periodista Badia 10. 46010 València

Tel.: 96 360 33 36

Fax: 96 332 55 82

E-mail: [nau@naullibres.com](mailto:nau@naullibres.com)

web: [www.naullibres.com](http://www.naullibres.com)

Diseño de cubierta y maquetación:

Pablo Navarro, Nerina Navarrete y Artes Digitales Nau Llibres

Ilustración de la cubierta:

Pablo Navarro

ISBNs Nau Llibres

ISBN\_papel: 978-84-16926-13-8

Depósito Legal: V-144-2017

ISBN\_ePub: 978-84-16926-14-5

ISBN\_mobi: 978-84-16926-15-2

ISBN\_PDF: 978-84-16926-16-9

Impresión: Safekat

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización por escrito de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático.



# Índice

<b>Relación de autores.....</b>	<b>11</b>
<b>1. Actualidad y pertinencia del Trabajo Social Clínico.....</b>	<b>19</b>
<i>Amaya Ituarte Tellaeche</i>	
1. Introducción .....	19
2. De qué hablamos cuando hablamos de trabajo social clínico.....	20
2.1. Clínico, objeto de la intervención clínica.- 2.2. El acontecer clínico	
3. La práctica clínica en Trabajo Social .....	30
3.1. Práctica centrada en el cliente.- 3.2. El cliente es singular: sujetos únicos en una situación con características únicas.-	
3.3. Proceso relacional e intersubjetivo.- 3.4. El compromiso ético en la práctica clínica.- 3.5. Transdisciplinariedad: reto formativo y exigencia de la práctica	
4. Conclusiones: La pertinencia de las prácticas del trabajo social clínico.....	40
5. Bibliografía .....	43
<b>2. Modelos teóricos y utilidad práctica. Entre la riqueza productiva y la confusión epistemológica. Una aproximación .....</b>	<b>45</b>
<i>Cándid Palacín Bartrolí</i>	
1. Introducción .....	45
2. Algunos modelos en la práctica del trabajo social.....	48
2.1. El modelo psicodinámico.- 2.2. El modelo conductual o cognitivo conductual.- 2.3. Intervención en crisis.- 2.4. Perspectivas radicales.- 2.5. Desarrollos sistémicos y ecológicos	
3. Algunos datos procedentes de la investigación.....	58
4. Conclusión y apertura .....	59
5. Bibliografía .....	61
<b>3. La construcción del contexto de intervención profesional.....</b>	<b>67</b>
<i>Josefa Cardona Cardona</i>	
1. La dimensión clínica del Trabajo Social.....	67
2. El contexto de intervención profesional con personas y familias	71
2.1. ¿Qué es un contexto de intervención profesional?.- 2.2. Referencias teóricas y metodológicas sobre la construcción de contextos de intervención profesional con personas y familias	

3. Prácticas relacionales que sustentan la construcción del contexto de intervención.....	75
3.1. Prácticas centradas en generar cooperación en el proceso de ayuda.- 3.2. Prácticas centradas en generar una alianza terapéutica.- 3.3. Prácticas centradas en conducir la intervención dentro del marco de la deontología y la ética profesional	
4. El proceso de construcción del contexto de intervención con el cliente.....	80
4.1. Contexto de intervención inicial.- 4.2. Co-evolución del contexto de intervención.- 4.3. Contexto de intervención para el cambio	
5. Bibliografía.....	84
<b>4. La evaluación y el diagnóstico en trabajo social clínico.....</b>	<b>87</b>
<i>Jonathan Regalado Piñero</i>	
1. Consideraciones epistemológicas .....	88
1.1. Perspectiva Persona en su Ambiente (PEA).- 1.2. Perspectiva de la Resiliencia	
2. Pautas generales para la evaluación .....	93
2.1. Criterios de calidad del diagnóstico clínico.- 2.2. Factores y variables.- 2.3. Sistemas de clasificación diagnóstica	
3. Procedimiento .....	99
3.1. Estudio-investigación.- 3.2. Descripción.- 3.3. Evaluación.- 3.4. Prescripción.- 3.5. Pronóstico	
4. Conclusión .....	105
5. Bibliografía.....	106
<b>5. La dimensión transpersonal en trabajo social clínico.</b>	
<b>Experiencia en salud .....</b>	<b>109</b>
<i>M<sup>a</sup>. José Lozano Lorenzo</i>	
1. Punto de partida: ¿qué es lo transpersonal? .....	109
2. ¿Cómo funciona lo transpersonal en el trabajo social clínico?..	111
3. El profesional de lo transpersonal.....	113
4. Razón y propósito de la utilización de lo transpersonal en el trabajo social clínico .....	114
5. Un modelo transpersonal en trabajo social clínico: Programa de Autoayuda (PROAA) .....	117
5.1. El modelado conductual evolutivo (DBM)* de John McWhirter.- 5.2. El concepto de autoestima de Virginia Satir.- 5.3. Las constelaciones familiares de Bert Hellinger.- 5.4. El lenguaje de Milton Erickson.- 5.5. El centramiento de An-	

tonio Blay.- 5.6. La plasticidad cerebral de Oliver Sacks.- 5.7. Características del PROAA.- 5.8. Metodología del PROAA	
6. Caso práctico en salud.....	122
7. Conclusión .....	124
8. Bibliografía.....	124
<b>6. La Terapia Racional Emotiva Comportamental en la práctica del Trabajo Social Clínico.....</b>	<b>127</b>
<i>Carme Rovira Aler</i>	
1. Del Trabajo Social Sanitario al Trabajo Social Clínico.....	127
2. La Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC) como modelo de intervención en el Trabajo Social Clínico.....	129
3. Procedimiento de intervención mediante el método TREC en trabajo social clínico.....	136
4. Caso práctico no íntegro .....	137
5. Del Trabajo Social Clínico a la evidencia científica.....	142
6. Reflexiones finales .....	147
7. Bibliografía.....	147
<b>7. El enfoque terapéutico de la intervención social en la atención a personas en situación de dependencia.....</b>	<b>151</b>
<i>Inmaculada Asensio Fernández</i>	
1. Introducción .....	151
2. La dimensión terapéutica de la profesión de trabajo social.....	152
3. Las posiciones en las que se mueve el trabajo social en la atención a la dependencia.....	156
3.1. Posición de acogida.- 3.2. Posición de acompañamiento.- 3.3. Posición de orientación.- 3.4. Posición de motivación.- 3.5. Posición de mediación.- 3.6. Posición de investigación.- 3.7. Posición de planificación.- 3.8. Posición de control.- 3.9. Posición de informador oficial	
4. Conclusiones.....	166
5. Bibliografía.....	167
<b>8. El trabajo social psicoterapéutico en la cartera de los Servicios Sociales Municipales.....</b>	<b>169</b>
<i>Juan Manuel Herrera Hernández</i>	
1. Contexto y antecedentes, organización y resultados de la experiencia y papel del trabajador social psicoterapéutico .....	169

1.1. Contexto y antecedentes.- 1.2. Descripción del servicio y funciones del trabajador social.- 1.3. Resultados de la experiencia	
2. Aportaciones basadas en la experiencia para el ejercicio del trabajo social psicoterapéutico .....	175
2.1. La formulación diagnóstica.- 2.2. La intervención psicoterapéutica desde el trabajo social.- 2.3. La evaluación de resultados	
3. Conclusiones.....	184
4. Bibliografía.....	185
<b>9. Una mirada persona-entorno.....</b>	<b>191</b>
<i>M<sup>a</sup> Dolores de Pedro Herrera</i>	
1. Introducción .....	191
2. Desde la óptica sistémica.....	193
2.1. Conceptos clave.- 2.2. Las técnicas	
3. Desde la óptica de los entornos cercanos.....	200
3.1. Conceptos clave.- 3.2. Metodología de la intervención con redes	
4. Presentación de un caso práctico.....	203
5. Bibliografía.....	207
<b>10. Trabajo Social Clínico con adolescentes desde un contexto terapéutico.....</b>	<b>209</b>
<i>Eva María Garcés Trullenque</i>	
1. Adolescencia y trabajo social: primeras premisas.....	209
2. El modelo clínico y el contexto clínico en el trabajo con los adolescentes y sus familias .....	211
2.1. Definición del contexto de intervención.- 2.2. Análisis de la demanda.- 2.3. La adolescencia y el contexto de su desarrollo: mapas que nos guían en la intervención	
3. La primera entrevista en las familias con adolescentes.....	216
3.1. Cuestiones técnicas de la primera entrevista.- 3.2. La creación de un contexto de colaboración con el adolescente y su familia: alianza terapéutica y vínculo.- 3.3. La vinculación con la familia.- 3.4. Trabajando con adolescentes: metodología y herramientas de intervención con adolescentes	
4. Conclusiones.....	222
5. Bibliografía.....	222

<b>11. Aportaciones del modelo contextual al trabajo social clínico: justicia familiar y lealtades .....</b>	<b>227</b>
<i>Josefa Fombuena Valero</i>	
1. Introducción. Los cambios sociales relevantes: mandato de autonomía y fragmentación.....	227
2. Disciplina e interdisciplinariedad .....	232
3. Trabajo social y trabajo social clínico.....	238
4. El modelo contextual y su relevancia para el trabajo social clínico.....	240
4.1. El contexto de las relaciones éticas.- 4.2. Justicia familiar y equidad en las relaciones.- 4.3. Lealtad, conflicto de lealtad y legitimidad	
5. Conclusiones: la ética en las relaciones y las consecuencias para el futuro.....	246
6. Bibliografía .....	246



# Relación de autores

## **INMACULADA ASENSIO FERNÁNDEZ**

Es Máster en Comunicación Social por la Universidad de Almería (2016) y diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Granada y la Universidad de Brighton, Inglaterra (2001).

Está inscrita como mediadora familiar en el registro de mediación familiar de Andalucía, y ejerce como perito judicial en casos de violencia de género.

Es promotora y colaboradora en el proyecto “Resuelve Ahora” ([www.resuelveahora.wordpress.com](http://www.resuelveahora.wordpress.com)), dedicado a la mediación e intervención especializada e integral en todo tipo de problemáticas familiares.

Tiene formación como Coach Personal en el Método terapéutico “The Work”, por la Escuela Internacional de Byron Katie en Los Angeles, EE. UU. (2012) y en Terapia Familiar Sistémica (B. Hellinger), por el Centro Ehopa, Granada (2013).

Desde 2008 trabaja en la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía y ha formado parte del equipo redactor del Código de Ética de la citada Agencia de Servicios Sociales y Dependencia.

En la actualidad, su línea de investigación se centra en la ética aplicada a la intervención social con colectivos vulnerables.

Colabora activamente como ponente en Jornadas, Congresos y Seminarios (nacionales e internacionales) y participa en actividades formativas relacionadas con su ámbito de intervención, en especial desarrollo personal, ética, dependencia y familia y envejecimiento activo.

## **JOSEFA CARDONA CARDONA**

Doctora por la Universitat de les Illes Balears (UIB), Diplomada en Trabajo Social, Licenciada en Psicología, Terapeuta Familiar y Mediadora, es Profesora Titular del área de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Escuela Universitaria de la UIB, co-directora del Máster en Mediación de Conflictos Familiares, Civiles y Mercantiles de la UIB y miembro del Grupo de Investigación “Conflicto, Cambio y Trabajo Social” de la UIB. Es co-fundadora del Laboratorio de Mediación y asesoramiento familiar de la UIB.

Su experiencia clínica se desarrolló en el Hospital Psiquiátrico de Palma de Mallorca durante la década de los años 90. Ha desarrollado práctica privada como terapeuta familiar durante diez años. Actualmente, desarrolla sus investigaciones en torno al tema de la definición de los contextos de intervención y la alianza terapéutica.

## **MARÍA DOLORES DE PEDRO HERRERA**

Es diplomada en Trabajo Social y Máster Asistente Social Psiquiátrico por la Universidad de Zaragoza, Psicoterapeuta acreditada por FEAP y FEATF, Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología y Doctora en Sociología por la Universidad Pontificia de Salamanca.

Profesora Titular de Escuela Universitaria de la Universidad de Zaragoza desde 2004, dirige desde 2007 el Máster Propio de Intervención Familiar y Sistémica de la Universidad de Zaragoza.

Ha colaborado como docente en el Máster de Asistente Social Psiquiátrico, en el Máster de Mediación y en el Máster de Gerontología Social, todos ellos de la Universidad de Zaragoza.

Ha participado en investigaciones que pueden agruparse en tres grandes líneas: menores (*Guía de buenas prácticas para el proyecto de autonomía, vol. I y II*. Gobierno de Aragón); discapacidad (*Diseño de nuevos servicios asistenciales dirigidos a personas con discapacidad intelectual en Zaragoza. Contextos educativo, familiar y ocupación del tiempo libre*. ATADES-Zaragoza), y menores inmigrantes, cuyas investigaciones analizan los procesos de integración de los menores descendientes de familias inmigrantes, así como las estrategias de incorporación laboral.

## **JOSEFA FOMBUENA VALERO**

Trabajadora social y doctora por la Universidad de Valencia, es profesora en el Departamento de Trabajo Social y Servicios sociales de la universidad de Valencia, donde imparte la asignatura de Métodos del Trabajo Social y participa como docente y como coordinadora en el Máster de Bienestar social y otros, e investigadora del Instituto Interuniversitario de Desarrollo Local.

Es autora de artículos, capítulos de libros y libros acerca del Trabajo Social, a nivel nacional e internacional. Ha coordinado el libro “El trabajo social y sus instrumentos” (2012), publicado por Nau Llibres, y ha colaborado en el libro “Los métodos del Trabajo social: individuos, grupos y comunidades”, en 2015.

Ha realizado estancias de investigación en Francia y en Corea del Sur. Sus principales líneas de investigación son: los métodos de Trabajo Social, el Trabajo Social Clínico, la justicia familiar desde el Modelo Contextual y las cuestiones identitarias en materia de Trabajo Social.

Ha sido galardonada con el Premio Nacional de Investigación Social Ana Díaz Perdiguero (Madrid 2007) y el Premi de Recerca Social Dolors Arteman (Barcelona, 2006).

Ha participado como miembro del Jurado Internacional de la Conferencia de Consenso celebrada en París acerca de la cientificidad del Trabajo social.

## EVA MARÍA GARCÉS TRULLENQUE

Diplomada en Trabajo Social por la Escuela de Estudios Sociales y Graduada en Trabajo Social por la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Zaragoza, es Máster en Trabajo Social en Salud Mental en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza y Psicoterapeuta Familiar y de Pareja acreditada por la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF).

Ejerce como Trabajadora Social desde 1990 en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínico de Zaragoza. Por su experiencia profesional, es representante de la Asociación Española “Trabajo Social y Salud” en la elaboración, seguimiento y evaluación de la Estrategia en Salud Mental y en la Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Es también revisora externa del Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar y de la Guía de Práctica Clínica sobre las intervenciones terapéuticas en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

A nivel docente, es Profesora Asociada de la Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo y, actualmente, directora del Máster Trabajo Social en Salud Mental, de la Universidad de Zaragoza, docente en cursos de Postgrado y Máster, y tutora del Máster Universitario de Intervención Familiar y Sistémica de la Universidad de Zaragoza.

Ha publicado diferentes artículos en relación al Trabajo Social en Salud Mental. Sus últimas publicaciones son: “Trabajo Social en Salud Mental”, en *Cuadernos de Trabajo Social*; “Comprendiendo el autismo a través de la Terapia Familiar ¿Tenemos algo que decir?”, en la *Revista Mosaico*; “El rol del Trabajador Social en Salud Mental”, dentro del manual *Lo social en la Salud Mental (I) Trabajo Social en la Psiquiatría*, y “Habilidades de comunicación en el Trabajo Social”, en el libro *Aportaciones al Trabajo Social*.

En los últimos años, ha impartido docencia en cursos dirigidos fundamentalmente a trabajadores sociales del ámbito sanitario y en salud mental.

Es vicepresidenta de la Asociación Española de Trabajo Social y Salud, a la que ha estado vinculada durante su vida profesional y miembro del Comité de Redacción de la Revista Trabajo Social y Salud.

## **JUAN MANUEL HERRERA HERNÁNDEZ**

Es Grado en Trabajo Social y psicoterapeuta, con formación universitaria en las especialidades: experto/máster en drogodependencias, especialista universitario en Intervención psicoterapéutica cognitivo-constructivista-relacional, experto en criminología, máster en intervención familiar y experto en trastornos de la personalidad.

Es profesor del Departamento de Ciencias de la Comunicación y Trabajo Social de la Universidad de La Laguna.

Cuenta con más de veintisiete años de ejercicio profesional en campos diversos relacionados con la salud y ha publicado más de treinta libros y cien artículos en revistas nacionales e internacionales.

## **AMAYA ITUARTE TELLAEHE**

Asistente social, Diplomada en Trabajo Social y Máster en Cuidados Asistenciales en Problemas de Salud Mental por la Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV-EHU) y psicoterapeuta acreditada por FEAP y FEATE, con formación y supervisión en Psicoterapias dinámica y sistémica.

Ha ejercido como trabajadora social clínica durante sus más de cuarenta y un años de vida profesional, los últimos treinta y cinco (hasta su reciente jubilación) en el servicio de salud de la mujer del centro de salud de Ortuella (Osakidetza - Servicio Vasco de Salud), en estrecha colaboración con atención primaria y centro de salud mental.

Ha simultaneado su actividad clínica con la docencia de pre y postgrado, habiendo sido invitada a impartir clases en varias universidades españolas (UPV-EHU, Deusto, Santiago, Salamanca, UPNA...), así como en los títulos de especialista universitario en Salud Pública y Trabajo Social, y de Supervisión de Servicios de Bienestar Social, ambos de la UPV-EHU, y en el Máster Oficial en Intervención y Mediación Familiar de la Universidad de Deusto, del que es profesora invitada desde su inicio. Ha impartido, también, docencia para diferentes servicios del Sistema Nacional de Salud (SES, SCS, ICS, Osakidetza, Servicio Canario de Salud...) y para otros organismos y entidades y colegios profesionales.

Ha sido supervisora clínica de profesionales de trabajo social durante veinticinco años.

Ponente oficial en congresos, jornadas y reuniones científicas y profesionales.

Es autora del libro *Procedimiento y proceso en Trabajo Social Clínico* (1992) y coautora de varios más. Ha publicado también numerosos artículos sobre trabajo social clínico y trabajo social sanitario, y ha sido citada como referente en tesis doctorales en España y en otros países.

Fue presidenta del Colegio Oficial de Trabajo Social de Bizkaia, y vocal del Consejo General del Trabajo Social. Es, asimismo, miembro de diversas asociaciones científicas y profesionales (FADSP/ OPE, AEN-profesionales de salud mental/ OME, AVNTE, AETSYS...).

## **M<sup>a</sup> JOSÉ LOZANO LORENZO**

Graduada en Trabajo Social y Máster en Programación Neuro-lingüística y Coaching, su formación continuada la realiza con John McWhirter, el creador del Modelado Conductual Desarrollativo®. Se ha diplomado con él en Consultoría Sistémica e Hipnosis Ericksoniana. Se formó en constelaciones familiares con Bert Hellinger y Guntard Weber.

Ha creado un Programa de Autoayuda (PROAA), del cual ha realizado diversos trabajos de investigación sobre la influencia del mismo en la calidad de vida de cuidadoras principales, pacientes con cefalea tensional y/o migraña y en mujeres embarazadas en situación de riesgo social.

Trabaja en la Sanidad Pública desde hace veintiséis años, dirige su propia consultoría sistémica e imparte formación y talleres de crecimiento personal en la Fundación Pública Escola Galega de Administración Sanitaria (FEGAS).

Ha publicado, en la editorial Sieteleguas, una trilogía de cuentos para niños con la pedagogía de Bert Hellinger y, en la editorial Indigo, un libro sobre la supervisión con constelaciones familiares de casos con la terapia asistida con animales, “Los animales nos hablan”, del cual ya existe una segunda edición.

## **CÀNDID PALACÍN BARTROLÍ**

Doctor por la Universidad de Barcelona, licenciado en Psicología, diplomado en Trabajo Social, psicoanalista, miembro de la Escuela de Clínica Psicoanalítica con niños y adolescentes (ECPNA), es profesor e investigador de la Unitat de Formació i Recerca (UFR) de la Escola de Treball Social de la Universidad de Barcelona.

Es miembro del Grupo de Investigación e Innovación en Trabajo Social (GRITS), cuya investigación más reciente es “La intervenció amb famílies des del treball social”, realizada con la colaboración del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya y la Obra Social de “la Caixa”, finalizada el año 2015. Otra investigación en la que ha participado es “El trabajo social con las familias: La responsabilidad de los trabajadores sociales en la autodeterminación de los colectivos más vulnerables”, becada por la Fundació Víctor Grifols i Lucas.

Ha trabajado en diversas instituciones, especialmente alrededor de la cuestión migratoria, la cual fue asimismo el tema de su tesis doctoral: *Aspectos psicosociales de la migración: Procesos psicológicos y espacios de atención. Imaginario, duelo y estrés en el mundo migratorio. La acción del trabajo social respecto al colectivo de inmigrantes: ¿De la exclusión a la inserción?*, leída el año 2015.

## **JONATHAN REGALADO PIÑERO**

Diplomado en Trabajo Social, Máster en Intervención Psicosocial Comunitaria y Experto Universitario en Intervención Psicoterapéutica, es trabajador social en servicios sociales municipales y gerente y trabajador social clínico en un gabinete de trabajo social privado.

Es promotor de programas comunitarios de intervención psicosocial y formador en materia de diagnóstico e intervención social.

## **CARME ROVIRA ALER**

Es diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Barcelona, Máster de Investigación en Psicología de la Salud por la Universidad

Autónoma de Barcelona, Postgrado de Aplicaciones Psicosociales de las Técnicas de Análisis Transaccional, por la Universidad Ramon Llull.

Ha realizado el curso de Terapeuta Racional Emotiva Conductual en el Institut Albert Ellis de New York, y el de Intervención Familiar Sistémica, en el Centro KINE, de Barcelona.

Es trabajadora social en el Institut Català de la Salut, Area Bàsica de salut, de Sant Andreu en Barcelona desde 1991.

Colaboró como profesora asociada en el Departamento de Trabajo Social de la Facultad de Pedagogía de la Universidad de Barcelona en el curso 2004-2005, y ha sido docente, en cursos para profesionales de trabajo social y de la salud, de la técnica de la Terapia Racional Emotiva Comportamental. Es tutora de Estadías Formativas en el propio centro de trabajo de profesionales de trabajo social sobre la técnica REBT, desde el año 2012.

Ha sido investigadora principal en la investigación “Evaluación de la efectividad de la terapia racional emotiva comportamental como instrumento de intervención en una consulta de trabajo social de atención primaria de salud.”, un Ensayo Clínico con grupo control, en el periodo 2009-2013.

Sola o en colaboración con otros autores, ha publicado diversos artículos, entre los que se encuentran los siguientes: en el año 2009, “Evaluación de la terapia racional emotiva comportamental como técnica de intervención en una consulta de trabajo social, en atención primaria de salud Martorell, Barcelona” y “La terapia racional emotivo-comportamental de Albert Ellis en el Trabajo Social”, en la revista *Trabajo Social y Salud*, número 63; en el año 2012, “Una mirada a las guías de Práctica Clínica en Trabajo Social”, en *Trabajo Social y Salud*, número 72, y en el año 2015, “Estudio cualitativo sobre la percepción en mejora de calidad de vida de las personas atendidas mediante una intervención psicosocial en una consulta de Trabajo Social Clínico”, en *Trabajo Social y Salud*, número 83.

# 1 | Actualidad y pertinencia del Trabajo Social Clínico

*Amaya Ituarte Tellaeché*

Tratamos personas, no problemas

Hamilton, 1940: 38

## 1. INTRODUCCIÓN

Veinticuatro años después de la publicación de *Procedimiento y Proceso en Trabajo Social Clínico* (Ituarte, 1992), se nos ofrece la posibilidad de reflexionar de nuevo, *en voz alta*, sobre la pertinencia, y la actualidad, del Trabajo Social Clínico en la práctica de los<sup>1</sup> trabajadores sociales españoles.

Empezaré por una afirmación que parece una obviedad y que, sin embargo, se me antoja particularmente necesaria en estos tiempos: cuando hablamos de trabajo social clínico (en adelante, TSC), hablamos de trabajo social. Por ello, a lo largo de la exposición que sigue, trataré de analizar qué significa clínico en el contexto del trabajo social y cuáles son las características que, a mi juicio, definen dicha práctica, haciendo referencia y poniéndolos en relación con los textos que nos han legado algunas de las autoras pioneras y clásicas del Trabajo Social, cuyas reflexiones me parecen especialmente adecuadas para la

---

1 Utilizaré indistintamente, a lo largo del trabajo, el masculino y el femenino, entendiendo que ambos representan tanto a clientes como a profesionales.

fundamentación de cuanto sigue, sin obviar aportaciones de autores más actuales. Terminaré haciendo una breve reflexión sobre la conveniencia y la pertinencia de las prácticas clínicas del trabajo social en el momento presente.

## 2. DE QUÉ HABLAMOS CUANDO HABLAMOS DE TRABAJO SOCIAL CLÍNICO

El TSC es una práctica especializada del trabajo social y un proceso relacional psicoterapéutico que trata de ayudar a un cliente<sup>2</sup> a afrontar sus conflictos psicosociales, superar su malestar psicosocial y lograr unas relaciones interpersonales más satisfactorias, utilizando sus capacidades personales y los recursos de su contexto socio-relacional.

¿Qué significa lo anterior? Decir que es una práctica especializada hace referencia a la exigencia implícita de una formación complementaria (a la general y básica que se obtiene con el grado) sobre procesos clínicos y técnicas terapéuticas, desde los propios fundamentos del trabajo social. Como nos recuerdan Hollis y Woods (1981: 5), la formación generalista y pre-graduada es solo un inicio de preparación para la práctica del trabajo social clínico. Será, pues, necesaria una formación de postgrado en trabajo social clínico que aún hoy, en nuestro país, no está disponible en el medio universitario, por lo que la persona aspirante a trabajadora social clínica tiene que tratar de conseguirla por otros medios.

---

2 M. E. Richmond (1917: 38), en una nota a pie de página (página 19 de la edición española de 2005), hace una interesante argumentación sobre la conveniencia de la denominación *cliente* para designar a la persona a la que atiende el trabajador social que considero perfectamente válida frente a la tendencia a utilizar otros términos como *usuario*. Cabe señalar que el DRAE ofrece para el término *cliente*, entre otros significados, el de persona que utiliza con asiduidad *los servicios de un profesional* (el mismo que le da Richmond), mientras que el término *usuario* se refiere, más bien, a quien utiliza *alguna cosa*. Por otra parte, el término *cliente* designa adecuadamente a las personas que utilizan los servicios del trabajador social, independientemente de su género y de su número; si el trabajador social trabaja individualmente con una persona, esta será su cliente; pero si lo hace con una familia, con una pareja o un grupo, esa familia o esa pareja como unidad singular y ese grupo como unidad singular son su cliente, además de serlo, simultáneamente, cada uno de sus miembros.

# 2 | Modelos teóricos y utilidad práctica. Entre la riqueza productiva y la confusión epistemológica. Una aproximación

*Càndid Palacín Bartrolí*

## 1. INTRODUCCIÓN

El trabajo social desde sus orígenes ha generado tres métodos básicos, llamados habitualmente clásicos, relativos a la intervención sobre situaciones en las cuales quiere incidir: por una parte, el trabajo social de caso, sistematizado por Mary Richmond (1995; 2005) a partir de su trabajo en la COS; surge coetáneamente el trabajo social comunitario u organización comunitaria, mediante los denominados *settlements* (Miranda, 2004), desarrollos que en el devenir de la profesión se han planteado como polémicos (Fombuena, 2012); el trabajo social grupal, por su parte, se postula como fórmula de abordaje de las situaciones y problemáticas sociales a través de la relación interactiva y el vínculo como motores de cambio (Parra, 2014). Paralelamente se han desarrollado otros modelos, que en algún caso son transversales a los citados<sup>7</sup>. Sobre estos últimos y las convergencias y contradicciones que de ellos emanan, versa este texto.

---

<sup>7</sup> Pese a ello, la asociación modelo-método es intensa en algunos casos: modelo crítico radical respecto del método comunitario, modelo psicosocial o psicodinámico respecto del trabajo social de caso.

El término tiene como primer referente a Werner A. Lutz, de la Universidad de Connecticut (Hill, 1970, Hernández y Cívicos, 2005; Viscarret, 2007), quien configura una serie de modelos, que, para Hill (1970: 14), no corresponden con la realidad de “las más importantes diferenciaciones de la práctica del Trabajo Social de Caso de hoy”. Esta objeción podría aplicarse al devenir de la proliferación teórica que el trabajo social gestará en torno al término. En la actualidad, son numerosos los modelos descritos en la literatura sin que los motivos de inclusión o exclusión estén ausentes de dudas. Viscarret, en su detallado y clarificador texto, presenta ocho modelos, más diferentes enfoques que se adscriben a una u otra configuración teórica, con la finalidad de optimizar e integrar modos de concebir la profesión, teniendo como criterio “la consistencia teórica y mayor influencia metodológica en el desarrollo moderno del Trabajo Social” (Viscarret, 2007: 71). Hernández y Cívicos (2005) proponen seis, indicando que “no se trata de hacer una mezcla causal e intuitiva...” (*ibid.*: 61). Du Ranquet (1996) desarrolla siete modelos que a su criterio constituyen un “patrimonio común de conocimientos y valores”, diferenciando de ellos la modalidad familiar, a la cual se atribuyen asimismo diferentes subtipos, procedentes en su mayoría, de la psicología. La diferencia para ella se sitúa en el “nivel de la especificidad de los objetivos y de los medios utilizados, que exigen conocimientos propios de cada modo de intervención” (*ibid.*: 1-2). Payne (1995) repasa también nueve teorías, indicando que, junto al objetivo de revisar el mapa teórico existente, late un “deseo de aclararme yo mismo esta confusión teórica y de paso tal vez ayudar a otros a reflexionar sobre sus propias posturas” (*ibid.*: 18). En un texto posterior, el propio Payne (2012) categoriza once teorías en base a estabilidad, objetivos, contribuciones a la práctica y combinación “eclectica” (*ibid.*: 31). Un manual relativamente reciente describe seis modelos, que tienen como objetivos, entre otros, comprender la complementariedad de las diferentes configuraciones, así como “justificar la elección del modelo de intervención atendiendo a la problemática familiar trazada” (Fernández y Ponce de León, 2011: 211), enunciado que denota también cierto posicionamiento ecléctico. La cifra llega en algún caso a veinticuatro (Davies, 2013), entre los cuales se van incorporando desarrollos teóricos, algunos clásicos y otros relativamente novedosos en la disciplina, como la terapia narrativa, redes, socio construcciónismo, resiliencia, terapia breve focalizada en la solución, etc. Zamanillo (2012: 154) habla de “confusión epistemo-

# 3 | La construcción del contexto de intervención profesional

*Josefa Cardona Cardona*

## 1. LA DIMENSIÓN CLÍNICA DEL TRABAJO SOCIAL

Decir que el malestar y el sufrimiento humano se manifiesta en diversas dimensiones es ya una evidencia. Como ya señaló Lazarus (1980), cualquier situación generadora de malestar impacta sobre lo que hacemos (sistema conductual), lo que sentimos (sistema afectivo), nuestro cuerpo (sistema somático), nuestras relaciones (sistema interpersonal) y lo que pensamos (sistema cognoscitivo). Con independencia de cuál sea el sistema más directamente afectado, la permanente relación entre ellos introduce un elemento de complejidad que en ocasiones es poco considerado (Slaikeu, 1996). El resultado dinámico de las interacciones entre los sistemas señalados se manifiesta a su vez en la creación de una atribución de significado singular y única para cada persona. Junto a esta atribución, se crea una narrativa explicativa de lo que nos sucede. Ello nos permite aceptar que lo importante no es solo lo que nos sucede, sino especialmente cómo vivimos aquello que nos sucede.

Considerar esta subjetividad en la propia experiencia de sufrimiento nos invita a pensar la práctica del trabajo social desde otra perspectiva. Esta va más allá de la lógica del suministro de servicios y prestaciones que ha caracterizado la expansión de los sistemas de protección social. Nos invita a profundizar en dimensiones de escucha, de comprensión

y de intervención en las cuales la relación con nuestros clientes (personas que sufren) necesariamente puede y debe transcurrir teniendo en cuenta sus relaciones, pensamientos, creencias y valores, sus conductas, sus emociones y sentimientos y su salud, además del significado y de la explicación que da cada persona a su experiencia de malestar. Desde este punto de vista, los procesos de cambio están vinculados a crear las condiciones cognitivas, emocionales y relacionales adecuadas para que las personas puedan pensar cosas diferentes, sentir cosas diferentes o hacer cosas diferentes. El suministro de medios externos, de *inputs* en forma de prestaciones o recursos, deja de ser relevante. Es por ello que consideramos imprescindible revalorizar, en estos tiempos de malestar, incertidumbre e inmediatez, la dimensión clínica y terapéutica del Trabajo Social (Berzoff y Drisko, 2015). Compartimos con Colletti y Linares (1997: 18) la tesis por la cual “Toda actividad humana dirigida a disminuir, aliviar o suprimir el sufrimiento de otros, induciendo o facilitando cambios físicos, psicológicos o relacionales, es terapéutica”.

Llegados a este punto, podríamos considerar la dimensión clínica del trabajo social desde una perspectiva amplia o restringida. Desde un punto de vista limitante, podría considerarse al trabajo social clínico como aquel que se desarrolla, exclusivamente, en un contexto clínico. Entendemos por contexto clínico aquel acuerdo (Campos, 1996: 510)

que se estructura en torno a la relación entre trabajador social y cliente [términos que desde este punto de vista restringido, podrían sustituirse por el de terapeuta y paciente] cuando el cliente formula al profesional una petición de ayuda relacionada con un malestar psicológico o de salud mental o un malestar existencial, en base a la relación de trabajo que el profesional propone. Lo que se pretende es producir cambios o modificaciones en las conductas, vivencias y narrativas, la salud mental o física, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social del cliente.

Si atendemos al contenido de la definición de la relación clínica, la esencia de la relación clínica debe ser necesariamente terapéutica; no siendo así, la dimensión clínica pierde su sentido y en consecuencia no pueden alcanzarse las metas de cambio. Sin embargo, considerar que toda relación que busca disminuir, aliviar o suprimir el malestar y el sufrimiento (finalidad terapéutica) es exclusivamente clínica es a nuestro entender un error. Sostenemos que la dimensión clínica del trabajo social necesariamente debe ser terapéutica, aunque no todos los

# 4 | La evaluación y el diagnóstico en trabajo social clínico

*Jonathan Regalado Piñero*

El diagnóstico es un proceso dialógico y narrativo que conlleva, no solo recoger información, sino elaborarla, sistematizarla, analizarla e interpretarla, con dos objetivos fundamentales: definir, con la mayor exactitud posible, tanto la situación como las características del individuo que requiere la intervención del trabajo social clínico (Richmond, 2005); y actuar sobre esa situación y promover un cambio (Aguilar, 2013). Es bien sabido que es un elemento vertebrador de la intervención, por lo que está presente, de un modo u otro, en todos los modelos de intervención del trabajo social. Su presencia, o ausencia, juega un papel realmente fundamental en la eficacia de la intervención, la validez científica del método profesional (Scaron, 1980) y la generación de teoría y conocimiento científico. Sin embargo, aun siendo un elemento de tal importancia, es una de las materias de la disciplina con menor literatura, siendo escaso su desarrollo teórico, conceptual y metodológico (Díaz y Fernández, 2013).

Mi intención con este capítulo es contribuir al progreso del diagnóstico como materia específica y especializada del trabajo social, así como a su desarrollo, expansión y aplicación rigurosa en la práctica, y más concretamente, la práctica clínica, en la cual los procesos de evaluación y diagnóstico tienen una serie de peculiaridades y caracte-

rísticas distintas a los de la práctica del trabajo social en otros contextos de intervención. En las líneas siguientes, se realiza un recorrido breve y sintético a través de los marcos filosóficos, las características y el procedimiento para llevar a cabo el diagnóstico clínico en trabajo social.

## I. CONSIDERACIONES EPISTEMOLÓGICAS

### I.1. Perspectiva Persona en su Ambiente (PEA)

Un requerimiento imprescindible para la práctica clínica es tener como base un esquema conceptual y operativo de referencia, y en ello coincide toda (o casi toda) la literatura científica, así como los diversos estándares para la práctica clínica publicados por las asociaciones de trabajo social de los países donde esta se encuentra regulada y más desarrollada. Lo contrario es llevar a cabo una praxis desprovista de base teórica, carente de un esquema lógico y sistemático, azarosa y con poca capacidad de prever resultados (Mustieles, 2007). Es por esta razón que introduzco este capítulo con las consideraciones epistemológicas.

La perspectiva *Persona en su Ambiente* –en adelante PEA– es definida por la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales de Estados Unidos de América –NASW, en sus siglas en inglés– como la *forma de ver a la persona como parte de un sistema ambiental, que engloba las interacciones recíprocas entre la persona, sus relaciones y el ambiente físico y social* (National Association of Social Work, 2005: 10), siendo tres las situaciones que pueden producir problemas en el funcionamiento social: los sucesos vitales estresantes, las dificultades relacionales y la falta de respuestas adecuadas por parte del entorno (Gitterman, 2009 en Concoran y Walsh, 2010: 12).

En este enfoque, el acento no se pone en el sujeto ni en el entorno de manera inconexa, sino en la interacción entre ambos, logrando un equilibrio entre las consideraciones intra-psíquicas y ambientales: una configuración gestáltica y holística. Así mismo, busca una *aproximación* a los factores determinantes de las situaciones de desajuste y no una simple descripción de hechos y problemas. Sin embargo, trasciende la causalidad simple y lineal hacia una causalidad compleja, de conexiones recíprocas y relaciones dinámicas entre los distintos elementos de una situación.

# 5 | La dimensión transpersonal en trabajo social clínico. Experiencia en salud

*M<sup>a</sup>. José Lozano Lorenzo*

La mejor Acción Social es crear conciencia.  
Alejandro Jodorowsky

## **1. PUNTO DE PARTIDA: ¿QUÉ ES LO TRANSPERSONAL?**

Imaginemos un iceberg y pongamos nuestra atención en la cima que emerge del mar: veremos un pequeño montículo sin peligro aparente. Eso debió de pensar el capitán del Titanic, quien, creyéndolo invulnerable a aquellos hielos, quedó marcado para siempre como culpable de una de las mayores tragedias de la historia naval. Si nos imaginamos ahora en el fondo del océano y tomamos perspectiva, el paisaje es grandioso: la presencia de una enorme montaña helada nos cambia la percepción del extremo que sobresale. Ahora vemos más. Esa parte sumergida siempre estuvo ahí, solo que nuestro capitán la ignoró. Su “no ver más allá de lo aparente” costó la vida a más de 1.500 personas, además de las millonarias pérdidas económicas que supuso. A partir de entonces, fruto de numerosas sesiones de estudio, hubo un punto de inflexión en la seguridad marítima mundial. Pero en la escena imaginada aún hay más. Si afinamos la mirada, notaremos que tanto la cúspide como la masa sumergida y el medio donde se encuentran tienen un elemento común en su composición: es la misma agua, solo

que en diferentes estados de agregación; por un lado está lo sólido, lo líquido por otro. El calentamiento global característico de nuestra época no tardará demasiado en hacer vieja la distinción y los icebergs volverán a diluirse en el agua, a ser uno con ella, lo que siempre fueron.

Esta es nuestra historia, como seres humanos y como profesionales del trabajo social clínico: al final, volveremos al mismo lugar de donde partimos, como el peón y el rey retornan a la misma caja después del juego.

Si la persona es, por volver a la metáfora, la cima del iceberg, lo transpersonal sería la montaña sumergida, aquello más profundo de la persona y cuya falta de visibilidad merece que le demos la máxima consideración para no estrellarnos, primero en nosotros mismos y luego en nuestra práctica clínica.

Tratando de comprender estos niveles, hemos de ser conscientes del complejo formado por nuestra personalidad –la parte que mostramos al mundo– y por nuestra sombra –lo que ocultamos y nos ocultamos–. En su permanente interacción nos vamos haciendo mujeres y hombres, seres humanos que comparten lo mismo con diferentes estados de conciencia. Igual que el agua del glaciar.

El término transpersonal surge en la psicología como expresión de esa totalidad que somos, más allá de lo aparente, y hoy se utiliza en casi todas las disciplinas psicosociales. Ya en 1956, Roberto Assagioli, siguiendo a Jung, diferenció entre el inconsciente superior (o *self transpersonal*) y el inconsciente colectivo. Por su parte, Abraham Maslow puso en la base de su conocida pirámide de necesidades humanas la supervivencia, y en el vértice situó las de autorrealización y plenitud. Actualmente, los investigadores más reconocidos en este campo de la visión ampliada del ser humano son Grof y Wilber. El primero revolucionó el abordaje clínico en psiquiatría haciendo hincapié en el potencial terapéutico de la dimensión transpersonal. Afirma que la visión transpersonal proporciona acceso a una fuente interna de guía e inspiración que va más allá de la angosta capacidad de percepción personal (Grof, 2003). El segundo consideraba que nuestra percepción es como una isla mínima en medio de un amplio e insospechado mar de la conciencia (Wilber, 1990) y sobre ello diseñó un modelo conceptual de la conciencia con diferentes niveles, mostrando el avance desde los estratos inferiores a los superiores. Merecen así mismo citarse por su contribución rigurosa y didáctica al desarrollo de la llamada cuarta

# 6 | **La Terapia Racional Emotiva Comportamental en la práctica del Trabajo Social Clínico**

*Carme Rovira Aler*

## **1. DEL TRABAJO SOCIAL SANITARIO AL TRABAJO SOCIAL CLÍNICO**

El Trabajo Social, aun teniendo una entidad propia, necesita, en muchas ocasiones, para su aplicación del complemento de otras ciencias como la Psicología, la Sociología, la Economía, el Derecho, la Ciencia Política, las Ciencias de la Salud, etc. La aplicación de estos conocimientos aporta eficacia y efectividad profesional. El trabajador social tendrá que tener en cuenta en todo momento en que institución trabaja y cuál es su encargo. Es necesario que conozca la demanda que hay por parte del cliente a la hora de aplicar cualquier tipo de intervención, siendo en todo momento realista para poder dar una respuesta eficaz. Entre las funciones del trabajador social se encuentran las de informar, asesorar, tramitar y derivar. Otra función es la de la intervención clínica, la atención al sufrimiento psicosocial (Ituarte, 1992), cuya formación viene condicionada por su ámbito de trabajo (servicios sociales, justicia, salud, etc.). Entre las teorías que se han mostrado útiles en el Trabajo Social se encuentran las teorías psicológicas cognitivas. En este capítulo se expondrá una de estas teorías: la Terapia Racional Emotiva Comportamental (TREC), que se enmarca dentro de las teorías cognitivas conductuales para el desarrollo del trabajo social clínico (TSC) en casos individuales.

Un cambio de paradigma en la posición de los clientes de los servicios de psiquiatría, de pasivos a personas activas en su propio tratamiento, ha facilitado el desarrollo de nuevas técnicas de tratamiento. La aparición del modelo racional-emotivo parece idealmente construido y consistente para las necesidades de determinados pacientes en tratamiento con los trabajadores sociales sanitarios (Ronen y Freeman, 2007).

Con la TREC tratamos de que sea el propio usuario, a través de un trabajo reflexivo y activo, quien supere su malestar derivado de las dificultades de la vida cotidiana. La relación terapéutica que se establece entre el trabajador social y el usuario se basa en compartir y colaborar. El terapeuta informa de la metodología del trabajo terapéutico, y es el usuario quien elige y se autorresponsabiliza de los avances en su tratamiento. Aunque la información y material sobre la TREC y el TSC son limitados, encontramos literatura específica al respecto (Ronen y Freeman, 2007).

Una de las características más importantes de la TREC es su naturaleza dinámica, continuamente sujeta a un proceso de evaluación: ¿qué funciona?, ¿para quién funciona?, ¿cuándo funciona más eficazmente?, ¿cuál es la evidencia que soporta lo que hacemos? La respuesta a tales cuestiones invariablemente alimenta el proceso de cambio.

En virtud de su estructura, esta técnica casi parece creada especialmente para la práctica del trabajo social. Más que enfocarse en los problemas del cliente, la TREC enfatiza sus fortalezas para que ellos puedan gestionar su propio malestar, dificultades, limitaciones, etc. La TREC es una terapia intercultural que identifica y explora los esquemas del cliente. Más que dedicarse a contenidos o diagnósticos (por ejemplo, el conflicto edípico, depresión, ansiedad), el clínico se centra en creencias y explicaciones. Los esquemas aprendidos en la infancia son los que uno utiliza o reproduce para entender el mundo, afrontar o evitar problemas. El esquema sirve como filtro de datos expresivos y receptivos para todos, ayudando a los clientes a identificar las particulares creencias que les ayudan a afrontar y ser exitosos. La opción de modificar el esquema es del cliente. El trabajo del terapeuta es hacer explícito el esquema conjuntamente con el cliente.

No todo el mundo tiene las mismas habilidades intelectuales, de solución de problemas, de auto-relajación, de auto-motivación, de control de impulsos, o verbales. El trabajador social debe abordar

duelo dolor, etc., tienen como consecuencia unos comportamientos constructivos y creativos. El modelo ABC es un modelo interactivo, es decir, las emociones y las conductas no son solo producto de las creencias y las expectativas, sino que una conducta puede cambiar una creencia o una emoción puede alterar y/o potenciar una creencia (cuando hablamos de “creencias” nos referimos a la filosofía de la vida de una persona, a su ideología).

Tabla 1.  
*La TREC y el ABC de Albert Ellis*

A Situación desencadenante	B Creencias, interpretación de A	C Consecuencias emocionales y conductuales
<p>Cuando hablamos de A, nos referimos a hechos negativos que nos han pasado.</p> <p>Pueden ser hechos internos o externos.</p> <p>Del presente, pasado o futuro.</p> <p>La situación será más o menos dolorosa en función de lo que nos digamos en B.</p>	<p>Tiene un efecto multiplicador, es decir, en función de lo que nos digamos, sentiremos ansiedad o preocupación, tristeza o depresión, frustración o bloqueo, en la C.</p> <p>Representa la conversación interna. Intervienen las creencias, los pensamientos taquigráficos, valores, etc. También las imágenes que nos formamos de ciertas situaciones.</p>	<p>La C representa la consecuencia de <math>A \times B</math>, a un nivel emocional y conductual.</p> <p>Es una cuestión de cantidad, es decir, si en la B tenemos un fuerte deseo y no lo conseguimos, tendremos mucha decepción en C. Si en la B tenemos una fuerte exigencia y baja tolerancia a la frustración, en la C nos angustiaremos y sufriremos más.</p> <p>En función de las emociones actuaremos más o menos adecuadamente.</p>
<p>Ejemplo: Cuidado de un familiar directo de Alzheimer.</p>	<p>Ejemplo: Debo cuidarle hasta el final, soy un desastre, no me sé organizar, ¡la vida es una mierda!</p>	<p>Ejemplo: Ansiedad, culpa, falta de aceptación. En consecuencia, no me cuido, no tengo vida social, lloro con frecuencia, etc.</p>

	n	Media (Desv. Típica)	Media (Desv. Típica)	p
Edad	74	64,4 (10,77)	60,8 (11,04)	0,170
Núm. visitas año previo	74	2,1 (2,43)	4,2 (3,22)	0,001
Núm. medicamentos Basal	74	1,8 (0,75)	1,3 (0,84)	0,013
Puntuación Test Beck Basal	74	22,3 (12,21)	23,4 (10,83)	0,689
Puntuación Test QV Basal	74	4,6 (1,33)	4,5 (1,02)	0,705
Comorbilidad	74	4,5 (2,17)	2,9 (1,30)	0,001

Tabla 4  
*Cambio en la mejora de las variables dependientes*

Variables dependientes	Categoría	n	No mejora	Mejora	p
Calidad de vida	G. Intervención	43	18 (52,9%)	25 (62,5%)	0,406*
	G. Control	31	16 (47,1%)	15 (37,5%)	
Beck	G. Intervención	43	19 (48,7%)	24 (68,6%)	0,136**
	G. Control	31	20 (51,3%)	11 (31,4%)	
Frecuentación	G. Intervención	43	7 (26,9%)	36 (75,0%)	<0,001
	G. Control	31	19 (73,1%)	12 (25,0%)	
Fármacos	G. Intervención	34	17 (39,5%)	17 (81,0%)	0,004
	G. Control	30	26 (60,5%)	4 (19,0%)	

\*Tamaño del efecto sobre el cambio de las diferencias del grupo intervención sobre el grupo control: 0,541

\*\*Tamaño del efecto sobre el cambio de las diferencias del grupo intervención sobre el grupo control: -0,638

Se puede concluir que la TREC administrada por el trabajador social clínico en pacientes con diagnóstico de distimia en la atención primaria de salud disminuye la frecuentación y el consumo de psicofármacos, observándose mejoras en el grupo de intervención en las variables de calidad de vida y estado anímico. Hasta el momento, no hemos encontrado ningún estudio que evalué la frecuentación en el contexto de la intervención en TREC en el TSC.

# 7 | El enfoque terapéutico de la intervención social en la atención a personas en situación de dependencia

*Inmaculada Asensio Fernández*

## 1. INTRODUCCIÓN

Desde la aprobación de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia en España, la atención a las personas que se encuentran en situación de dependencia supone uno de los pilares básicos de intervención en los servicios sociales, tanto de atención primaria como especializados.

El trabajo social interviene en diferentes momentos del proceso de atención a la dependencia, lo que incluye, entre otros aspectos, la recepción de la demanda de reconocimiento de tal situación de dependencia; la participación en la valoración del grado de dependencia, aunque en este apartado hay diferencias entre comunidades autónomas en el estado español; y la posterior valoración socio-familiar que se realiza para aplicar el recurso que más beneficio proporcione a la persona en situación de dependencia y su familia. En aras a proporcionar una ayuda lo más ajustada posible a la realidad detectada, se requiere realizar una valoración técnica y una intervención en el propio entorno, lo que involucra a los cuidadores informales y a los miembros de la familia con los que la persona mantiene una estrecha relación. El trabajador social puede realizar este abordaje en solitario o en coordinación con otros profesionales, dependiendo de la dotación de personal que

conforme los equipos de trabajo (en el mejor de los casos, trabajador social, educador social y psicólogo). Sin embargo, siempre que sea posible, es conveniente buscar coordinación externa para ofrecer una atención lo más integral posible, como por ejemplo recurriendo al enfermero de enlace, al médico de familia o a cualquier otro profesional con el que suele vincularse en su trabajo.

Este acercamiento al individuo y la familia tiene unos elementos terapéuticos muy importantes, que serán los que se analizarán en el segundo apartado del presente capítulo, pues, tanto las personas que están atravesando algún proceso de dependencia, como sus cuidadores no profesionales, se exponen a sufrir problemas de desajuste personal, familiar y social que requieren de un abordaje clínico durante la intervención profesional. Este abordaje clínico es especialmente importante cuando la situación de dependencia es sobrevenida, o cuando los apoyos son escasos y hay grandes necesidades de atención y cuidados crónicos.

Para llevar a cabo todos estos cometidos, el trabajador social habrá de moverse con soltura en diferentes posiciones, como la acogida, la orientación, la movilización de recursos, el acompañamiento y la motivación –entre otras– de modo que pueda ejercer cada una de ellas en función de las características de la situación presentada. Estas posiciones serán enumeradas y descritas en el tercer y último apartado de este capítulo, para que el lector sea capaz de reconocerlas y de desarrollarlas adecuadamente en su contexto profesional.

Tener en cuenta las diferentes facetas que puede desempeñar el profesional podría aportar una mayor calidad a la atención, y también supondría una mayor calidad de vida para las familias, que son las principales sostenedoras de los cuidados y atenciones que requieren las personas en situación de dependencia.

## **2. LA DIMENSIÓN TERAPÉUTICA DE LA PROFESIÓN DE TRABAJO SOCIAL**

El trabajo social es una disciplina que se ejerce de maneras diversas, dependiendo de las características socio culturales del entorno en que se desarrolla, de la institución u organización para la que se trabaje, así como de la formación complementaria o de posgrado que realice el

# 8 | El trabajo social psicoterapéutico en la cartera de los Servicios Sociales Municipales

*Juan Manuel Herrera Hernández*

En este capítulo se pretende aportar resultados de una experiencia profesional como trabajador social psicoterapeuta e investigador desarrollada durante nueve años dentro del Servicio Municipal Psicoterapéutico ubicado en la cartera de los Servicios Sociales Municipales.

## **1. CONTEXTO Y ANTECEDENTES, ORGANIZACIÓN Y RESULTADOS DE LA EXPERIENCIA Y PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL PSICOTERAPÉUTICO**

### **1.1. Contexto y antecedentes**

La experiencia profesional se inició en junio de 2006 y finalizó en marzo de 2013 en una corporación local municipal (Ilmo. Ayuntamiento de Candelaria, Tenerife, Islas Canarias). El municipio de Candelaria cuenta con una superficie de 50 kilómetros cuadrados y está situado en la vertiente meridional de Tenerife, en el Valle de Güímar, a 19 km

de la capital de la isla, Santa Cruz de Tenerife. Tiene una población de derecho de 27.693 habitantes<sup>19</sup>.

Además, cuenta con los recursos sociales, sanitarios, ocio y tiempo libre. Hasta el momento de la puesta en marcha del servicio municipal psicoterapéutico, las únicas opciones de atención especializada eran el centro de atención primaria de salud, atención especializada y la iniciativa privada.

Previo a su puesta en marcha, se elaboró un Plan de viabilidad (Fernández García y De León, 2016, 38-42), que recogía aspectos como: descripción y definición de la actividad a realizar, estudio de mercado o entorno, plan operativo, plan de marketing, estudio económico-financiero y los aspectos legales y trámites de puesta en marcha.

Elaborado el Plan de viabilidad, se aprobó la creación del servicio por parte de la corporación local y este se incorporó a la Cartera de Servicios Sociales Municipales. La cartera de servicios es un documento a través del cual una organización informa públicamente a los ciudadanos/as sobre los servicios que gestionan y sobre los compromisos de calidad en su prestación. Está regulada por el Decreto 220/2000, de 4 de diciembre.

## 1.2. Descripción del servicio y funciones del trabajador social

El servicio psicoterapéutico se anunciaba en la cartera ofertada de la siguiente manera:

- Nombre del Servicio: Servicio Municipal Psicoterapéutico.
- Equipo: 1 trabajador social-psicoterapeuta (*así se anunciaba en el rótulo y en la oferta*) y 1 psicóloga.
- Ubicación: Ilmo. Ayuntamiento de Candelaria.
- Beneficiarios: población residente en el Municipio.
- Horarios: cuatro días a la semana, horario de tardes (16:00 a 20:00 p.m.).
- Servicios que presta: valoración y diagnóstico, emisión de informes, intervención psicoterapéutica individual, grupal, familiar y de pareja.

---

19 Datos extraídos del Padrón de Habitantes, de fecha 5 de noviembre de 2013.

# 9 | Una mirada persona-entorno

*M<sup>a</sup> Dolores de Pedro Herrera*

## 1. INTRODUCCIÓN

Los esfuerzos que se han venido realizando a lo largo de los últimos tiempos en el ámbito del trabajo social hablan de una profesión que busca su lugar en el panorama científico actual mediante una incesante exploración de procedimientos y alternativas con los que cumplir su función en la sociedad de una manera más eficaz.

En este capítulo, se exponen, de manera muy resumida y sin ánimo de simplificación<sup>20</sup>, los conceptos clave desde dos ópticas teóricas: la de la teoría general de los sistemas y la de la teoría ecológica del desarrollo humano, dos teorías que cuando se conjugan en la práctica dan lugar al modelo que se conoce como ecosistémico. Estas teorías ayudan a mirar, comprender y percibir las relaciones entre las personas y sus entornos cercanos para poder ayudarlas de la mejor manera posible.

La literatura especializada sobre los modelos en el trabajo social pone de manifiesto la necesidad de que se formalicen los conoci-

---

<sup>20</sup> El espacio y el cometido de este trabajo no permite explicar ni exponer los diferentes conceptos y leyes que conforman las teorías a las que se hace referencia. Para profundizar, véase la bibliografía al final del presente capítulo.

mientos científicos en el proceso de consolidación de la disciplina, y plantea que utilizar procedimientos metodológicos científicos desde su vertiente exclusivamente práctica contribuye a la profesionalización del trabajo social, pero no a la formalización de los conocimientos científicos.

En este sentido, la propuesta de Campanini y Luppi (1991: 28-33) para incorporar modelos de intervención supone que el diseño de toda experiencia tiene que explicar tanto la base teórica de referencia como las técnicas e instrumentos metodológicos que se van a emplear. Asimismo proponen el uso de modelos de intervención que incluyan el enfoque ideológico y teórico, el objeto de la intervención y los procedimientos metodológicos.

Así, el uso de esquemas teóricos de referencia en la práctica contribuye a un proceso de redefinición, puntualización y teorización del saber en el trabajo social. De ahí que resulte idóneo conocer varios modelos y utilizarlos de forma diferente según las problemáticas a las que deba enfrentarse el trabajador social, siempre y cuando se respeten unos mínimos requisitos que garanticen la adecuada aplicación.

Turner (2012: 210), estudioso de la teoría en el trabajo social, comenta que la profesión, en sus diversos ámbitos de la práctica, aborda tal variedad de aspectos de la condición humana que ninguno de ellos puede, ni podrá nunca, constituir el cuerpo teórico para todo el ámbito de la práctica.

La elección de las teorías que se exponen a continuación se justifica por dos razones: la primera, que el enfoque sistémico es de amplio espectro en la práctica; la segunda, que puede incorporar teorías, metodología y técnicas pertenecientes a otras corrientes teóricas sin que el modelo se altere; más bien al contrario, con esas aportaciones el modelo se enriquece en su concepción al integrar otras teorías y técnicas. Precisamente la combinación de diversas perspectivas teóricas permite que una situación dada pueda comprenderse tanto desde el enfoque micro como desde el enfoque macro.

Al final del presente capítulo, la presentación de un caso en el que se intervino desde ambas perspectivas teóricas ofrece un ejemplo de aplicación práctica en el que puede observarse también cómo se incorporan conceptos procedentes de otras disciplinas, que el modelo ecosistémico asimila enriqueciendo su óptica.

# 10 | Trabajo Social Clínico con adolescentes desde un contexto terapéutico

*Eva María Garcés Trullenque*

## **I. ADOLESCENCIA Y TRABAJO SOCIAL: PRIMERAS PREMISAS**

El desempeño profesional como trabajadora social y mi formación especializada en el ámbito de la salud mental y en el modelo sistémico han ido configurando mi praxis profesional. Desde ese lugar, describo la experiencia de Trabajo Social con adolescentes y sus familias en un contexto terapéutico, concretamente en un Servicio de Salud Mental Infanto-Juvenil, donde como trabajadora social formo parte del equipo interdisciplinar que lleva a cabo las actuaciones diagnósticas y terapéuticas que los niños y los adolescentes requieran. La atención psicosocial del trabajador social integra al adolescente y a su familia, por lo que necesitamos mapas que nos ayuden a comprender el proceso de la adolescencia y el contexto de su desarrollo.

Si por algo destaca la adolescencia es por ser un período crítico sometido a constantes cambios en el desarrollo físico, psíquico y social del adolescente, así como también en el marco familiar en que este se desenvuelve. Por ello, se debe considerar como un período de riesgo en el cual pueden estar presentes la aparición de síntomas y enfermedades, así como también alteraciones de la personalidad.

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, conocido por todos como UNICEF, calcula que el 20% de los adolescentes de todo el mundo tiene problemas mentales o de comportamiento (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, 2011), habiendo aumentado la frecuencia de trastornos mentales entre los adolescentes en los últimos 20 años. El origen de estos problemas estaría relacionado con un conjunto de factores de riesgo que se dan tanto en la persona, como en la familia y el ambiente. La literatura es consistente al señalar que existen factores de riesgo que favorecen la aparición de problemas, tanto internos como externos, entre los adolescentes y que contribuirían a desencadenar sufrimiento en los mismos manifestados a través de diferentes síntomas.

Haley (1985) señala que la época de mayores cambios en cualquier organización sobreviene cuando alguien se incorpora a ella o la abandona. Uno de esos momentos es la adolescencia, donde la familia empieza a interactuar como un sistema de control, sobreprotección y a menudo competidor. La capacidad cada vez mayor del adolescente lo habilita para demandar ajustes de sus padres en los temas de autonomía y control, que se tienen que renegociar. En este sentido, el ciclo vital de la familia varía entre períodos de estabilidad y períodos de cambios, caracterizados estos últimos por contradicciones internas que son necesarias e imprescindibles para propiciar su desarrollo. Estos eventos familiares van construyendo hechos de alta significación para el adolescente y la familia que provocan cambios en el ritmo normal de la misma, originando momentos de estrés, que se pueden significar como crisis familiares (Minuchin y Fishman, 1983).

El contexto interpersonal del adolescente, particularmente la familia, desempeña un papel fundamental en el desarrollo y el mantenimiento de los síntomas (Micucci, 2005). Otros contextos, en especial el grupo de pares y la escuela, adquieren cada vez mayor importancia en este periodo, pero la influencia que puedan llegar a tener en el adolescente es mediada por la calidad de su relación con la familia. Para los padres resulta muy doloroso aceptar un nuevo tipo de relación, en la que van perdiendo gradualmente el control de sus hijos, produciéndose la llamada crisis o ruptura generacional, que consiste en el choque entre formas de vida diferentes, entre la presión familiar, que quiere que la nueva generación continúe reproduciendo su mismo modelo de vida, y el adolescente, que quiere por sí mismo optar por formas diferentes de concebir y vivir su propia vida, construyendo realidades distintas y forjando una identidad propia.

# 11 | Aportaciones del modelo contextual al trabajo social clínico: justicia familiar y lealtades

*Josefa Fombuena Valero*

## **1. INTRODUCCIÓN. LOS CAMBIOS SOCIALES RELEVANTES: MANDATO DE AUTONOMÍA Y FRAGMENTACIÓN**

Una característica de la sociedad actual es la llegada del individuo, que, añadido a otros cambios, introduce elementos de fragilidad y de libertad, creando una sociedad llena de paradojas. Frente a la sociedad de nuestros abuelos, construida sobre los valores de la clase trabajadora, como la lucha obrera y la reivindicación, la ayuda mutua y la reciprocidad, ha ido apareciendo una sociedad más individualista, competitiva y capitalista. Asimismo, el mundo se ha ido haciendo más pequeño y cercano gracias a las facilidades de comunicación, ya sean digitales ya sean por medios de transporte más rápidos y baratos. También las relaciones personales y las laborales se hacen más inestables y frágiles. La fragmentación, a la vez que el mandato de autonomía, debilitan las instituciones, provocando crisis sociales y personales hasta crear soledad y aislamiento. ¿Cómo son el mundo y la vida en esta época de mutaciones en la que un individuo inseguro y falto de red ha de construir un futuro social y construirse como persona?

El individuo ha llegado y no parece dispuesto a marcharse porque, si bien las generaciones anteriores valoraban el entorno y las relaciones, estas eran frecuentemente jerárquicas y rígidas, con imposiciones de

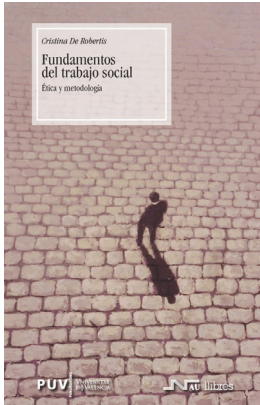
normas y conductas por parte de la comunidad y de la familia sobre un individuo con poca libertad personal, especialmente en el caso de las mujeres. Nadie hoy en día estudiaría la carrera impuesta por la familia, se casaría con la persona elegida desde el entorno social o seguiría con el negocio familiar porque así lo mandara la tradición.

Las relaciones contemporáneas se han ido haciendo más informales, más igualitarias y más democráticas entre grupos sociales, entre profesores y estudiantes, entre empleadores y trabajadores, entre médicos y pacientes. Como señala Dubet (2002), cada profesional de la relación de ayuda ha de ganarse el respeto y el reconocimiento del otro en la relación concreta y específica que establece. Ya no es suficiente con tener el conocimiento y el poder que conllevan determinadas profesiones como médicos, profesores y trabajadores sociales. Hoy en día, cada profesional específico atiende a un usuario, un alumno o un paciente, también específico, que no desea ser tratado como miembro de una categoría de cliente, enfermo o estudiante, sino que desea ser atendido con toda su identidad y es capaz de reclamar esta atención individual. Ya no estamos ante un “usuario”, una “clase” o un “paciente”, sino ante una persona concreta, más allá de su situación social, ante un grupo de estudiantes con nombres y apellidos concretos o ante una persona enferma con características específicas.

Cada profesional ha de atender al otro diseñando un “traje a medida”. Con el individuo, sigue Dubet, el carácter sagrado del conocimiento o de la ayuda profesional ha desaparecido. De ahí, la enorme dificultad de las profesiones de ayuda para sentirse legitimadas en sus intervenciones: las personas que son los profesionales ya no desaparecen detrás de la bata blanca, de la pizarra o de los centros de atención a personas en demanda de ayuda; ya no se trata de ser un profesional con buena formación y conocimientos adecuados; se trata de entrar en relación con el otro, ya sea paciente, usuario o alumno, desde una relación de cercanía y de reconocimiento de su esfuerzo y de sus necesidades (Guéguen y Malochet, 2012). Los profesionales necesitan, además de conocimiento, desarrollar competencias de empatía, transmisión y motivación, para así ganarse la legitimidad de la persona para la que trabajan. Ya no existe una única familia, una escuela o un método absoluto de intervención social: existen muchos tipos de familias, diferentes modelos de escuelas y numerosos métodos para conseguir los objetivos y fines de una profesión determinada.



## Colección Trabajo Social:



### **FUNDAMENTOS DEL TRABAJO SOCIAL: ÉTICA Y METODOLOGÍA**

De Robertis, Cristina

ISBN 13: 978-84-7642-695-1

Páginas: 183



### **MEDIACIÓN FAMILIAR Y SOCIAL EN DIFERENTES CONTEXTOS**

Poyatos García, Ana (Coord.)

ISBN 13: 978-84-7642-696-8

Páginas: 302



### **EL TRABAJO SOCIAL TERRITORIALIZADO**

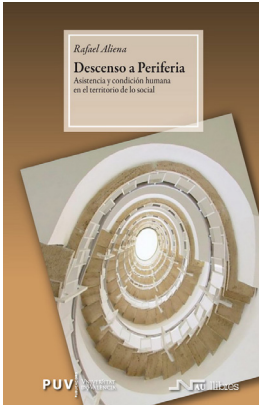
*Las transformaciones  
de la acción pública  
en la intervención social*

Hamzaoui, M.

ISBN 13: 978-84-7642-708-8

Páginas: 216

## Colección Trabajo Social:



### **DESCENSO A PERIFERIA** *Asistencia y condición humana en el territorio de lo social*

Aliena Miralles, Rafael

ISBN 13: 978-84-7642-709-5

Páginas: 240



### **TRABAJO SOCIAL COMUNITARIO EN LA SOCIEDAD INDIVIDUALIZADA**

Hernández Arístu, Jesús

ISBN 13: 978-84-7642-785-9

Páginas: 224



### **PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN SOCIOEDUCATIVA CON LAS ADOLESCENCIAS**

Pérez Cosín, José Vicente  
Navarro Pérez, José Javier  
Uceda i Maza, Francesc Xavier

ISBN 13: 978-84-7642-797-2

Páginas: 320

## Colección Trabajo Social:



### **EL TRABAJO SOCIAL Y SUS INSTRUMENTOS** *Elementos para una interpretación a piacere*

Fombuena Valero, Josefa

ISBN 13: 978-84-7642-842-9

Páginas: 272