



Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL
2019

**FACTORES DESCRIPTORES DE LA
INTERVENCIÓN CON FAMILIAS
ESPECIALMENTE VULNERABLES Y SUS
SISTEMAS AMPLIOS DESDE EL TRABAJO
SOCIAL: LA PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL**

Tatiana Casado de Staritzky



Universitat
de les Illes Balears

TESIS DOCTORAL
2019

Programa de Doctorado de Psicología

**FACTORES DESCRIPTORES DE LA
INTERVENCIÓN CON FAMILIAS
ESPECIALMENTE VULNERABLES Y SUS
SISTEMAS AMPLIOS DESDE EL TRABAJO
SOCIAL: LA PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL**

Tatiana Casado de Staritzky

Directora: Josefa Cardona Cardona

Directora: Margalida Gili Planas

Tutora: Margalida Gili Planas

Doctora por la Universitat de les Illes Balears



Universitat
de les Illes Balears

Dr. Josefa Cardona Cardona, de la Universitat de les Illes Balears

DECLARO:

Que la tesis doctoral que lleva por título *Factores descriptores de la intervención con familias especialmente vulnerables y sus sistemas amplios desde el trabajo social: la perspectiva del profesional*, presentada por Tatiana Casado de Staritzky para la obtención del título de doctor, ha sido dirigida bajo mi supervisión, y que cumple con los requisitos necesarios para optar al título de Doctor Internacional.

Y para que quede constancia de ello firmo este documento.

Firma

Palma de Mallorca, a 10 de abril de 2019



Universitat
de les Illes Balears

Dr. Margalida Gili Planas, de la Universitat de les Illes Balears

DECLARO:

Que la tesis doctoral que lleva por título *Factores descriptores de la intervención con familias especialmente vulnerables y sus sistemas amplios desde el trabajo social: la perspectiva del profesional*, presentada por Tatiana Casado de Staritzky para la obtención del título de doctor, ha sido dirigida bajo mi supervisión, y que cumple con los requisitos necesarios para optar al título de Doctor Internacional.

Y para que quede constancia de ello firmo este documento.

Firma

Palma de Mallorca, a 10 de abril de 2019

*A mi madre, in memoriam.
Tu frase “eres grande, pequeña” me acompaña siempre.*

AGRADECIMIENTOS

Tecleo sin llegar a creer que ha llegado, por fin, el momento de ir cerrando esta importante etapa de mi vida. En primer lugar, agradezco profundamente a todas las profesionales que habéis dedicado vuestro valioso tiempo a colaborar en este estudio. Sin vosotras, esta tesis no habría sido posible.

A mis directoras de tesis, Pepa Cardona y Margalida Gili, os agradezco mucho vuestra ayuda y orientación a lo largo de estos cuatro años.

Quiero dar las gracias a los miembros del equipo de investigación “Conflicto, cambio y trabajo social”. En particular, a Xelo Vañó y Guillermo Morales, con los que comparto la pasión por las prácticas colaborativas, y a Juanjo Montaña, por sus aportaciones en las fases iniciales de este proyecto. Joan Albert, gracias por tolerar mi desorden y por tu respetuosa presencia en los momentos complicados. Anna Grau, gracias por tu inestimable ayuda con el formato.

Gracias a todas las personas que han compartido conmigo estos años de docencia, incluyendo a mis compañeros/as de departamento. He conocido estudiantes muy especiales, imposible nombraros a todas y todos, así que, si leéis estas líneas, GRACIAS por haberme dejado compartir parte de vuestro camino.

Pepa, gracias por TODO. Por apostar por mí, por animarme a iniciar este camino, por acompañarme en todas las etapas (incluso las más duras y personales) que ha tenido el devenir de este largo proceso. Valoro mucho el tiempo, el entusiasmo y la rigurosidad con la que te has dedicado a este proyecto, y también el cariño que me has dado todos estos años. Quico Campos, mucho ha llovido desde aquella cena en casa en la que nació el título de esta tesis. Gracias por estar ahí y por cuidar de mí, tanto a nivel profesional como personal.

Helena Cuartero, desde el primer día en que me ayudaste a “morir y resucitar”, supe que ibas a ser una persona muy especial en mi vida; gracias por tus consejos, y por estar ahí siempre. Ana Cañas, gracias por tu entusiasmo y vitalidad, por animarme y por ayudarme a poner los pies en la tierra cuando lo necesito. Es un placer acompañaros a ambas en esta locura de la Academia.

Liliana Sousa, jamás imaginamos que mi estancia pre-doctoral en Aveiro gestaría esta amistad. Gracias por hacerlo posible, y por compartir conmigo tu tiempo y conocimientos.

Thanks to Barry Duncan for the Training of Trainers about PCOMS, for your time and your generosity. Thanks to Barbara Hernandez, our weekend together was amazing. Hope this will be the beginning of the Spanish PCOMS’ spreading in social work field.

Thanks to William Madsen for your words of encouragement and your interest in my work in progress, I really hope next year we will meet each other.

Xelo Vañó, es para mí un lujo que estés en mi vida (de tantas maneras diferentes a lo largo de los años, a cuál más valiosa...). Magdalena Cloquell, gracias por brindarme tu apoyo

incondicional, nuestra amistad es un verdadero tesoro. Gracias a todas mis amigas (Mari, Caty, Pelu, Maribel, Juana, Christine, supermamis... imposible nombraros a todas), por haber aguantado mis idas y venidas, y por regalarme días y noches de risas. Os quiero mucho.

Papá, Marga. La vida tiene, a veces, giros sorprendentes y maravillosos... ¿quién nos iba a decir hace unos años que estaríamos compartiendo nuestras vidas? Estoy muy feliz y orgullosa de que seáis mi familia, además de unos abuelos entregadísimos.

Carla, hija mía, tardarás unos años en leer estas líneas, pero quiero darte las gracias por tus sonrisas y abrazos en bucle. Te quiero hasta la luna (ir y volver ochenta millones de veces). Y te prometo que el próximo libro que “programemos” Pepa y yo será más corto (¿de acueddo?).

Teresa, mi amor, qué suerte hemos tenido al elegirnos como compañeras de vida. Gracias por tu infinita disponibilidad, por cuidar de nuestra hija en solitario cuando ha sido necesario, por apoyarme en todas las decisiones y por aguantar la montaña rusa emocional que lleva aparejada la realización de una tesis doctoral. Juntas, somos un gran equipo, y nos quedan muchos proyectos conjuntos por delante. Brindemos por ello.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	1
ÍNDICE DE ABREVIATURAS	5
RESUMEN	7
RESUM	9
ABSTRACT	11
INTRODUCTION	15
<u>PRIMERA PARTE: REVISIÓN DE LA LITERATURA</u>	19
CAPÍTULO I: BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TRABAJO SOCIAL DE CASOS	21
1.1 Introducción	23
1.2 Evolución histórica del trabajo social de casos	23
1.3 Cibernética de primer y segundo orden	26
1.4 Postestructuralismo, constructivismo y construccionismo social	27
1.5 Teoría Crítica y Trabajo Social	28
1.6 Definición actual de Trabajo Social	29
1.7 Enfoques post-estructuralistas	30
1.7.1 Intervención centrada en soluciones	31
1.7.2 Conversaciones dialógicas: diálogos abiertos y diálogos anticipatorios	32
1.7.3 Prácticas colaborativas	34
1.7.4 Prácticas narrativas	36
1.8 Panorama actual. Entre dos paradigmas	38
CAPÍTULO II: FAMILIA MULTIPROBLEMÁTICA. CONCEPTO, TERMINOLOGÍA E INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL	41
2.1 Introducción	43
2.2 Familias multiproblemáticas y pobreza	43
2.3 Primeros programas de intervención con familias en situación de especial complejidad	44
2.4 Nomenclaturas que han recibido las familias en situación de especial dificultad a lo largo de la historia	46
2.4.1 Aportaciones a partir del año 2000	48
2.4.2 ¿Qué término utilizar? ¿Qué efectos tiene la elección de un término u otro?	52
2.5 Características habituales de las familias en situación de especial dificultad	53
2.5.1 Perfil típico, según la literatura, de las familias en situación de especial dificultad	54
2.5.2 Acumulación de desventajas y cronificación de las situaciones	57

2.6 Cuestiones relacionales y sus implicaciones para la intervención psicosocial	59
2.6.1 Apoyos que reciben las familias en situación de especial complejidad	59
2.6.2 Redes sociales personales de las FED	62
2.6.3 Insuficiencia de apoyo social informal en las FED	63
2.6.4 Dificultades relacionales habituales en las familias multi-estresadas	64
2.6.4.1 Frustración y desesperanza	65
2.6.4.2 Inaccessibilidad verbal	65
2.6.4.3 Falta de apoyos en su red informal	66
2.6.4.4 Historias de vida limitantes	67

CAPÍTULO III:

SISTEMAS MÁS AMPLIOS QUE LA FAMILIA. PROFESIONALES DE AYUDA E INSTITUCIONES, Y SU INTERACCIÓN CON FAMILIAS EN SITUACIÓN DE ESPECIAL DIFICULTAD

3.1 Introducción	71
3.2 Profesionales de ayuda y su interacción con las familias en situación de especial dificultad	71
3.3 Mandatos de la institución	75
3.4 Coalición de desesperación	77
3.5 Estrategias efectivas en la intervención con FED	79
3.6 Equipos multiprofesionales	83
3.6.1 Fuentes de conflicto en los equipos interprofesionales	84
3.6.2 Elementos facilitadores para aumentar la eficacia del equipo multi-profesional	85
3.7 Intervención basada en redes	89
3.8 Ética interprofesional	91
3.9 Evaluación de los sistemas más amplios que la familia	93
3.10 Facilitadores institucionales en las intervenciones multiprofesionales con familias en situación de especial dificultad	95
3.10.1 Trabajo en equipo	95
3.10.2 Sesiones en el hogar familiar para disminuir el absentismo	95
3.10.3 Supervisión	96
3.10.3.1 Técnicas en supervisión	98
3.11 Modelos de intervención con FED	100
3.11.1 Intervención familiar sistémica	101
3.11.2 Enfoque familiar funcional	102
3.11.3 Enfoque familiar multi-sistémico	102
3.11.4 Enfoque familiar integral y enfoque familiar relacional	103

3.11.5 Teorías integradoras	104
3.11.6 Intervención centrada en fortalezas	105
3.12. Factores comunes que explican el cambio en intervenciones sociorelacionales	107
3.12.1. El cliente	109
3.12.2. La relación	109
3.12.3. Placebo, esperanza y expectativa	111
3.12.4. Modelo o técnicas utilizadas	111
3.13. La alianza terapéutica	112
3.13.1 Importancia de medir la alianza terapéutica	116
3.14 Instrumentos que miden alianza terapéutica	116
3.14.1 Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF)	116
3.14.2 Working Alliance Inventory (WAI)	118
3.14.3 Helping Alliance Questionnaire-revised (HaQ-II)	118
3.14.4 Escala de Calificación de la Sesión (SRS)	119
3.14.5 Outcome Questionnaire (OQ-45.2)	120
CAPÍTULO IV:	123

**DESARROLLO DE PRÁCTICAS COLABORATIVAS CON FAMILIAS EN
SITUACIÓN DE ESPECIAL DIFICULTAD**

4.1 Introducción	125
4.2 Dimensiones del inventario para el desarrollo de prácticas colaborativas con familias en situación de especial dificultad.	125
A. INVESTIGACIÓN COLABORATIVA CON LA FAMILIA	126
A.1. Importancia de la postura relacional del profesional: respeto, empatía, conexión.	127
A.1.a. Postura relacional de aliado apreciativo	127
A.1.b. Honrar la sabiduría de la familia	128
A.1.c. Trabajar en el terreno de la familia	129
A.2. Co-construcción del contexto de intervención: la familia es la protagonista del proceso.	131
A.2.a. Conexión emocional	131
A.2.b. Definición del contexto de intervención	132
A.2.c. Acuerdo en objetivos y tareas con familias en situación de especial dificultad	134
A.3. Enfoque centrado en capacidades	137
A.3.a. Arquitectura conversacional	138
A.3.b. Desarrollar conversaciones externalizantes	140

A.3.c. Desarrollar conversaciones basadas en fortalezas	141
B. RELACIÓN COLABORATIVA CON SMAF	145
B.1. Multi-asistencia profesional	145
B.2. Evaluación de las relaciones entre la persona/familia y los SMAF implicados.	148
<u>SEGUNDA PARTE: METODOLOGÍA Y RESULTADOS</u>	153
CAPÍTULO V:	155
METODOLOGÍA	
5.1 Justificación y delimitaciones	157
5.2 Preguntas de investigación	157
5.3 Objetivos	158
5.3.1 Objetivo general	158
5.3.2 Objetivos específicos	158
5.4 Diseño y procedimiento	160
5.5 Población y muestra	160
5.5.1 Representatividad de la muestra	161
5.6 Instrumentos	163
5.6.1 Instrumentos diseñados para este estudio	163
5.6.1.1 Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas	163
5.6.1.2 Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y personales	172
5.6.2 Instrumentos previamente validados, seleccionados para este estudio	172
5.6.2.1 Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-20)	172
5.6.2.2 Encuesta de Bienestar en el Trabajo (UWES)	175
5.7 Procedimiento de recogida de datos	177
5.7.1 Cumplimentación de los cuestionarios	178
5.8 Programa estadístico	179
5.9 Análisis de datos	179
5.9.1 Análisis descriptivo	179
5.9.2 Análisis de correlación y comparación	180
5.10 Consideraciones éticas	181
CAPÍTULO VI: RESULTADOS	183
6.1 Guía de resultados	185
6.1.1. Análisis del perfil sociodemográfico	186
6.1.2 Análisis de los datos laborales	189
6.1.3 Resultados del inventario para el desarrollo de prácticas colaborativas desde el trabajo social con familias en situación de especial dificultad	197
Dimensión A1. Postura relacional del/de la profesional: respeto, empatía, conexión	197

Dimensión A2. Co-construcción del contexto de intervención: la familia es la protagonista del proceso	204
Dimensión A3. Enfoque centrado en capacidades	215
Dimensión B1. Actuaciones a desarrollar en relación a la familia y los sistemas más amplios (SMAF)	222
Dimensión B2. Prácticas a desarrollar con la familia	228
Dimensión B3. Prácticas a desarrollar con los SMAF	234
Análisis del inventario en su conjunto	241
6.1.4. Batería de escalas de expectativas generalizadas de control (BEEGC-20)	248
6.1.5. Encuesta de bienestar y trabajo (UWES)	249
6.1.6. Correlaciones entre las dimensiones del inventario para el desarrollo de prácticas colaborativas, la batería de escalas de expectativas generalizadas de control y las escalas de <i>engagement</i> (UWES)	249
6.1.7. Análisis de diferencias en las puntuaciones de las escalas, subescalas y puntaje total de los tres instrumentos, en las categorías de diferentes variables de agrupación	255
6.1.7.1. Ubicación	257
6.1.7.2. Tamaño municipio	259
6.1.7.3. Edad	261
6.1.7.5. Finalización estudios de Trabajo Social	264
6.1.7.6. Adaptación al grado de Trabajo Social	266
6.1.7.7. Formación continua	267
6.1.7.8. Experiencia	272
6.1.7.9. Tipo de contrato	276
6.1.7.10. Espacios de supervisión	278
6.1.7.11. Espacios de reunión y coordinación.	279
6.1.7.12. Protocolos o procedimientos escritos.	290
6.1.7.13. Cargas de trabajo.	293
<u>TERCERA PARTE: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES</u>	301
CAPÍTULO VII:	303
DISCUSIÓN	
7.1 Introducción	305
7.2 Inventario para el desarrollo de prácticas colaborativas	305
7.2.1. Dimensión A1. Postura relacional del profesional: empatía, respeto y conexión.	305
7.2.2 Dimensión A2. Co-construcción del contexto de intervención: la familia es la	308

protagonista del proceso.	
7.2.3 Dimensión A3. Enfoque centrado en capacidades.	313
7.2.4 Dimensión B1. Actuaciones a desarrollar en relación a la familia y los sistemas más amplios.	316
7.2.5. Dimensión B2. Prácticas a desarrollar con la familia	317
7.2.6. Dimensión B3. Prácticas a desarrollar con los sistemas más amplios.	319
7.2.7 Inventario en su conjunto.	321
7.3 Escalas de expectativas generalizadas de control y su relación con el desarrollo de prácticas colaborativas con familias en situación de especial dificultad	323
7.4 <i>Engagement</i> y su relación con el desarrollo de prácticas colaborativas con familias en situación de especial dificultad	324
7.5 Inventario para el desarrollo de prácticas colaborativas, y su correlación con aspectos sociodemográficos, así como con condiciones del meta-contexto en que se ubican los profesionales	326
CHAPTER VIII:	329
CONCLUSIONS	
8.1 CONCLUSIONS	331
8.2 STRENGTHS AND LIMITATIONS OF THE STUDY	336
8.3 FUTURE RESEARCH LINES	338
REFERENCIAS	339
ANEXOS	361

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. De la caridad a la sistematización de la profesión de Trabajo Social en España	44
Tabla 2. Evolución de nomenclaturas para referirse a familias especialmente vulnerables	51
Tabla 3. Población total y muestra, según sexo	161
Tabla 4. Población total y muestra, según tamaño de población del municipio	162
Tabla 5. Población total y muestra, según ubicación	162
Tabla 6. Población total y muestra, según Mancomunitat	163
Tabla 7. Alfas de Cronbach del Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas desde el Trabajo Social con Familias en Situación de Especial Dificultad	171
Tabla 8. Ítems que componen el instrumento Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control BEEGC-20 (Palenzuela et al., 1997)	174
Tabla 9. Alfas de Cronbach instrumento BEEGC-20	175
Tabla 10. Ítems que componen el instrumento Encuesta de Bienestar y Trabajo UWES-9 (Shaufeli y Bakker, 2003)	176
Tabla 11. Alfas de Cronbach del instrumento UWES	177
Tabla 12. Datos sociodemográficos de las personas participantes	188
Tabla 13. Datos laborales de las personas participantes	190
Tabla 14. Dedicación a tareas relacionadas con el puesto de trabajo	192
Tabla 15. Ratio de casos	194
Tabla 16. Espacios de supervisión y de coordinación inter-profesional	196
Tabla 17. Nivel de importancia. Dimensión A1. Postura relacional del/de la profesional: respeto, empatía, conexión	198
Tabla 18. Nivel de realización. Dimensión A1. Postura relacional del/de la profesional: respeto, empatía, conexión	200
Tabla 19. Mediana, rango intercuartílico y <i>p</i> valor (Wilcoxon). Dimensión A1. Postural relacional del / de la trabajador/a social: respeto, empatía, conexión	201
Tabla 20. Dimensión A1. Frecuencias (sumatorio respuestas 4 y 5), ordenadas por ránking de nivel de realización, y comparación con frecuencias de nivel de importancia	203
Tabla 21. Nivel de importancia. Dimensión A2. Co-construcción del contexto de intervención: la familia es la protagonista del proceso	205
Tabla 22. Nivel de realización. Dimensión A2. Co-construcción del contexto de intervención: la familia es la protagonista del proceso	208
Tabla 23. Mediana, rango intercuartílico y <i>p</i> valor (Wilcoxon). Dimensión A2. Co-construcción del proceso de intervención: la familia como protagonista de su propio	211

proceso	
Tabla 24. Dimensión A2. Frecuencias (sumatorio respuestas 4 y 5), ordenadas por ránking de nivel de realización, y comparación con frecuencias de nivel de importancia	212
Tabla 25. Nivel de importancia. Dimensión A3. Enfoque centrado en capacidades	216
Tabla 26. Nivel de realización. Dimensión A3. Enfoque centrado en capacidades	218
Tabla 27. Mediana, rango intercuartílico y p valor (Wilcoxon). Dimensión A3. Enfoque centrado en capacidades	220
Tabla 28. Dimensión A3. Frecuencias (sumatorio respuestas 4 y 5), ordenadas por ránking de nivel de realización, y comparación con frecuencias de nivel de importancia	221
Tabla 29. Nivel de importancia. Dimensión B1. Actuaciones a desarrollar en relación a la familia y los sistemas más amplios (SMAF)	223
Tabla 30. Nivel de realización. Dimensión B1. Actuaciones a desarrollar en relación a la familia y los sistemas más amplios (SMAF)	225
Tabla 31. Mediana, rango intercuartílico y p valor (Wilcoxon). Dimensión B1. Actuaciones a desarrollar en relación a la familia y los sistemas más amplios (SMAF)	226
Tabla 32. Dimensión B1. Frecuencias (sumatorio respuestas 4 y 5), ordenadas por ránking de nivel de realización, y comparación con frecuencias de nivel de importancia	227
Tabla 33. Nivel de importancia. Dimensión B2. Prácticas a desarrollar con la familia	229
Tabla 34. Nivel de realización. Dimensión B2. Prácticas a desarrollar con la familia	230
Tabla 35. Mediana, rango intercuartílico y p valor (Wilcoxon). Dimensión B2. Acciones a desarrollar con la familia	232
Tabla 36. Dimensión B2. Frecuencias (sumatorio respuestas 4 y 5), ordenadas por ránking de nivel de realización, y comparación con frecuencias de nivel de importancia	232
Tabla 37. Nivel de importancia. Dimensión B3. Prácticas a desarrollar con los SMAF	235
Tabla 38. Nivel de realización. Dimensión B3. Prácticas a desarrollar con los SMAF	237
Tabla 39. Mediana, rango intercuartílico y p valor (Wilcoxon). Dimensión B3. Acciones a desarrollar con los SMAF	239
Tabla 40. Dimensión B3. Frecuencias (sumatorio respuestas 4 y 5), ordenadas por ránking de nivel de realización, y comparación con frecuencias de nivel de importancia	239
Tabla 41. Criterios más valorados en función del nivel de importancia	241
Tabla 42. Criterios más valorados en función del nivel de realización	243
Tabla 43. Criterios menos valorados en función del nivel de importancia	245
Tabla 44. Criterios menos valorados en función del nivel de realización	247
Tabla 45. Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control	249
Tabla 46. Encuesta de Bienestar y Trabajo (UWES)	249
Tabla 47. Correlaciones de Spearman entre instrumentos UWES y BEEGC-20	250

Tabla 48. Correlaciones de Spearman entre el Inventario de Prácticas Colaborativas y la Encuesta de Bienestar y Trabajo (UWES)	251
Tabla 49. Correlaciones de Spearman entre el Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas y la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control	253
Tabla 50. Abreviaturas de las tablas que analizan las escalas y subescalas con respecto a las diferentes variables de agrupación	255
Tabla 51. Análisis de diferencias por grupos. Palma y Part Forana	257
Tabla 52. Resultados en función del tamaño del municipio	259
Tabla 53. Resultados en función de la edad	261
Tabla 54. Resultados en función del año de finalización de sus estudios	264
Tabla 55. Resultados en función de la adaptación a Grado en Trabajo Social	266
Tabla 56. Resultados en función de si han recibido formación continua en los últimos 5 años, relacionada con intervención en familias	268
Tabla 57. Resultados en función de las horas de formación recibidas	270
Tabla 58. Resultados en función de la experiencia como trabajador social	272
Tabla 59. Resultados en función de la experiencia en actual puesto de trabajo	274
Tabla 60. Resultados en función del tipo de contrato	276
Tabla 61. Resultados en función de si disponen de espacios de supervisión	278
Tabla 62. Resultados en función de espacios reunión interprofesional del servicio	280
Tabla 63. Resultados en función de los espacios de coordinación equipo de trabajo de caso (en propio servicio)	282
Tabla 64. Resultados en función de la toma decisiones conjuntas en equipo de trabajo de caso	283
Tabla 65. Resultados en función de realización de reuniones de red (con 3 o más servicios)	286
Tabla 66. Resultados en función de la toma de decisiones conjunta en reuniones de red	288
Tabla 67. Protocolo o procedimiento escrito para equipo de trabajo de caso	290
Tabla 68. Protocolo o procedimiento escrito sobre trabajo en red	292
Tabla 69. Rango casos atendidos a la semana	293
Tabla 70. Rango casos nuevos a la semana	296
Tabla 71. Rango cierres mensuales	298

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- A: Absorción
- AE: Autoeficacia
- AIETS: Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social
- BEEGC-20: Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control
- C: Contingencia
- COS: Charity Organization Societies
- D: Dedicación
- DT: Desviación típica
- EE: Expectativas de éxito
- FED: Familias en situación de especial dificultad
- FITS: Federación Internacional de Trabajadores Sociales
- HaQ: Helping Alliance Questionnaire
- IPC: Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas con Familias en Situación de Especial Dificultad
- I: Indefensión
- I-Dim. familia: criterios relacionados con la familia, nivel de importancia
- I-Dim. SMAF: criterios relacionados con los sistemas más amplios, nivel de importancia
- Imp: Importancia
- IMP_F: Suma criterios relacionados con la familia, nivel de importancia
- IMP_SMAF: Suma criterios relacionados con los sistemas más amplios, nivel de importancia
- IMP_A1: Nivel de importancia inventario, Dimensión A1 (postura relacional del profesional)
- IMP_A2: Nivel de importancia inventario, Dimensión A2 (co-construcción del contexto de intervención: la familia es la protagonista de su propio proceso)
- IMP_A3: Nivel de importancia inventario, Dimensión A3 (enfoque centrado en capacidades)
- IMP_B1: Nivel de importancia inventario, Dimensión B1 (actuaciones a desarrollar con familia y sistemas más amplios)
- IMP_B2: Nivel de importancia inventario, Dimensión B2 (actuaciones a desarrollar con la familia, en relación a los sistemas más amplios)
- IMP_B3: Nivel de importancia inventario, Dimensión B (actuaciones a desarrollar con los sistemas más amplios)
- M: Media
- MRI: Mental Research Institute
- N: muestra
- PC-imp: Conjunto de ítems que componen el nivel de importancia del inventario
- PC-realiz: Conjunto de ítems que componen el nivel de realización del inventario

- PCOMS: Partners for Change Outcomes Management System o Sistema de Socios para la Gestión del Cambio
- OQ 45.2: Outcome Questionnaire
- R-Dim. familia: criterios relacionados con la familia, nivel de realización
- R-Dim. SMAF: criterios relacionados con los sistemas más amplios, nivel de realización
- Realiz.: Realización
- REA_F: Suma criterios relacionados con la familia, nivel de realización
- REA_SMAF: Suma criterios relacionados con los sistemas más amplios, nivel de realización
- REA_A1: Nivel de importancia inventario, Dimensión A1 (postura relacional del profesional)
- REA_A2: Nivel de importancia inventario, Dimensión A2 (co-construcción del contexto de intervención: la familia es la protagonista de su propio proceso)
- REA_A3: Nivel de importancia inventario, Dimensión A3 (enfoque centrado en capacidades)
- REA_B1: Nivel de importancia inventario, Dimensión B1 (actuaciones a desarrollar con familia y sistemas más amplios)
- REA_B2: Nivel de importancia inventario, Dimensión B2 (actuaciones a desarrollar con la familia, en relación a los sistemas más amplios)
- REA_B3: Nivel de importancia inventario, Dimensión B (actuaciones a desarrollar con los sistemas más amplios)
- S: Suerte
- T. UWES: Total constructo *engagement*
- T. IMP: Total criterios IPC nivel de importancia
- T. REA: Total criterios IPC nivel de realización
- SMAF: Sistemas más amplios que la familia
- SOFTA / SOATIF: System for observing family therapy alliance o Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar.
- T. BEEGC-20: Total Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control
- WAI: Working alliance inventory

RESUMEN

Las familias en situación de especial dificultad se encuentran, habitualmente, involucradas de forma simultánea con diferentes sistemas de ayuda formal. Estas relaciones a menudo duran años, incluso generaciones, y esta cronificación genera sentimientos de desesperanza y desesperación no solo en las familias, sino también en los profesionales que trabajan con ellas.

Las prácticas colaborativas han demostrado su efectividad en el trabajo social con familias, siendo un modo de involucrar activamente tanto a los miembros del sistema familiar como a los profesionales que conforman el macrosistema de ayuda. Así, los trabajadores sociales pueden desarrollar estas prácticas honrando la experticidad del sistema familiar, respetando sus deseos y preferencias, y acompañando en su proceso de cambio. Asimismo, resulta fundamental desarrollar un trabajo cooperativo y colaborativo con el resto de profesionales implicados, para evitar la duplicación de actuaciones y contribuir al desarrollo de una intervención holística, integral. Las prácticas colaborativas se nutren de diferentes enfoques teóricos, como el enfoque narrativo, la intervención centrada en soluciones o la intervención breve estratégica. Los factores comunes que explican el cambio en la intervención sociorelacional resultan, asimismo, fundamentales en el desarrollo de un enfoque colaborativo. Así, la alianza de ayuda, la involucración de los miembros del sistema familiar en el proceso de intervención, la generación de expectativas positivas y la retroalimentación sistemática se convierten en los pilares que sustentan un desarrollo colaborativo exitoso.

La presente investigación es descriptiva, y surge de la necesidad de conocer la perspectiva de los trabajadores sociales de servicios sociales comunitarios básicos de Mallorca, en relación al desarrollo de un enfoque colaborativo con familias en situación de especial dificultad. Para ello, se ha elaborado un Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas desde el Trabajo Social con Familias en Situación de Especial Dificultad, con el objetivo de conocer el nivel de importancia y el nivel de realización que los participantes (N=121) otorgan a los diferentes criterios de intervención incluidos en dicho inventario. Además, se pretende conocer la autoeficacia percibida y las expectativas de éxito que tienen, así como sus niveles de *engagement* en el trabajo, por lo que los participantes cumplieron la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-20) y la Encuesta de Bienestar y Trabajo (UWES).

Los resultados indican que la mayoría de los trabajadores sociales valoran y realizan en mayor medida aquellos criterios de intervención relacionados, por una parte, con cuestiones básicas en el trabajo social de casos, como la escucha activa, el respeto y la empatía y, por otra parte, con criterios relacionados con aspectos asistenciales de la gestión de casos. Los criterios que, a pesar de considerar muy importantes, realizan en menor medida, se relacionan con la retroalimentación sistemática, la formulación de objetivos claros y concretos, y el interés por

conocer las expectativas de la persona/familia (tanto respecto al profesional como al proceso de intervención). Los criterios menos valorados y realizados tienen que ver con cuestiones que implican procesos reflexivos en la relación de ayuda, tanto con la familia como con el resto de profesionales implicados.

Estos resultados nos permiten abrir nuevos caminos para contribuir al desarrollo de un enfoque colaborativo con estas familias desde el trabajo social.

RESUM

Les famílies en situació d'especial dificultat es troben, habitualment, involucrades de mode simultani amb diferents sistemes d'ajuda formal. Aquestes relacions sovint duren anys, inclús generacions, i aquesta cronificació genera sentiments de desesperança i desesperació, no tan sols en les famílies, sinó també en els professionals que treballen amb elles.

Les pràctiques col·laboratives han demostrat la seva efectivitat en el treball social amb famílies, sent una manera d'involucrar activament tant als membres del sistema familiar com als professionals que conformen el macrosistema d'ajuda. Així, els treballadors socials poden desenvolupar aquestes pràctiques honrant l'experticitat del sistema familiar, respectant els seus desitjos i preferències, i acompanyant-les en el seu procés de canvi. Així mateix, resulta fonamental desenvolupar un treball cooperatiu i col·laboratiu amb la resta de professionals implicats, per a evitar la duplicació d'actuacions i contribuir al desenvolupament d'una intervenció holística, integral. Les pràctiques col·laboratives es nodreixen de diferents enfocaments teòrics, com l'enfocament narratiu, la intervenció centrada en solucions o la intervenció breu estratègica. Els factors comuns que expliquen el canvi en la intervenció sociorelacional resulten, així mateix, fonamentals en el desenvolupament d'un enfocament col·laboratiu. Així, l'aliança d'ajuda, la involucració dels membres del sistema familiar en el procés d'intervenció, la generació d'expectatives positives i la retroalimentació sistemàtica es converteixen en els pilars que sustenten un desenvolupament col·laboratiu exitós.

El present estudi és descriptiu, i sorgeix de la necessitat de conèixer la perspectiva dels treballadors socials de serveis socials comunitaris bàsics de Mallorca, en relació al desenvolupament d'un enfocament col·laboratiu amb famílies en situació d'especial dificultat. Així, s'ha elaborat un Inventari per al Desenvolupament de Pràctiques Col·laboratives des del Treball Social amb Famílies en Situació d'Especial Dificultat, amb l'objectiu de conèixer el nivell d'importància i el nivell de realització que els participants (N=120) atorguen als diferents criteris d'intervenció inclosos en aquest inventari. A més, es pretén conèixer l'autoeficàcia percebuda i les expectatives d'èxit que tenen, així com els seus nivells d'*engagement* en el treball, per la qual cosa els participants van emplenar la Bateria d'Escales d'Expectatives Generalitzades de Control (BEEGC-20) i l'Enquesta de Benestar al Treball (UWES).

Els resultats indiquen que la majoria dels treballadors socials valoren i realitzen en major mesura aquells criteris d'intervenció relacionats, d'una banda, amb qüestions bàsiques en el treball social de casos, com l'escolta activa, el respecte i l'empatia i, d'altra banda, amb criteris relacionats amb aspectes assistencials de la gestió de casos. Els criteris que, malgrat consideren molt importants, realitzen en menor mesura, es relacionen amb la retroalimentació sistemàtica, la formulació d'objectius clars i concrets, i l'interès per conèixer les expectatives de la persona/família (tant respecte al professional com al procés d'intervenció). Els criteris menys

valorats i realitzats tenen a veure amb qüestions que impliquen processos reflexius en la relació d'ajuda, tant amb la família com amb la resta de professionals implicats.

Aquests resultats ens permeten obrir nous camins per a contribuir al desenvolupament d'un enfocament col·laboratiu amb aquestes famílies des del treball social.

ABSTRACT

Families in special distress are usually involved simultaneously with different formal helping systems. These relationships often last for years, even generations, and this chronification generates feelings of hopelessness and despair not only in families, but also in the professionals who work with them.

Collaborative practices have demonstrated their effectiveness in social work with families, being a way to actively involve both the members of the family system and the professionals that make up the helping macrosystem. Thus, social workers can develop these practices by honoring the expertise of the family system, respecting their wishes and preferences, and accompanying them in the process of change. Likewise, it is essential to develop a cooperative and collaborative work with the other professionals involved, to avoid duplication of actions and to contribute to the development of a holistic, integral intervention. Collaborative practices draw on different theoretical approaches, such as the narrative approach, solution-focused intervention or strategic brief intervention. The common factors that explain change in socio-relational intervention are also fundamental in the development of a collaborative approach. Consequently, the helping alliance, the involvement of members of the family system in the intervention process, the generation of positive expectations and systematic feedback become the foundations for a successful collaborative development.

The present investigation is descriptive, and arises from the need to know the perspective of the social workers of basic community social services across Mallorca, in relation to the development of a collaborative approach with families in special distress. To this end, an Inventory for the Development of Collaborative Practices in Social Work with Families in Special Distress has been compiled, with the objective of finding out the level of importance and the level of realization that participants (N = 121) give to the different intervention criteria included in that inventory. In addition, it aims to provide an insight into the perceived self-efficacy and expectations of success that they have, as well as their levels of work engagement, for which purpose participants completed the Battery of Generalized Expectancies of Control Scales (BEEGC-20) and the Work and Well-Being Survey (UWES).

The results indicate that most social workers value and perform to a greater extent those intervention criteria related, on the one hand, with basic issues in social casework, such as active listening, respect and empathy and, on the other hand, with criteria related to the management and bureaucracy of the case which they are working with. The criteria that, although considered very important, are carried out to a lesser extent, are related to systematic feedback, the formulation of clear and concrete objectives, and the interest in knowing the expectations of the person/family (both in relation to the professional and the intervention process). The least

valued and performed criteria have to do with issues that involve reflective processes in the helping relationship, both with the family and with the rest of the professionals involved.

These results allow us to open new paths to contribute to the development of a collaborative approach with these families in the field of social work.

INTRODUCTION

INTRODUCTION

The present research looks into the development of collaborative practices in social work with families in special distress, focusing on the perspective of the professional.

The development of a collaborative approach implies the adoption of a post-structuralist paradigm, modifying the classical position of the professional as an expert. Collaborative practices advocate for a more equal relationship, in which the professional and client enter into a co-exploration of their life experiences. Respect, genuine curiosity and an honest desire to be useful in this process are key elements that the professional must take into account. Thus, the relational stance of the social worker takes on a vital importance. In fact, the establishment of a solid alliance with the person / family is a necessary condition, although not sufficient, in order to develop a successful socio-relational task. This alliance is part of what have been called "common factors", that is, those elements that explain the change in socio-relational processes. These factors are: elements related to the client (their capabilities, strengths, resources, support network, among others); the helping relationship that is established between the professional and the client; the expectations that the client has about the helping process and about the professional; and, finally, the models or techniques used by the professional. Lambert (1992) makes an estimate of the percentages in which each of these factors contributes to the change that occurs in this socio-relational process. Therefore, he estimates that 40% of the change is explained by factors related to the client; 30% is explained by the helping relationship established; 15% is explained by the client's expectations generated by the helping process (also called the placebo effect); and, finally, 15% of the change is explained by the model or techniques used by the professional. In this study we have paid particular attention to these common factors, since the collaborative approach is based, to a large extent, on the relational stance that professionals adopt, in their capacity to generate a space that allows clients to access their resources and capabilities, as well as in the co-construction of the whole helping process together with the client.

Families in special distress are those that, even starting from the inherent idiosyncrasy of any open system, share the following characteristics: two or more members show distress (whether physical, psychological or social); they interact with several professionals from different institutions; and they have a long history of involvement with different personal services (chronification).

Collaborative practices with families in special distress pose a challenge for professionals, due to the relational specificities that take place in chronic situations. Thus, relationships with professionals are frequently marked by distrust and despair. It is also relatively easy for professionals to enter that spiral of despair, which Sharlin and Shamai (2000) call "coalition of despair".

In addition, these families tend to interact with professionals from different services simultaneously, so the appropriate coordination of the helping macro-system is, at the same time, necessary and challenging (Casado, Cuartero, and Riera, 2016). Larger systems (SMAF in its Spanish acronym) make up a specific network that is interwoven to try to address the difficulties of the family system concerned. Therefore, professionals not only have to coordinate the actions to be developed from each of the services, but they must also pay attention to the relationships generated by different family members with each professional (Casado, 2016). In addition, each institution has a different mandate, and to this must be added the difficulties derived from the existing bureaucracy, as well as the high workload that helping professionals usually have. On the other hand, in this same line, it is worth pointing out the difficulties of connecting these families with larger systems: unclear borders, confusing communication channels, scarce abilities to resolve conflicts (Minuchin, Colapinto, and Minuchin, 2009).

This research focuses on the perspective of social workers of basic community social services on the island of Mallorca, in relation to their intervention with families in special distress, as well as with other professionals involved. Basic Community Social Services are, as defined by Law 4/2009 of Social Services of the Balearic Islands, the first gateway for people to social care in this Autonomous Community. Thus, these services receive a myriad of demands related to general services, offering information, guidance, advice, and management and processing of various economic and technical resources. Families in special distress relate to these services, usually for long periods of time, so the social workers are often the professionals who accompany these families in their future together with other services, medical, educational and judicial among others.

Currently, there is no unified procedure in our Autonomous Community for intervention with these families from basic community social services, but different institutional protocols are used related to the individual, group and community care that each municipality has been developing. However, other countries (such as Portugal, the Netherlands or Israel) have implemented specific programs from social services to work with particularly vulnerable families, and the results show that a differentiated care, which responds to the specificities of these families, increases the efficiency and effectiveness of the interventions that are carried out from social work. The motivation of the doctoral student derives from a desire to know in detail how to operate with these families from social services in our Autonomous Community, putting forward an Inventory for the Development of Collaborative Practices from Social Work with Families in Special Distress.

This doctoral thesis has been conducted, then, in order to find out what tools, techniques, strategies, skills and attitudes social workers develop in the intervention process with multi-assisted families, both in their work with families and the professional network that is established.

Structure of the study

The present work is structured in three parts, and consists of eight chapters.

First part: literature review

Chapter I makes a brief historical review of social casework, highlighting elements that were already elicited in the genesis of the profession, and which we consider are part of the development of a collaborative approach. The chapter explains the transition from the first to the second cybernetics, and ends with a few hints of postmodern approaches or theories. Chapter II focuses on the concept of multi-problem families, analyzing the different names that they have received since the 1960s. The characteristics and typical profile that they usually present are detailed here, looking deeply into the concept of chronification. The chapter ends with relational issues that characterize these families, as well as the implications of psychosocial intervention. Chapter III delves into the Larger Systems, and explains the usual features of professional multi-assistance. The myths and values prevailing among professionals are analyzed, and are compared with those that seem to be found in these families. It also details different strategies that can facilitate or hinder interaction in the helping macro-system, which is created ad hoc. Several studies have been identified that have shown effective interventions with particularly vulnerable families, and this chapter ends with the common factors that explain change in socio-relational intervention. Chapter IV outlines the theoretical foundations that support the compilation of an Inventory for the Development of Collaborative Practices from Social Work with Families in Special Distress. The underlying theoretical aspects are detailed in each of the six dimensions in which the inventory is organized, and the intervention criteria associated with each of these dimensions are specified.

Second part: methodology and results

Chapter V includes the objectives and methodology used in the investigation. It includes the research questions, phases that have been developed for the implementation of the study, universe and sample selected, as well as the instruments that have been used. Thus, together with the Inventory for the Development of Collaborative Practices from Social Work with Families in Special Distress, a questionnaire has been designed to know the socio-demographic, personal and labor data of social workers who have participated in the study. In addition, we present two instruments already validated in our country that have also been included in this study. First, the Battery of Generalized Expectancies of Control Scales (Palenzuela, Prieto, Barros, and Almeida, 1997), which measures the perceived self-efficacy, the locus of control and the expectations of success. Secondly, the Work and Well-Being Survey (Schaufeli and Bakker, 2003), which measures engagement, as well as its three subscales: vigor, dedication and

absorption. We conclude this chapter by indicating the data collection procedure, as well as the procedures used in the analysis and treatment of the data obtained. Chapter VI focuses on the description of the results, both of the Inventory and of the other three instruments used. This chapter is the most extensive, and collects, first, the results obtained in each of the dimensions in which the inventory is divided:

- A1: the professional's relational stance: respect, empathy, connection;
- A2: co-construction of the intervention context: the family is the protagonist of the process;
- A3: capacity-centered approach;
- B1: actions to be developed in relation to the family and larger systems;
- B2: practices to be developed with the family; B3: practices to be developed with larger systems).

After this, we describe the results obtained in the Battery of Generalized Expectancies of Control Scales, as well as the results of the Work and Well-Being Survey. Finally, the differences in the scores of all the dimensions and subscales are analyzed, according to various socio-demographic, personal and labor variables of the social workers participating in the study.

Third part: discussion and conclusions

Chapter VII is intended to present a discussion of the elements described in chapter VI. Thus, we reflect on the results obtained in the six dimensions contemplated in the Inventory for the Development of Collaborative Practices in Social Work with Families in Special Distress. It also reflects on the inventory as a whole. The discussion continues on the levels obtained in the different scales that make up the Battery of Generalized Expectancies of Control Scales, as well as the subscales of Engagement (Work and Well-Being Survey). Finally, the chapter examines results related to socio-demographic issues, as well as questions concerning the dynamics of the service in which the participants are located, reflecting on their relationship with the dimensions and subscales studied. Chapter VIII presents the main conclusions of the study. The strengths and limitations of this research are also outlined, as well as the possible future lines of work.

PRIMERA PARTE
REVISIÓN DE LA LITERATURA

CAPÍTULO I:
BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TRABAJO SOCIAL
DE CASOS

BREVE DESCRIPCIÓN DE LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TRABAJO SOCIAL DE CASOS

1.1 Introducción

El presente estudio se adentra en el enfoque colaborativo desde el trabajo social, tanto con las familias como con sus sistemas más amplios (SMAF). Este enfoque forma parte de las nuevas vanguardias del trabajo social, aun cuando comparte numerosos elementos con otros enfoques anteriores en el tiempo. En este capítulo, pues, re-visitamos las ideas y principios que diversos autores aportaron en la génesis de esta profesión, a la luz de un nuevo paradigma, el posmodernista, entrelazando así diversos hilos que, entretejidos, conforman el telón de fondo que sostiene, a nivel teórico, la propuesta que desarrollamos en esta investigación.

1.2 Evolución histórica del trabajo social de casos

El Trabajo Social, entendido como profesión y como ciencia, nace con la voluntad de ayudar de manera sistematizada, profesional y no voluntaria, a las personas que lo precisan, realizando esta labor desde instituciones y agencias organizadas (Zamanillo y Gaitán, 1991).

El trabajo social siguió devenires diferentes en Estados Unidos y en Europa, así como en España. Tal como explican Bray y Tuerlinckx (1973), entre los siglos XVI y XX, los americanos importan teorías e ideas provenientes de Europa, adaptándolas a las necesidades de la ciudadanía estadounidense, caracterizada por el énfasis en el individuo y en sus capacidades. Cuatro figuras europeas influyeron considerablemente en los inicios del trabajo social de casos de Estados Unidos: Vives, San Vicente de Paúl, el conde Randford, y Chalmers. Todos ellos se dedicaron a la beneficencia, pero siguiendo unos principios determinados, entre los que Bray y Tuerlinckx (1973) destacan: el derecho de las personas a recibir asistencia de una manera efectiva y organizada; la importancia de estudiar detalladamente cada caso (individualización); importancia de entablar relación con la persona que se ayuda.

En Inglaterra, las Charity Organization Societies (COS, por sus siglas en inglés) comienzan su andadura a mitad del siglo XIX, tratando de sistematizar la ayuda que se daba a los pobres, en contraposición a la filantropía y la caridad imperantes. Octavia Hill publica hacia 1870 varios manuscritos en los que subraya la importancia de las relaciones entre las personas, así como la necesidad de individualizar el trabajo realizado con cada persona. En esa misma época, las COS traspasan fronteras, instalándose en Búffalo (Estados Unidos). Las COS inglesas, según afirman Bray y Tuerlinckx (1973, p.14), “pueden ser justamente consideradas como el origen directo del casework americano”.

En la COS comenzó una de las pioneras del Trabajo Social de Casos. En efecto, a principios del siglo XX, la norteamericana Mary Richmond sienta las bases del trabajo social de

casos. Inició sus reflexiones como secretaria general de la COS en Baltimore, a finales del siglo XIX. Considera la multicausalidad de la pobreza, señalando la interrelación de factores sociales, económicos y psicológicos (Cardona, 2012). Antes de finalizar el siglo XIX, propone la creación de una escuela de trabajo social en Nueva York, a la que se incorpora como docente.

En 1917, Richmond publica *Social Diagnosis*, presentando el método para desarrollar el trabajo social de casos (casework). Entre otras cuestiones, recomienda poner énfasis en lo normal, en lo que funciona, y no en lo patológico; no considerarse infalible; estar disponible para las personas a las que se atiende, incluyendo llamadas de emergencia; saber reconocer los avances por pequeños que resulten (Richmond, 1917). Además, Richmond considera que el trabajo social incluye no solo el diagnóstico y el tratamiento de las personas, sino que también debe luchar por la reforma y la investigación social (Richmond, 1995). Como veremos a lo largo de esta investigación, estos elementos son fundamentales en el enfoque colaborativo, por lo que podemos afirmar que la primera persona que sistematizó la práctica del trabajo social de casos, ya señaló la importancia de la postura y actitud colaborativa del trabajador social en sus relaciones con los clientes. El principal mérito de Richmond, señalan Bray y Tuernlickx (1973), es su comprensión del dinamismo existente en las relaciones interpersonales. Además, Richmond “rompe con las tradiciones que, en el fondo, culpabilizan al pobre de su pobreza” (Miranda, 2012, p.92). A partir de 1930 cuando el psicoanálisis comienza a tener cierta influencia en el trabajo social de casos, y crece el interés por el estudio de las relaciones entre personas.

Dos asentamientos sociales o *settlements* de finales del siglo XIX, *Toynbee Hall* (Londres, con Samuel Barnett y Henrietta Barnett a la cabeza) y *Hull House* (Chicago, liderado por Jane Addams) se consideran pioneros en la prevención de la pobreza (Álvarez-Uría y Parra, 2014; Rossell y Rodríguez, 2017). Entre sus acciones, destacan la educación de personas adultas, el impulso de cooperativas, asesoramiento jurídico, y el desarrollo comunitario. Su objetivo primordial era la búsqueda de alternativas que pudieran dar respuesta a los problemas de la sociedad capitalista. Creen en el reconocimiento de la diversidad, así como en el respeto hacia todas las personas, con independencia de su origen (Rossell y Rodríguez, 2017). No se trataba, pues, de moralizar a los pobres, como sí que sucedía en las COS. En efecto, en las COS recopilan información sobre las personas, evaluando si es pertinente o no proporcionar ayuda. Además, tal como explican Rossell y Rodríguez (2017), las COS consideran que el pobre es responsable de su miseria y, por tanto, tiene también la responsabilidad de ayudarse a sí mismo. “Desde el principio, el objetivo de las COS no fue expandir (...) sino restringir cualquier iniciativa asistencial orientada a las masas trabajadoras” (Cardona y Campos, 2018, p.71); así, explican que las COS tienen presente en su ideario la importancia de la reducción de los gastos que se destinan a la atención social (Campos y Cardona, 2018).

A partir de 1920 se constata la existencia de dos escuelas diferenciadas: la Escuela Diagnóstica y la Escuela Funcional. Tal como señala Cardona (2012, p.16) “la Escuela Diagnóstica trabajaba desde una psicología que consideraba los problemas del individuo como una enfermedad [,] (...) el tratamiento partía del experto”. La Escuela Funcional, por el contrario, “trabajaba desde una psicología que destacaba el crecimiento y el desarrollo” (Cardona, 2012, p.16).

En 1930, Virginia Robinson (Escuela Funcional) publica *A changing psychology in social casework*. Considera que el cliente debe estar en el centro del proceso de ayuda, y considera que el trabajador social debe responsabilizarse del proceso de ayuda, construyendo una relación con el cliente que posibilite el cambio (Aylwin y Solar, 2002). Como veremos más adelante, el enfoque colaborativo considera que la relación entre el profesional y el cliente es uno de los factores que explican hasta el 30% del cambio que se produce en el proceso de ayuda (Lambert, 1992). Además, Robinson publicó en 1940 un libro sobre las dinámicas de la supervisión, señalando que es un método de enseñanza asociado al casework (Puig, 2011). En el desarrollo de las prácticas colaborativas la “supervisión” también tiene un papel esencial, entendida como un espacio de reflexión y de co-visión.

En la década de 1940, Gordon Hamilton (Escuela Diagnóstica, pero comparte algunas ideas con la Escuela Funcional) acuña el término “persona en situación”, atendiendo a la importancia no solo de la persona, sino también de su situación, así como la interacción entre ambos (Hamilton, 1960). Asimismo, Hamilton remarca que se trabaja con las personas en relación con sus experiencias sociales, así como en relación con los sentimientos que les despiertan dichas experiencias (Rossell y Rodríguez, 2017). Por otra parte, Hamilton “indica que la finalidad del tratamiento es mejorar las condiciones personales del usuario, mejora que implica el cambio de las condiciones internas y personales (...) y también las externas (...) del individuo” (Rossell y Rodríguez, 2017, p.200). El trabajo social ha ido evolucionando hacia enfoques en los que predomina una mirada narrativa y colaborativa, enfoques que abogan también por la justicia social (White, 2002). Como vemos, con esta evolución no se pierde la esencia del trabajo social.

En la década de 1960, Helen Perlman trata de unir la corriente diagnóstica y la funcional, y realiza interesantes aportaciones que continúan plenamente vigentes hoy en día. Así, sostiene que “nadie conoce mejor el problema por dentro y por fuera mejor que el cliente y, por otra parte, si hay que ayudarlo a trabajar en ello, tiene que ser ajustándose a su concepción del mismo” (Perlman, 1965, p.152). El enfoque colaborativo apuesta por la centralidad de la voz del cliente en el proceso de intervención, señalando la importancia de la postura de “no-saber” del profesional (Anderson, 1999). Todo ello nos hace pensar en la evolución del trabajo social, con la emergencia de enfoques que van afinando cada vez más las prácticas colaborativas, y al

mismo tiempo con una mirada de respeto hacia nuestra historia, reconociendo y valorando los saberes construidos desde el inicio de nuestra profesión y disciplina hasta el momento actual.

La Teoría de la Comunicación Humana, la Teoría General de Sistemas, y las corrientes cibernéticas, también tienen importante influencia en el trabajo social. Tal como señala Cardona (2012, p.17) “esta eclosión teórica, única a la insatisfacción de los modelos tradicionales basados en enfoques individualizantes (...), provocaron el desarrollo de los modelos ecológico-sistémicos”. Cabe señalar que, bajo el paraguas del enfoque sistémico, han surgido gran variedad de modelos y enfoques capitaneados por trabajadores sociales (Cardona, 2012; Moreno, 2014): enfoque estructural (Braulio Montalvo), intervención intergeneracional (Mónica McGoldrick y Betty Carteren), intervención breve del Mental Research Institute o MRI (Peggy Pap, Lynn Segal), enfoque centrado en soluciones (Insoo Kim Berg, Steve de Shazer, Matthew Selekman, Eve Lipchik), prácticas colaborativas (Michal Shamai) y prácticas narrativas (Michael White, David Epston).

1.3 Cibernética de primer y segundo orden

La cibernética se gesta, inicialmente, en la década de 1940, cuando Wiener estudiaba la manera en que las máquinas pudieran corregir su funcionamiento para cumplir un objetivo o propósito determinado, mientras que Rosenbluth trataba de entender el “temblor intencional”, una alteración neurológica, tal como señala Pakman en la introducción del libro de von Foerster (1991). Así fue como los cibernetas fueron conscientes de la noción de circularidad, así como de las consecuencias que conllevaba. A su vez, von Bertalanffy había desarrollado la Teoría General de Sistemas, definiendo el sistema como un conjunto de elementos interdependientes entre sí (Feixas y Villegas, 2000). Gregory Bateson y Margaret Mead trasladaron estos conceptos a las ciencias sociales, y de ahí llega a la intervención sociorelacional familiar, ya que Bateson tenía contacto con los terapeutas que fundaron el Mental Research Institute (Palo Alto, California).

La cibernética de primer orden estudia los sistemas de control de las máquinas, interesándose especialmente por los mecanismos que utilizan para autorregularse (modificar posibles desviaciones, esto es, retroalimentación negativa), así como el principio de circularidad. El concepto de información es especialmente relevante en la cibernética, ya que los sistemas abiertos intercambian información con el medio, realizando las modificaciones necesarias para garantizar su supervivencia. Tal como explican Feixas y Villegas (2000), la cibernética puede considerarse una meta-ciencia, ya que puede aplicarse a diferentes disciplinas. Esta primera cibernética considera que el observador es externo al sistema que observa, por lo que puede analizarlo y estudiarlo de modo objetivo.

En el campo de la intervención social con personas y familias, los enfoques que se basan en la primera cibernética son enfoques positivistas, que consideran que el terapeuta es el

experto, que puede conocer de modo objetivo a sus clientes, diagnosticarles y definir el tratamiento a seguir (Tarragona, 2006). El enfoque estructural, el enfoque multi-generacional, el modelo vivencial-comunicativo, el enfoque estratégico del Mental Research Institute y el enfoque de la Escuela de Milán se inscriben en esta primera cibernética (Cardona, 2012).

La segunda cibernética, por el contrario, se centra en el papel que tiene el observador, y en cómo construye, según su percepción, esa realidad que observa (Feixas y Villegas, 2000). La cibernética de segundo orden se plantea inicialmente por von Foerster en la década de 1980 junto con las aportaciones de Maturana y Varela, que se refieren a la autopoiesis, interesándose por el modo en que los seres vivos se autoorganizan (von Foerster, 1991). Así, esta segunda cibernética se centra en los sistemas que observan, y la intervención familiar entiende al profesional como parte del sistema en el que interviene, considerando que co-construye ese sistema del que también participa (von Foerster, 1991). Así, tal como plantea Sluzki (1987), el énfasis en esta segunda cibernética se centra en los procesos de amplificación positiva, así como en los procesos de cambio sistémicos.

El modelo familiar estratégico y los equipos reflexivos son enfoques de orientación sistémica que se basan en el constructivismo y, por tanto, se ubican ya en la cibernética de segundo orden (Cardona, 2012).

1.4 Post-estructuralismo, constructivismo y construccionismo social

El pensamiento post-estructuralista, en línea con la segunda cibernética, realiza una profunda crítica del pensamiento estructuralista o positivista, anclado en la primera cibernética. “Como movimiento filosófico, el posmodernismo ha cuestionado la naturaleza del conocimiento y señalado las limitaciones de la epistemología positivista para estudiar y comprender la experiencia humana” (Tarragona, 2006, p.513). Así, el positivismo considera que la realidad es única y externa al sujeto que observa, por lo que puede analizarla y estudiarla con objetividad, infiriendo causas y efectos, y trazando leyes universales. Por tanto, la perspectiva moderna sostiene que hay una realidad que está separada del observador, y que dicha realidad puede conocerse de modo objetivo; el lenguaje tiene la función de representar al mundo de ese modo objetivo (Anderson, 1999).

Por el contrario, el posmodernismo considera que la realidad es construida, (Agudelo y Estrada, 2012), y que el lenguaje da forma y significado a las experiencias de las personas en el mundo (Tarragona, 2006). El constructivismo y el construccionismo social son dos corrientes posmodernistas que se basan en la segunda cibernética y que, si bien comparten muchos de sus supuestos, también presentan diferencias en cuanto a su comprensión de la configuración y construcción de la realidad.

El constructivismo sostiene que las personas organizan sus experiencias mediante el intercambio de estímulos que, a su vez, procesan de modo activo desde sus mentes, con el

objetivo de comprender y adaptarse al mundo (Agudelo y Estrada, 2012). Así, partiendo de las experiencias previas de la persona, así como de su interacción con otras, construye nuevo conocimiento. Maturana, Varela y von Foerster son, según Feixas y Villegas (2000), los autores más representativos de este movimiento, mientras que Kelly y Piaget son dos teóricos destacados del constructivismo en el campo de la psicología.

El construccionismo social se deriva de la psicología social, basándose en las aportaciones de Berger y Luckman, que consideran que el conocimiento se construye socialmente (Agudelo y Estrada, 2013). Gergen, uno de los máximos exponentes de este enfoque, sostiene que el conocimiento del mundo está determinado por la historia, la cultura y el contexto social en que se ubica la persona (Gergen, 1990). Este enfoque propugna que “lo que ocurre entre los seres humanos adquiere significado a partir de la interacción social expresada a través del lenguaje” (Agudelo y Estrada, 2012, p.364). En efecto, Gergen (1985) considera que las palabras que se utilizan para describir la realidad son fruto de convenciones sociales, por lo que conocer el contexto en el que se produce el intercambio social resulta fundamental. El construccionismo es un modo de indagación social (Anderson, 1999), ya que trata de comprender los procesos por los que las personas explican el mundo en que viven (Gergen, 1985).

Tal como explica Anderson (1999, p. 71), el pensamiento post-estructuralista “avanza hacia un conocimiento como práctica discursiva; hacia una pluralidad de narrativas más locales, contextuales y fluidas”. El enfoque colaborativo, así como el enfoque centrado en soluciones y las prácticas narrativas, parten del post-estructuralismo y el construccionismo social, así como de la teoría crítica, para hilar sus propuestas de intervención sociorelacional, en las que se pasa de “hablar a” a “hablar con” (Anderson, 1999).

1.5 Teoría Crítica y Trabajo Social

El Trabajo Social crítico nace a finales de 1960, y tuvo especial repercusión en el mundo anglosajón (Viscarret, 2009). Sus antecedentes teóricos son diversos, incluyendo, entre otros, las teorías feministas, la sociología radical, el marxismo o el desarrollo comunitario. Así, siguiendo a Rodríguez (2007), la teoría crítica hace mención, de modo genérico, “a la necesidad de desarrollar un discurso científico de transformación y emancipación, no aferrado dogmáticamente a sus propias suposiciones doctrinales” (p.118). El trabajo social crítico, siguiendo a esta misma autora, rechaza los presupuestos de los enfoques psicodinámicos y funcionalistas, considerando que el orden social del capitalismo genera explotación y desigualdad.

La teoría crítica se basa en la premisa de que los problemas son, en gran medida, socialmente contruidos (Trotter, 2015). En efecto, el trabajo social crítico considera que las personas “no son ni parcial ni totalmente culpables de las circunstancias personales y sociales a

las que se enfrentan, sino que apuntan a los orígenes sociales y a las estructuras sociales como causantes de dicha situación opresiva” (Viscarret, 2009, p.326). Desde esta perspectiva, continúa este autor, se defiende que las personas pueden tomar conciencia de su situación, y protagonizar de modo activo su cambio, tanto a nivel personal como social y estructural. La relación entre profesional y cliente se basa en la igualdad, la equidad, la confianza y el respeto. La autodeterminación del cliente no se pone en duda, confiando en su potencial para resolver sus problemas, al tiempo que el profesional, consciente de su posición de poder, se esfuerza por conseguir desarrollar una relación igualitaria (Viscarret, 2009). Y es que, como señala Rodríguez (2007), los problemas sociales implican dimensiones ético-políticas, por lo que resulta fundamental la reflexión sobre las condiciones (familiares, emocionales, físicas, económicas, etc.) para una comprensión compartida con la persona/familia. El enfoque colaborativo apoya las tesis del trabajo social crítico, integrándolas en la relación profesional-cliente como base para un intercambio cooperativo y colaborativo.

Por otra parte, si se analiza la pobreza bajo este prisma de la teoría crítica (Fraser, 1997; Lister, 2004), la pobreza se considera falta de capital económico, pero también falta de capital simbólico-relacional (Cohen, Krumer-Nevo, y Avieli, 2017). El paradigma consciente de la pobreza (*poverty aware paradigm*) es un nuevo enfoque para el trabajo social con personas pobres, desarrollado por la investigadora israelí Krumer-Nevo. Este paradigma conecta el trabajo social con el enfoque crítico sobre la pobreza (Krumer-Nevo, 2016). Si el paradigma conservador considera la pobreza como una característica intrínseca de las personas, y el paradigma estructural sostiene que la pobreza es la consecuencia de estructuras sociales e institucionales desiguales, Krumer-Nevo (2016) explica que el paradigma consciente de la pobreza considera que la pobreza es una violación de los derechos humanos. Propone la relación como la base para el conocimiento y la intervención desde el trabajo social, así como la identificación y atajo de las micro-agresiones que sufren las personas en situación de pobreza (Saar-Heiman, Lavie-Ajayi, y Krumer-Nevo, 2017). Desde este enfoque, se considera que la experiencia básica de las personas pobres es resistir a esa situación de pobreza de manera diaria (Krumer-Nevo, 2016; Lister, 2004). Esta lucha es invisible a ojos del resto de personas, y propone reconocer la resistencia y la lucha de los clientes, de modo que el trabajador social se asocia a ellos en sus esfuerzos para combatir la pobreza (Krumer-Nevo, 2016).

1.6 Definición actual de Trabajo Social

La definición actual que la Junta General de la Federación Internacional de Trabajadores Sociales (FITS) y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (AIETS) elaboraron en 2014 en Melbourne, tiene en cuenta elementos como la justicia social y la responsabilidad colectiva:

El Trabajo Social es una profesión basada en la práctica y la disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a las diversidades son fundamentales para el Trabajo Social. Respalda por las teorías del Trabajo Social, ciencias sociales, humanidades y los conocimientos indígenas, el Trabajo Social involucra a las personas y estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y mejorar el bienestar (FITS y AIETS, 2014, p.1).

La intervención en trabajo social con personas y familias puede realizarse en el marco de diferentes modelos teóricos y enfoques. O'Hanlon (2001) identifica cuatro oleadas en la intervención social con personas y familias. La primera se centra en la patología (Cardona y Campos, 2018), y va en consonancia con las premisas de la cibernética de primer orden, así como con el paradigma conservador: las dificultades son intrínsecas, y el profesional es el experto que puede reparar esas disfunciones. La segunda oleada continúa situada en una cibernética de primer orden, si bien sus postulados se asimilan a los del paradigma estructural. Así, se considera que los problemas "son las dificultades que se desarrollan en las relaciones de la persona con su entorno" (Cardona y Campos, 2018, p.31). La tercera oleada se desarrolla ya en la cibernética de segundo orden, y se sustenta en el construccionismo social; la propuesta inicial de esta tercera oleada es el modelo centrado en soluciones, que, como su nombre indica, se centra en construir soluciones, sin necesidad de ahondar en las dificultades que presenta la persona/familia. Finalmente, la cuarta oleada se produce con los equipos reflexivos (Andersen, 1987), las prácticas narrativas (White y Epston, 1993), la ayuda colaborativa (Anderson y Goolishian, 1991, 1992), y la perspectiva dialógica (Seikkula y Arnkil, 2016). Los enfoques de esta cuarta oleada se caracterizan por mantener una actitud de curiosidad genuina, con una postura del profesional de no-saber (y, por tanto, debe estar siempre informado por la persona/familia, que son los expertos de sus vidas). Además, utilizan la conversación dialógica para permitir la emergencia de la polifonía de voces de la persona/familia, así como de su entorno (personal y profesional).

1.7 Enfoques post-estructuralistas

A continuación, presentamos algunos elementos característicos de la intervención centrada en soluciones, de las prácticas colaborativas y de las prácticas. Estos tres enfoques o modelos, como señala Tarragona (2006) se consideran enfoques post-estructuralistas, si bien O'Hanlon (2001) sitúa la intervención centrada en soluciones en la tercera oleada, mientras que considera que las conversaciones dialógicas, las prácticas narrativas y las prácticas colaborativas se inscriben en una cuarta oleada.

1.7.1 Intervención centrada en soluciones

A finales de 1970, de Shazer desarrolla este enfoque de intervención breve, nutriéndose del trabajo del Mental Research Institute y de las reflexiones de Erickson (Tarragona, 2006). Además, la intervención centrada en la solución se basa en las obras de Bateson, Erickson, Jackson, Weakland, Haley y Watzlawick, entre otros (Lipchik, 2004). En Milwaukee, en el Brief Family Therapy Center, diversos autores contribuyeron también a dar forma a este nuevo enfoque, partiendo inicialmente del enfoque familiar breve y de las ideas del Mental Research Institute de Palo Alto (Beyebach, 2014): de Shazer, Berg, Dornik, LaCourt, Nunnally y Lipchik.

Las excepciones a la situación-problema suponen un elemento central (de Shazer, 1990), así como la definición de las metas y objetivos a conseguir. En efecto, “para impulsar rápidamente las soluciones, es útil desarrollar la (...) descripción de un futuro más satisfactorio, que entonces puede resaltar con respecto al presente” (de Shazer, 1990, p.15), por lo que profesional y cliente conversan sobre las expectativas de éste último sobre el cambio y la solución, estableciendo una relación cooperativa. Así, si bien no se explora el pasado relacionado con el problema, sí que se trabaja la visión de las excepciones, esto es, qué sucede cuando NO se está dando el problema, qué cosas son diferentes. Resulta esencial, además, ajustar la intervención con cada cliente, ya que las pautas de interacción son diferentes en cada caso y, por ende, también lo son las soluciones potenciales. En este sentido, Lipchik (2017) enfatiza que los clientes tienen mucho más conocimiento de las soluciones adecuadas a sus problemas que los profesionales, cuyo rol debe centrarse en ayudarles a descubrir dichas soluciones. Beyebach (2014), en esta misma línea, remarca que en este enfoque la voz del cliente se coloca en una posición central, así como sus recursos y capacidades. Se trata de ayudar a las personas a localizar momentos en los que está consiguiendo que las cosas vayan bien, descubriendo esa “receta” que les está funcionando; el profesional se coloca, como vemos, en una segunda línea. En este sentido, Selekman (1996) integra la intervención centrada en soluciones en un marco o enfoque más amplio, que acuña como intervención familiar breve basada en fortalezas, enfatizando las capacidades y recursos de las personas con las que trabaja.

La pregunta del milagro o las preguntas de escala son técnicas características de la intervención centrada en soluciones, y se da especial importancia a la retroalimentación al final del encuentro. Beyebach (2014) señala como técnicas primordiales: elicitación de la descripción de los clientes acerca de las soluciones que esperan; ampliar esas descripciones, concretándose en conductas concretas y positivas; atribuir al cliente el control sobre esas soluciones; ajustarse al ritmo que marcan los clientes en la senda del cambio; promover de modo activo la cooperación entre el profesional y la familia. Tal como explican de Jong y Kim-Berg (2001), la sesión finaliza con la reflexión que realiza el profesional, incluyendo a) reconocimiento de elementos positivos, b) explicitación de las metas a conseguir y c) la propuesta de una tarea inter-sesiones.

Lipchik (2004) señala que a menudo se ha mal interpretado la intervención centrada en soluciones, y enfatiza que la aplicación de técnicas fuera de contexto a la larga produce resultados poco significativos, aun cuando inicialmente sí que produzca resultados. Beyebach (2014) explica que no se trata de aplicar una técnica sin más, por ejemplo, la Pregunta Milagro, sino ir trabajando esas respuestas para generar nuevas informaciones, de forma que se clarifiquen tanto las expectativas de la persona sobre el futuro preferido, como los siguientes pasos a dar.

La relación entre el profesional y la persona/familia resulta fundamental, y tal como explica Lipchik (2004), una relación de confianza contribuye a alcanzar los objetivos acordados. Trabajar las emociones, algo poco habitual en el modelo clásico de la intervención centrada en la solución, tiende a facilitar el progreso de las personas que se encuentran estancadas (Lipchik, 2004).

Cuando se trabaja con clientes involuntarios desde la intervención centrada en la solución, el reto es conseguir conectar tanto con la persona/familia, como con el profesional, persona o sistema que ha realizado la derivación, y procurar dar respuesta a las necesidades de todas las partes implicadas (Lipchik, 2004). Esta misma autora remarca que cuando los clientes sienten que el profesional se interesa por ellos de modo sincero, permite esa necesaria vinculación con la persona/familia. Cuando el cliente explicita de qué quiere hablar, entonces se puede empezar la implementación de técnicas propias de la intervención centrada en la solución.

La intervención centrada en la solución se considera un enfoque breve, puesto que considera que las personas son las que tienen la llave del cambio, por lo que se trata de “ayudar a los clientes a utilizar sus puntos fuertes y preservar en la mayor medida posible su autonomía” (Lipchik, 2004, p.255). En cuanto a la finalización del tratamiento, la premisa general es que la intervención finaliza cuando la persona/familia considera que ha alcanzado el objetivo u objetivos que se planteaban (Beyebach, 2014; Lipchik, 2004).

1.7.2 Conversaciones dialógicas: diálogos abiertos y diálogos anticipatorios

Seikkula, Arnkil, y Eriksson, (2003) desarrollan a finales de la década de 1980 dos tipos de diálogo: el diálogo abierto, y el diálogo anticipatorio. Ambos métodos están basados en el dialogismo, la polifonía y el construccionismo social, aunque cada uno presenta ciertas particularidades.

El diálogo abierto se ha aplicado en situaciones de crisis psiquiátrica, y como una manera de organizar tanto el sistema de tratamiento como los diálogos que se mantienen en las reuniones o encuentros (Seikkula et al., 2003). Estos autores explican que en Finlandia se produce, en el año 1984, un cambio en la manera de organizar la admisión de pacientes psiquiátricos. Explica que el equipo de Laponia, una provincia de 72.000 habitantes, empieza a realizar encuentros abiertos, en los que paciente y profesionales preparaban conjuntamente el

plan de tratamiento. Además, al mismo tiempo, la familia del paciente se convierte en sujeto activo del proceso. El equipo constató que de este modo podían incrementarse los recursos disponibles, así como abrir la posibilidad de nuevas perspectivas constructivas de resolución de las situaciones-problema planteadas (Eriksson y Arnkil, 2009; Seikkula et al., 2003). La tarea de ese diálogo estriba, precisamente, en la construcción de un nuevo lenguaje para las experiencias de dificultad del paciente y de aquellos cercanos a él/ella. Tal como señalan Eriksson y Arnkil (2009), el profesional puede mantener un encuentro con el cliente en situación de equidad cuando puede ver elementos positivos en la situación, más allá de las dificultades o problemas que manifiestan. Establecen 7 principios del diálogo abierto:

- Ayuda inmediata. El equipo concierta el primer encuentro en las primeras 24 horas desde el primer contacto (del paciente, de un pariente o de una agencia). Además, cuentan con un servicio para atención de crisis que funciona las 24 horas del día.
- Perspectiva de red social. Siempre se invita a los primeros encuentros al paciente, a su familia y a otros miembros clave de su red social, con el fin de movilizar todo el soporte posible.
- Flexibilidad y movilidad. El tratamiento se adapta a la casuística particular de cada situación. Los encuentros se realizan en el domicilio del paciente.
- Responsabilidad. La persona que recibe ese primer contacto es la que organiza el primer encuentro. El equipo se hace cargo de todo el tratamiento.
- Continuidad psicológica. El equipo trabajará el tiempo que sea necesario.
- Tolerancia a la incertidumbre. Se refuerza esta tolerancia construyendo una relación segura con el paciente. Explican que, en casos de crisis psicóticas, se requieren encuentros diarios los primeros 10-12 días, para que el paciente desarrolle un sentimiento de seguridad.
- Dialogismo. En primer lugar, se promueve el diálogo, y en segunda instancia se promueve el cambio del cliente.

El diálogo anticipatorio es una forma de consulta en procesos complejos de servicios sociales (Seikkula et al., 2003), que se ha desarrollado en Finlandia desde los años 90. El objetivo general de los proyectos basados en el diálogo anticipatorio consiste en desarrollar métodos centrados en recursos, un enfoque de trabajo en red, y estructuras de servicios que trasciendan las fronteras sectoriales. Seikkula et al. (2003) explican dos maneras de llevar a cabo este diálogo anticipatorio, ambas con un método altamente estructurado: “recordando el buen futuro” y el “diálogo anticipatorio multi-profesional”. Se trata de facilitar ese proceso de diálogo –tanto entre la familia y los consultantes como entre los profesionales-, ofreciendo la oportunidad de plantearse los problemas actuales desde la perspectiva de qué posibles soluciones pueden implementarse. Se trata de conseguir que los profesionales ayuden a la

familia a construir el futuro deseado, en lugar de que presenten demandas para el cambio. El objetivo del diálogo anticipatorio es, pues, ayudar a los profesionales a encontrar la coordinación necesaria en una red que no pueden controlar de forma directa o unilateral (Seikkula et al., 2003), por lo que la tarea del consultante de la red se centra en que cada profesional tenga en cuenta la visión que tiene el cliente sobre su vida, en lugar de centrarse en las tareas de cada uno de los especialistas. Estos autores sugieren que con este método se evita el intentar definir problemas comunes, y esto promueve la colaboración multi-profesional.

Establecen 8 principios generales del diálogo anticipatorio:

- Subjetividad. Se propone que cada persona elabore su propio punto de vista, en lugar de tratar de consensuar una única mirada.
- Énfasis en el carácter recíproco del trabajo profesional. El profesional pide ayuda tanto de los clientes como de sus redes personales.
- Polifonía. El principio de la subjetividad está muy relacionado con la polifonía, entendiendo que las redes no tienen puntos centrales, sino que cada participante está en el centro de su red. Además, las redes son incontrolables, demasiado complejas para la pretensión de controlarlas.
- Elevada tolerancia a la incertidumbre. La polifonía precisamente fomenta esta tolerancia hacia la incertidumbre.
- Experimentar tanto en el pensamiento como en la acción. Se trata de comprender que cualquier acción tiene consecuencias controladas e incontroladas.
- Coordinación basada en una perspectiva de futuro.
- Facilitación, tanto horizontal –entre profesiones, inter-sectorial- como vertical –entre profesionales, clientes y redes personales-.

Cabe destacar que las prácticas reflexivas, que se desarrollan a partir del trabajo de Andersen (1994), se caracterizan, como el dialogismo, por la polifonía que introducen en el tratamiento. En efecto, las prácticas reflexivas permiten que la persona/familia escuche al equipo cuando reflexiona y dialoga acerca de lo que se ha visto en la sesión (Moreno, 2014). Esto favorece un trabajo colaborativo y transparente, que subraya las múltiples perspectivas que emergen de ese proceso de reflexión.

1.7.3 Prácticas colaborativas

El enfoque colaborativo nace en Texas, en el Galveston Institute, hacia 1970, en un equipo dirigido por Harry Goolishian. Inicialmente, tal como explica Anderson (1999), se interesaron por el trabajo que se estaba desarrollando en el Mental Research Institute (Palo Alto, California), en particular en la importancia de utilizar el lenguaje de los clientes. El equipo del Galveston Institute llegó a la conclusión de que la conversación que tenían con los clientes, en sí

misma, generaba cambios, por lo que comenzaron a concebir el proceso terapéutico como un proceso dialógico y conversacional (Tarragona, 2006).

El enfoque colaborativo que proponen Anderson y Goolishian (Anderson, 1999), se basa en la idea de que los sistemas humanos generan lenguaje, y a la vez le dan sentido. Por tanto, el lenguaje da sentido a nuestra concepción del mundo. El conocimiento, por tanto, es relacional; consideran que está inscrito en el lenguaje y en las prácticas cotidianas, donde también se produce dicho conocimiento (Anderson, 1999).

Entienden que el cambio es algo que debe darse por supuesto, y, siguiendo a Anderson (1999), pasan de concebir la intervención como un “hablar a” a concebirla como un “hablar con”. Señala que un problema no es más (ni menos) que una posición que alguien toma; así, un problema tendrá tantas definiciones como miembros estén relacionados con ese problema. En este sentido, ya no se trata de distinguir entre intervención individual, familiar o de pareja, sino más bien de que el cliente decida quién considera que debe acudir al siguiente encuentro (Tarragona, 2006). Además, los problemas “viven y respiran en el lenguaje” (Anderson, 1999, p.124), por lo que consideran que el problema es el que determina al sistema, y se disuelve (que no resuelve) en el lenguaje. En efecto, “la forma en la que se conceptualiza, se narra y se discute una historia tiene un impacto en las posibilidades de cambio o solución que la persona puede ver” (Tarragona, 2006, p.527).

Es importante señalar que, a diferencia de otros enfoques, la práctica colaborativa no tiene unas técnicas o pasos determinados a seguir, sino que se trata más bien de lo que Madsen (2007) denomina “postura relacional del profesional”. Anderson (1999) explica que se trata más de una postura, de una filosofía que el profesional incorpora, y que modula cómo percibe a los demás, y cómo interactúa con ellos. La postura de “no-saber” (término acuñado por Anderson y Goolishian a finales de los años 80) define las premisas básicas de este enfoque: el cliente es el experto en su vida, nadie sabe más que él sobre sus experiencias y sobre cómo las vive, por lo que el profesional siempre está en posición de ser-informado-por el cliente (Anderson, 1999). Cliente y profesional se convierten, así, en socios conversacionales que, conjuntamente, van desarrollando conversaciones dialógicas que les permiten co-investigar sobre la situación que preocupa al cliente (Agudelo y Estrada, 2013; Ibarra, 2004; Tarragona, 2006). Cabe destacar que esa postura de no-saber del profesional no implica que no sea experto en nada; es experto en procesos conversacionales, es decir, tiene la capacidad de generar un espacio que invite al diálogo, a una exploración conjunta que amplíe el abanico de opciones del cliente. Tal como señala Tarragona (2006), la polifonía se valora en el enfoque colaborativo, por lo que es común la inclusión de múltiples voces, mediante el uso de equipos reflexivos, o con la incorporación a las conversaciones de otras personas importantes en la vida del cliente.

1.7.4 Prácticas narrativas

El enfoque narrativo se gesta a partir de 1980, y se ubica en la cibernética de segundo orden. Michael White y David Epston son los creadores de este modelo, mientras que Karl Tomm contribuye a su difusión e internacionalización (Moreno, 2014). La obra de Gregory Bateson tuvo importante influencia en el pensamiento de White, especialmente en referencia a la red de supuestos que constituyen los mapas del mundo de cada persona. Considera que la historia o narrativa que cada persona cuenta sobre su experiencia de vida, está mediatizada por el contexto cultural e interaccional en el que se inserta. Por ello, White y Epston (1993) consideran que, cuando cuestionamos determinadas prácticas (como las técnicas de poder o el conocimiento supuestamente experto), estamos comprometidos en una actividad política.

Esta práctica se ve influenciada por las tesis de Michael Foucault, sosteniendo “que estamos sujetos al poder por medio de “verdades” normalizadoras que configuran nuestras vidas y nuestras relaciones” (White y Epston, 1993, pp.35-36). Considerando que poder y conocimiento son inseparables, Foucault (1982) sostiene que las que las personas están imbuidas en una red de poder/conocimiento, recibiendo sus influencias y ejerciendo a la vez el poder; aunque, matiza, cada persona ejerce el poder de modo diferente, y por tanto algunas personas sufrirán más que otras los efectos de esta dominación. En este sentido, en palabras de White y Epston (1993, p.44) “deberíamos esforzarnos por establecer condiciones que nos ayuden a criticar nuestras prácticas” formadas en esos ámbitos de poder y conocimiento. Tal como explica Besley (2001), los profesionales deben asumir su participación en estos ámbitos de poder y conocimiento, desmitificando y desenmascarando las relaciones de poder que puedan subyacer ocultas en sus prácticas.

Como vemos, las prácticas narrativas se sustentan en el paradigma post-estructuralista, considerando que la realidad se construye a través del lenguaje, en interacción con otros. Así, las personas dan sentido a sus vidas y a sus experiencias mediante el desarrollo de narrativas, que explican esas realidades que se han construido socialmente. Y esas realidades se pueden modificar, por tanto, mediante el desarrollo de un nuevo lenguaje (Moreno, 2014). Según explica Tarragona (2006), a menudo las historias que narran los clientes son restrictivas, contribuyendo a que desarrollen “conclusiones negativas sobre su identidad” (p.522). El papel del profesional radica, por tanto, en su capacidad para generar el espacio adecuado para que el cliente pueda explorar otros modos de pensar, de percibir y de expresar sus experiencias de vida (Agudelo y Estrada, 2012). El cliente puede, así, generar narrativas alternativas, más ricas y densas, ampliando sus posibilidades de acción y generando nuevos significados sobre su forma de relacionarse con los problemas. White (2002) sostiene que en proceso de ayuda tiene efectos en el profesional y, por tanto, éste debe asumir su responsabilidad en la identificación de las contribuciones que este trabajo tiene (o puede tener) en su vida.

Las prácticas narrativas se sirven de “mapas” para guiar y orientar el trabajo que se desarrolla (White, 2002, 2016). Así, el papel del profesional es acompañar a la persona en un viaje, y los mapas contribuyen a facilitar ese viaje, “son una guía para tejer los relatos de manera enriquecida” (White, 2016, p.12). Cuando una persona acude a un servicio de intervención sociorelacional es porque tiene dificultades para seguir con su vida, y ya ha realizado esfuerzos para tratar de solventarlas. Sin embargo, White (2016) considera que las personas tienen una “zona de desarrollo próximo”, consistente en la diferencia entre lo conocido y los saberes que puede llegar a tener esa persona; y podemos transitar junto a la persona ayudándole a construir los andamiajes necesarios para llegar a esa zona de desarrollo próximo. Destaca que, de este modo, las personas con las que trabajamos “experimentan una nueva sensación de agencia personal: sienten que son capaces de ordenar su vida, de intervenir para afectar su curso según lo que pretenden, y de hacerlo en armonía con sus saberes de vida y habilidades para vivir” (White, 2016, p.299).

La externalización es una práctica característica del enfoque narrativo. Se trata de un abordaje que anima a la persona/familia a cosificar o personificar los problemas que les están generando malestar, que les oprimen de algún modo (White y Epston, 1993). Esto permite a las personas describirse a sí mismas y a sus relaciones de manera diferente, facilitando la construcción de una narrativa alternativa (Madsen, 2007). Además, lejos de desresponsabilizar a las personas en el mantenimiento de los problemas que manifiestan, les ayuda a ampliar su marco de acción, permitiéndoles asumir responsabilidades en su disolución (White y Epston, 1993). El descubrimiento de acontecimientos excepcionales permite identificar, en la narrativa que presenta el cliente, “evidencia de otras posibles historias o narrativas de su identidad” (Tarragona, 2006, p.253).

Las prácticas narrativas utilizan diferentes recursos conversacionales, además de la externalización, para dar soporte y apoyo a los procesos de cambio de los clientes, entre otros. La remembranza o re-cordar conversaciones tiene el potencial de que el cliente pueda honrar a algunos miembros significativos en su vida, descartando a otros que no desea para el “club de su vida” (Agudelo y Estrada, 2012); así, el cliente reflexiona sobre las influencias positivas que han tenido en su vida determinadas personas, y también reflexiona sobre la influencia que él mismo ha tenido en la vida de dichas personas. El trabajo con “testigos externos” (Tarragona, 2006) es una variante de los equipos reflexivos de Andersen (1994), que facilita el “contar y recontar” las historias, ayudando a los clientes a construir de otro modo su identidad. También puede incluirse una ceremonia de definición, de modo que la historia del cliente se vea validada y fortalecida (Tarragona, 2006).

Las cartas con finalidad terapéutica (cartas de invitación, cartas de contra-derivación, cartas de reflexión post-sesión, entre otras) se utilizan para transformar las vivencias del cliente en una narración que “tenga sentido [,] de acuerdo con los criterios de coherencia y realismo”

(White y Epston, 1993, p.130). Los contradocumentos, por otra parte, son documentos alternativos que pueden contribuir a que la persona se vea reconocida por su entorno, como sucede con los trofeos o los certificados. Algunos ejemplos son (White y Epston, 1993): certificado de huida de la culpabilidad, certificado de cazafantasmas, certificado de victoria sobre los malos hábitos.

1.8 Panorama actual. Entre dos paradigmas

A lo largo de las últimas décadas han emergido a nivel internacional propuestas terapéuticas de muy diversa índole para intervenir con familias en situación de especial dificultad (FED), y que parten de postulados teóricos relacionados con el enfoque ecológico-estructural, el enfoque narrativo, el enfoque centrado en soluciones. También hay autores que señalan la necesidad de disponer de diferentes modelos y enfoques, de modo que se puedan ir integrando para dar una atención realmente individualizada a cada familia. Así, por ejemplo, Sharlin y Shamai (2000) proponen disponer de una “caja de herramientas” en la que se incluyan técnicas de diferentes enfoques teóricos, y animan a los profesionales a que las vayan usando en función de las necesidades específicas de cada caso. Su lema es “si funciona, entonces utilízalo”. Y nosotros añadiríamos la premisa de que sea, también, respetuoso y colaborativo.

Así pues, ya se están llevando a cabo de manera exitosa algunas intervenciones con familias que se inscriben en la cuarta oleada mencionada anteriormente. Rodríguez, Mosteiro y Sobremonte (2017) señalan que los programas de preservación familiar en Bizkaia trabajan para el fortalecimiento del sistema familiar, pasando de una visión centrada en déficits a una visión más positiva, centrada en las capacidades de los miembros de la familia. Sin embargo, todavía perduran modelos e intervenciones basados en la segunda oleada, y, por ende, basados en la cibernética de primer orden. En efecto, la intervención con familias desde el Trabajo Social se encuentra actualmente en un momento de transición entre dos paradigmas (especialmente en países del sur de Europa, como España o Portugal): modernista y posmodernista (Madsen, 2007; Sousa y Eusébio, 2005; Sousa, Ribeiro, y Rodrigues, 2006). El primero se enmarca en una visión tradicional, que proviene del paradigma positivista, que considera que el profesional es el que sabe, está en posición “up” con respecto a la persona/familia, y que implica un enfoque basado en déficits, en las carencias que presentan. Esta perspectiva tradicional se sitúa en la primera cibernética, entendiendo que el observador (en este caso, el trabajador social) es alguien externo al sistema, que puede observarlo, estudiarlo, analizarlo, y proponer los cambios que considere necesarios, en aras de ayudar a la familia a alcanzar niveles más normativos de funcionamiento social. El segundo paradigma se enmarca en el posmodernismo, considerando que el profesional y la persona/familia están en un mismo plano, que la familia es experta, que se debe honrar su sabiduría y que el profesional, desde una posición de “no saber” (Anderson, 1999), obtiene el permiso de la familia para, de manera conjunta, iniciar una investigación

colaborativa en la que puedan comprender lo que sucede, y que puedan decidir conjuntamente cómo quiere la persona/familia dirigir su vida, hacia dónde desea llegar, de qué manera va a eliminar los obstáculos para llegar a esa visión preferida de sí misma, y cómo van a trabajar juntos para que eso suceda. Este segundo paradigma se ancla en la segunda cibernética, que asume que el observador forma parte del sistema que observa, co-construyendo la realidad junto con la persona/familia, y participando en la generación de narrativas alternativas, que permitan a la persona/familia explorar nuevos modos de ser y de estar en el mundo.

Como decíamos, en la actualidad estos dos paradigmas se superponen, y diversos estudios han demostrado que, en general, los trabajadores sociales, si bien son cada vez más conscientes de la importancia de detectar y ampliar las capacidades y fortalezas de la persona/familia, todavía desarrollan prácticas basadas en ese primer paradigma, en ese enfoque centrado en déficits (Sousa y Rodrigues, 2008a; Tausendfreund, Knot-Dickscheit, Schulze, Knorth, y Grietens, 2016). Esto puede generar disonancias cognitivas en los profesionales, que muchas veces se sienten sobrepasados cuando trabajan con familias en situación de especial complejidad, y que manifiestan dificultades para poder desarrollar un enfoque basado en capacidades (Madsen, 2007; Shamaï, 2005; Sharlin y Shamaï, 2000).

Y es con este telón de fondo en el que se enmarca esta investigación, que pretende conocer el alcance del enfoque colaborativo en los procesos de intervención que llevan a cabo los trabajadores sociales de atención primaria con familias en situación de especial dificultad.

CAPÍTULO II:
FAMILIA MULTIPROBLEMÁTICA. CONCEPTO, TERMINOLOGÍA E
INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL

FAMILIA MULTIPROBLEMÁTICA. CONCEPTO, TERMINOLOGÍA E INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL

2.1 Introducción

En este capítulo nos centraremos en la conceptualización de las familias denominadas tradicionalmente “multiproblemáticas”. Detallaremos las reflexiones que han realizado a lo largo de la historia diversos autores en el panorama internacional, tanto en relación a las características habituales o perfil típico que presentan estas familias, como en relación a diferentes estrategias, técnicas, habilidades y destrezas que han ido implementando los trabajadores sociales con esta población.

Si bien no es objeto de esta tesis profundizar sobre las diferentes formulaciones que se han ido haciendo de las intervenciones psicosociales en diferentes momentos históricos, consideramos que sí que resulta interesante comprender la lógica subyacente, dado que el prisma que se utiliza en cada momento matiza la manera en la que se desarrolla la práctica profesional. Así, veremos que las intervenciones en relación a la pobreza tuvieron inicialmente un fuerte componente de beneficencia y caridad, dando paso, progresivamente, a una sistematización y profesionalización de la intervención social, incidiendo en la importancia del desarrollo comunitario y de la óptica ecológico-sistémica.

2.2 Familias multiproblemáticas y pobreza

La concepción de las familias con múltiples y complejos problemas está fuertemente asociada al concepto de pobreza. Se han desarrollado diferentes enfoques a lo largo de la historia para hacer frente a situaciones de pobreza. Así, la pobreza y la locura estuvieron íntimamente relacionadas durante el siglo XVIII, y la beneficencia era la tónica general tanto en Europa como en Estados Unidos. En España, Luis Vives es uno de los precursores de la asistencia social, y ya en la década de 1520, propone la figura de las visitadoras de pobres, y durante el siglo XIX las damas de la caridad se encargaban de la beneficencia (Sanz, 2001). El Estado va asumiendo esta tarea poco a poco. En España actualmente todavía tienen un peso importante las instituciones eclesíásticas en la provisión de bienestar social. Así, Cáritas, por ejemplo, recibe fondos del Estado para llevar a cabo programas de ayuda social similares a los ofrecidos desde los servicios sociales municipales. Volviendo al recorrido histórico que veníamos comentando, la ayuda a los pobres se caracterizaba por la caridad y las acciones de beneficencia.

Posteriormente, la revolución industrial facilitó la incorporación de los pobres al mundo laboral (Coletti y Linares, 1997). Es en ese momento, cuando la comunidad científica comienza a mostrar su interés en las personas pobres (Linares, 1997). Así, las primeras reflexiones teóricas en torno a la intervención psicosocial con familias tienen lugar en el siglo XIX, cuando crece el interés por comprender las causas que subyacen a la pobreza y otros problemas sociales.

Sin embargo, no es hasta la segunda mitad del siglo XX cuando comienzan los intentos de sistematizar la intervención de las profesiones de ayuda. En España, por ejemplo, se crea en Barcelona, en 1932, la primera Escuela de Asistencia Social para la mujer (Sanz, 2001). Le seguirá, en 1939, la Escuela de Formación Familiar y Social (situada en Madrid). Tras la dictadura franquista, comienza en nuestro país el desarrollo social comunitario, y se incide en la importancia de la planificación.

Tabla 1. De la caridad a la sistematización de la profesión de Trabajo Social en España	
Hasta el siglo XVIII	Pobreza y locura, íntimamente relacionadas
Siglo XVI	Luis Vives--- propone visitadoras de pobres
Siglo XIX	- Damas de la caridad---- encargadas de la beneficencia - Primeras reflexiones teóricas sobre la intervención psicosocial con familias
Siglo XX	- Primeros intentos de sistematizar la intervención de las profesiones de ayuda - 1932--- Escuela de Asistencia Social (Barcelona) - 1939--- Escuela de Formación Familiar y Social (Madrid) - Tras dictadura franquista, comienza el desarrollo social comunitario

Fuente: elaboración propia

Desde el fin de la segunda guerra mundial y hasta finales de los años 60, se produjeron cambios significativos en las actitudes hacia las familias multiproblemáticas. La segunda guerra mundial genera una desaceleración económica que disminuye los recursos para las familias pobres y desorganizadas, y a esto se suma la falta de evaluación de los programas existentes. La falta de conocimientos teóricos y prácticos fue suplida por el entusiasmo de los “pioneros” en estas intervenciones (Sharlin y Shamaí, 2000). A medida que se fueron implementando programas para trabajar con familias en situación de especial dificultad, se tecnificaron cada vez más las intervenciones, a partir de las evaluaciones efectuadas, tanto de proceso como de resultados.

2.3 Primeros programas de intervención con familias en situación de especial complejidad

Veamos a continuación tres proyectos relevantes para el campo de intervención con familias en situación de especial complejidad, que se implementaron entre 1950 y 1980.

El proyecto más influyente en la intervención con estas familias tras la segunda guerra mundial se desarrolla en Minnesota, el Family Centered Project of St. Paul (1947-1968). Sharlin y Shamai (2000) explican que busca mejorar la intervención psicosocial que se realiza con familias pobres y desorganizadas. Persigue cuatro objetivos:

1. Servicios domiciliarios para familias con dificultades para realizar el cambio.
2. Enfoque sobre la totalidad de la familia.
3. Actitud de trabajo colaborativa, consensuando los objetivos de trabajo.
4. Trabajar el fortalecimiento de la familia.

Cabe señalar que este proyecto aboga por la continuidad de la atención, por lo que hay en cada caso un profesional responsable de la familia, que se encarga de coordinar todos los recursos comunitarios necesarios. Si bien en los inicios de las intervenciones con estas familias se realiza un trabajo psicodinámico, posteriormente los profesionales de ayuda se dan cuenta de que hay que trabajar con el contexto social si realmente quieren que los cambios se mantengan en el tiempo, y comienza entonces el interés por el desarrollo comunitario, que tendrá su punto álgido entre 1960 y 1980.

En los años 60 hubo otro proyecto relevante, el New Haven Neighborhood Improvement Project (NIP), en el que ya se remarca la importancia de la intervención comunitaria. Se realiza un trabajo intensivo, incluyendo trabajo de grupo en la comunidad. La evaluación de este proyecto destaca dos aspectos relevantes de la intervención (Sharlin y Shamai, 2000):

1. Énfasis en la organización comunitaria.
2. Amplitud de la intervención que se realiza. Aunque la media son 8 meses de tratamiento, los cambios más importantes y significativos se producen durante los primeros seis meses.

Sharlin y Shamai (2000) destacan asimismo el trabajo desarrollado por Minuchin y colaboradores en el Witnyck School for Boys, durante la década de 1960. Las intervenciones que realizan en esta escuela tienen un efecto significativo en la mejora de la autonomía de las familias multiproblemáticas con las que trabajan. El tratamiento se centra en estructurar fronteras, generar liderazgo en la familia, y construir reglas para reconocer la habilidad de la familia para crear un sistema organizado. Este equipo recomienda trabajar con toda la familia, teniendo más en cuenta las capacidades y fortalezas de la familia que la patología existente, aspecto que será compartido posteriormente por autores más actuales expertos en la materia, y que provienen de diferentes países, como Evan Imber-Black y William Madsen (Estados Unidos), Schlomo Sharlin y Michal Shamai (Israel), Valentín Escudero (España), o Liliana Sousa (Portugal).

2.4 Nomenclaturas que han recibido las familias en situación de especial dificultad a lo largo de la historia.

Las familias multiproblemáticas han recibido diferentes nomenclaturas a lo largo de la historia del Trabajo Social. Presentamos a continuación un breve recorrido histórico de cómo se conceptualiza la pobreza y la intervención psicosocial en las diferentes épocas de la sociedad occidental, así como de las diferentes terminologías utilizadas. Explicamos también cuál es, a nuestro juicio, el término que mejor define a estas familias, y sobre todo el que mejor encaja con el estilo relacional que, con esta tesis, proponemos implementar para facilitar un verdadero trabajo conjunto entre el trabajador social, la familia y el resto de sistemas de soporte implicados -tanto redes naturales de apoyo como sistemas de apoyo formal-.

Las familias pobres con múltiples problemas han recibido diferentes nomenclaturas, en función de dónde pone el énfasis el autor: multiproblemáticas, multiestresadas, suborganizadas, asociales, disfuncionales, etc. A continuación, se presentan algunas de estas definiciones, para poder comprender cómo se han ido articulando los estudios y modelos teóricos en torno a la intervención con estas familias.

Minuchin y sus colegas distinguen, en los años 60, un sub-grupo de familias con unas características particulares de desorganización y patología, que además están en contacto permanente con instituciones, agencias y servicios (Reder, 1986). Denominan a estas familias “disfuncionales”, señalando las dificultades que tienen en su funcionamiento social. Años después, profundizan en la intervención con familias pobres afectadas por crisis múltiples, poniendo el énfasis en la interrelación de las familias con su entorno, y reflexionando sobre el papel de los profesionales en el proceso de cambio (Minuchin, Colapinto, y Minuchin, 2009).

En la década de 1970, Mazer desarrolla un estudio en Martha's Vineyard (Massachusetts) para conocer las características demográficas de los hogares denominados “multiproblema”. Para ello, recoge datos durante cinco años de 63 familias multiproblemáticas con dificultades psicosociales y psiquiátricas. La multiproblematicidad se define aquí en términos de frecuencia, y se compara el grupo experimental con dos grupos control, lo que permite establecer comparaciones entre ellos (Mazer, 1972). En este estudio también se refleja que muy pocas de las familias participantes, a pesar de la multitud y complejidad de sus problemas, habían recibido asistencia social. En el siguiente capítulo analizamos en detalle este y otros estudios, como el de Matos y Sousa (2004), profundizando en la organización de los soportes formales e informales en estas familias, pero en este apartado queremos remarcar que hace 50 años ya se planteaban interrogantes teóricos en torno a si las familias en situación de especial complejidad reciben o no el apoyo necesario, en qué se basan para solicitarlo, qué elementos pueden frenarles en esa toma de decisiones, etc.

Continuamos con autores que plantean reformulaciones del término a lo largo de la década de los 70. Así, Tierney (1976) opta por el término “familias excluidas”, señalando así las

dificultades de relación de estas familias con su entorno social. Explica en su tesis doctoral que justamente esa falta de integración de estas familias en su entorno más amplio es lo que dificulta su adecuado funcionamiento social.

Selig (1976) considera que la noción de “familia multiproblemática” es en realidad un mito, y que lo que es multi-problema es el modo en que los servicios conectan con las familias. En efecto, este autor plantea que la fragmentación de los servicios y los continuos cambios de profesional dificultan una atención integral y coordinada hacia estas familias, y aboga por la revisión de los procesos y procedimientos de prevención y tratamiento. A pesar de que ya hace más de 50 años que Selig planteó estas cuestiones, no están superadas hoy en día, y, como iremos viendo a lo largo de este trabajo, diversos autores han profundizado sobre este extremo desde los años 80 y hasta la actualidad (Colapinto, 1995; Escudero, 2013; Imber-Black, 2000, 2010; Madsen, 2014a; Sharlin y Shamai, 2000).

En la década siguiente, diferentes autores proponen nomenclaturas alternativas. Así, Hoffman (1981) sugiere que, en lugar de clasificar y etiquetar de modo inamovible a las familias, se puedan situar a lo largo de un continuum que describa el funcionamiento familiar, de manera que puedan ir transitando o fluctuando de una categoría a otra. Como vemos, enfatiza el hecho de que los niveles de funcionamiento familiar pueden ser más o menos óptimos, en función de los eventos del ciclo vital, la resolución de las crisis que atraviesan, etc.

Aponte (1986), trabajador social estadounidense de reconocido prestigio a nivel internacional, considera que el término que mejor describe a estas familias es el de “familias sub-organizadas”. Señala que los problemas de las familias pobres y desorganizadas no se limitan al ámbito económico. El concepto de sub-organización que sugiere este autor para caracterizar a estas familias, implica que las estructuras familiares son limitadas, tanto en número como en complejidad, aspecto analizado posteriormente por autores como Imber-Black (2010), Matos y Sousa (2004), o Minuchin, Colapinto y Minuchin (2009). Además, estas estructuras están faltas de coherencia y de continuidad, y por ello son relativamente inflexibles. Siguiendo esta misma idea, Minuchin et al. (2009) consideran que estas familias pueden considerarse “disfuncionales”, justamente por esa falta de acople en cuanto al funcionamiento social. En el siguiente apartado se proponen diferentes respuestas que pueden aplicar los trabajadores sociales a estas familias, de modo que les den soporte para que puedan crear estructuras familiares que resulten más funcionales.

Reder (1986), por su parte, sostiene que el término “familia multi-agencia” sería más adecuado para nombrar a estas familias. Estas familias multi-asistidas por diferentes instituciones presentan problemas no solo en las relaciones dentro de la familia, sino también entre la familia y la red profesional. Además, también se dan dificultades relacionales entre los miembros de la propia red profesional, así como entre la familia, la red y el centro o servicio al que han sido derivados (Reder, 1986). Estas dificultades relacionales han sido analizadas por

diversos autores desde los años 70 hasta la actualidad (Colapinto, 1995; Escudero, 2009, 2013; Imber-Black, 1991; Minuchin et al., 2009; Selig, 1976). En el siguiente capítulo se detallan las características principales de estas familias a nivel relacional, así como las estrategias que pueden orientar la intervención profesional.

En los años 90, Polansky las denomina “familias negligentes”, señalando que estas familias poseen una serie de elementos estructurales que les caracterizan. Así, suelen ser extremadamente pobres, con tendencia a la monoparentalidad, y una media de hijos más elevada que las familias que no son negligentes (Gaudin, Polansky, Kilpatrick, y Shilton, 1996).

En esta misma década, la estadounidense Imber-Black realiza importantes aportaciones al estudio teórico y a la práctica de la intervención psicosocial con estas familias, aunque hasta el año 2000 no se traduce al español su libro “Familias y sistemas amplios”, uno de los referentes teóricos más importantes en la evaluación de las relaciones entre las familias y los sistemas de apoyo –formales e informales-. Así, Imber-Black (1991) remarca la importancia de las relaciones de las familias multi-problema con los sistemas más amplios, incidiendo en la necesidad de distinguir a aquellas familias que mantienen relaciones temporales con los servicios de apoyo formal, de aquellas otras que requieren una relación permanente con estos servicios.

En España hay que señalar el libro compilado por Coletti y Linares (1997) sobre la intervención con familias multiproblemáticas desde servicios sociales, en el que enfatizan la importancia del enfoque sistémico en la intervención con estas familias.

Colapinto es un autor argentino que introduce el término “familias diluidas” (Colapinto, 1995). Este autor reflexiona sobre las implicaciones de las intervenciones que realizan los servicios de ayuda formal en relación a las familias con múltiples problemas. Explica que, en muchas ocasiones, los profesionales y los servicios tienden a realizar funciones sustitutorias de aquellas que deberían ostentar los miembros de la familia, contribuyendo a la dilución de los problemas familiares (Colapinto, 1995; Minuchin et al., 2009). En el siguiente apartado detallamos la postura de este autor y de otros que, con posterioridad, han ido realizando aportaciones para comprender -y, por ende, prevenir- esa dilución de las responsabilidades familiares por parte de las familias.

2.4.1 Aportaciones partir del año 2000

En el siglo XXI la mayoría de autores han realizado sus aportaciones teóricas partiendo de las sugerencias de expertos en la materia -como Imber-Black o Madsen-, aumentando el interés por la adecuada conducción del caso, no solamente en relación al propio sistema familiar, sino también en relación al resto del equipo multiprofesional, que incluye a profesionales del propio servicio en el que se ubica el trabajador social responsable del caso, pero también a otros profesionales de servicios de salud, educativos, de orientación laboral, etc.

Si repasamos los trabajos publicados en España en los últimos 20 años, vemos que hay diferentes autores que han ido realizando aportaciones sobre familias multi-problema. Destacan tres tesis doctorales relacionadas con la intervención desde el trabajo social con familias en situación de especial dificultad: Navarro (2004), Rodríguez (2013), Chagas (2014). Además, autores como Valentín Escudero o Ricardo Ramos han realizado rigurosas aportaciones al estudio y a la intervención con estas familias. Iremos viendo las aportaciones de estos autores a lo largo de este trabajo, pero ahora nos centramos en las propuestas de nomenclatura que se han ido realizando. En este sentido, Escudero sugiere el término “familias en situación de especial cronicidad”, así como el de “familias multi-estresadas” (Escudero, 2009, 2013), con pocos recursos económicos y rodeadas de instituciones que intervienen con ella. Este autor señala que las relaciones entre estas familias y los servicios de ayuda están impregnadas de desconfianza, y que precisamente son las dificultades relacionales entre las familias y los profesionales las que obstaculizan una intervención exitosa.

Volviendo al panorama internacional, William C. Madsen es un terapeuta familiar estadounidense, especialista en la intervención con familias multi-estresadas. Ha publicado diversos artículos en relación a este tema, así como dos libros, uno sobre intervención colaborativa con familias multi-estresadas (Madsen, 2007), y otro sobre la ayuda colaborativa y el enfoque en fortalezas en los servicios de ayuda que se implementan desde el hogar (Madsen y Gillespie, 2014).

Madsen (2007) nombra a estas familias como “multi-estresadas”, enfatizando, en la línea de Reder (1986), la interacción de estas familias con los sistemas más amplios. Señala que muchas veces, los sistemas de soporte formal dificultan aún más la situación de las familias, empeorando problemas que, en teoría, deberían ayudar a solventar, hecho sobre el que también han realizado sus aportaciones autores como Colapinto (1995) o Coletti y Linares (1997). Este autor también se refiere a estas familias como “familias en situación de dificultad clínicamente diagnosticada”, incidiendo en la valoración profesional para determinar la pertinencia de diagnosticar a una familia como “en situación de especial dificultad” (Madsen, 2007).

Madsen (2006, 2011, 2014b) continúa investigando sobre estos aspectos en la actualidad, centrándose en la interacción del profesional con la familia, pero también reclamando la necesidad de utilizar un enfoque colaborativo con el resto de profesionales implicados en el caso (Madsen, 2011; Madsen y Gillespie, 2014). El enfoque colaborativo es una perspectiva que, a nuestro juicio, resulta especialmente útil para la conducción exitosa de la intervención con familias en situación de especial complejidad. Además, consideramos que el enfoque colaborativo debe aplicarse también en el trabajo que lleva a cabo el equipo multiprofesional. Así pues, a lo largo de este trabajo desarrollaremos en qué consiste el enfoque colaborativo con familias multi-estresadas, detallando estrategias basadas en la evidencia empírica, que se han demostrado exitosas en la intervención desde el trabajo social con estas

familias. También profundizaremos en el establecimiento de un adecuado enfoque de las relaciones entre los diferentes profesionales y servicios implicados, señalando estrategias, técnicas, habilidades y destrezas que los trabajadores sociales pueden poner en práctica para facilitar una atención psicosocial integral de las familias atendidas.

Liliana Sousa es una psicóloga que desarrolla su labor de investigación en Portugal (Universidad de Aveiro), y ella opta por mantener la nomenclatura tradicional de “multi-problema” en sus artículos, en los que se centra en dar a conocer los resultados de las investigaciones que ha ido implementando en la última década. Ha realizado diversas investigaciones con familias multi-problema, y ha analizado el discurso de los profesionales de primera línea (incluyendo a trabajadores sociales, médicos de cabecera, etc.), así como el de las familias atendidas por sistemas de soporte formal. Iremos remarcando sus aportaciones a lo largo de toda la tesis, ya que es la autora más prolífica en este campo en la actualidad -en revistas de impacto-, y sus aportaciones, basadas en la evidencia empírica, han servido de importante base para la elaboración del instrumento que hemos aplicado. Cabe remarcar que, si bien no propone ninguna nomenclatura alternativa, en un estudio que realiza en el año 2004, propone 7 categorías de familia, para poder clasificarlas según las problemáticas que presenten (Matos y Sousa, 2004). Profundizaremos sobre ello en el siguiente apartado.

Sharlin y Shamai (2000) son dos trabajadores sociales de Israel que publicaron un libro especializado en la intervención con “*families in special distress*”, que podríamos traducir como “familias en situación de peligro”, o “familias en situación de especial dificultad”. Así las denominan, puesto que entienden que este término engloba la idiosincrasia particular de cada familia conocida tradicionalmente como multi-problema. Cabe señalar que a lo largo del libro también hablan de “familias pobres y desorganizadas”, o de “familias con situaciones de extrema complejidad” (Sharlin y Shamai, 2000). Estos autores inciden en la necesidad de que la intervención con estas familias se nutra de diferentes enfoques (estratégico, centrado en soluciones, narrativa, etc.), dado que la especial complejidad de las situaciones presentadas requiere, valga la redundancia, de respuestas complejas.

Tausendfreund et al. (2016) optan por el término “familias en situaciones multi-problema”, de modo que el concepto de “problema” se adscribe, semánticamente, al entorno de la familia, en lugar de en la propia familia.

Mitchell y Campbell (2011), por otra parte, se basan en la nomenclatura de “familias excluidas” propuesta por Tierney en su tesis doctoral (Tierney, 1976), centrándose en las interacciones de la familia con el ambiente. Pannebakker et al. (2018) recuerdan la inespecificidad del término “familia multi-problema”, y sugieren la necesidad de clarificar, en los estudios que se desarrollen, qué familias son susceptibles de verse incluidas en esa categoría. Kolthof, Kikkert, y Dekker (2018) consideran que es necesaria una definición más concreta de lo que constituye una familia multi-problema, y proponen hacerlo a partir de los factores de

riesgo que presenten, argumentando que esto permitirá del desarrollo de la investigación científica en este campo.

Finalizando este recorrido histórico por las nomenclaturas alternativas que han ido recibiendo las familias multi-problema, cabe señalar que Arditti, Burton, y Neeves-Botelho (2010) se refieren estas familias como “familias con bajos ingresos y acumulación de desventajas”, señalando que presentan una cascada de dificultades que pueden desencadenar en situaciones que generen alarma y preocupación en el barrio, preocupación de los sistemas profesionales de ayuda, dificultades burocráticas, relaciones íntimas violentas, así como la imposibilidad de gestionar adecuadamente las necesidades de sus hijos. Esta acumulación de desventajas se entiende como la suma de un contexto de deprivación económica crónica y de una serie de sucesos vitales indeseados. Por tanto, esta perspectiva subraya las implicaciones de una serie de déficits y situaciones de estrés –desventaja acumulada- que se dan de modo secuencial, y que afectan al desarrollo humano y social de estas familias. Esta perspectiva de desventaja acumulada conceptualiza dicha desventaja como una cuestión dinámica, que ocurre a lo largo del tiempo, y que es multidimensional (Arditti et al., 2010). Se caracteriza por la existencia de multitud de factores de riesgo contextuales que son importantes para la crianza, como el hecho de residir en un barrio pobre, situación de desempleo, hogares monoparentales con familia numerosa, problemas crónicos –mentales o físicos-, y el hecho de pertenecer a un sub-grupo en situación de desventaja.

Tabla 2. Evolución de nomenclaturas para referirse a familias especialmente vulnerables

Década	Autor/a	Nomenclatura
1960	Minuchin	Familias disfuncionales
1970	Mazer	Hogares multiproblema
	Tierney	Familias excluidas
	Selig	El problema radica en el modo en que los servicios conectan con la familia
1980	Hoffman	Continuum que describa el funcionamiento familiar
	Aponte	Familias sub-organizadas
	Reder	Familia multi-agencia
1990	Polansky	Familias negligentes
	Colapinto	Familias diluidas
2000 en adelante	Escudero	Familias en situación de especial cronicidad
	Madsen	Familias multi-estresadas
	Sharlin y Shamai	Familias en situación de especial dificultad

Tabla 2. Evolución de nomenclaturas para referirse a familias especialmente vulnerables

Tausendfreund, Knot-Dickscheit, Schulze, Knorth, y Grietens	Familias en situaciones multi-problema
Arditti, Button, y Neeves-Botelho	Familias con bajos ingresos y acumulación de desventajas

Fuente: elaboración propia

2.4.2 ¿Qué término utilizar? ¿Qué efectos tiene la elección de un término u otro?

La elección de un término u otro para referirse a estas familias no es una cuestión baladí. Las palabras evocan sentimientos, recuerdos, dotan de connotaciones diversas al concepto. Así, por ejemplo, un profesional puede ver a una madre “entregada y preocupada por la educación de sus hijos”, mientras que otro puede ver a una madre “sobrepotectora, que limita la autonomía de sus hijos”. Evidentemente, las connotaciones que implican los términos “entregada” y “sobrepotectora” son muy diferentes, y facilitan una predisposición determinada en el profesional, bien a considerar -continuando con el ejemplo- ese elemento como un punto fuerte de la madre, bien como una cuestión a la que prestar atención por las posibles consecuencias -falta de autonomía de los hijos-. Aplicando esta misma idea al concepto de familia multi-problema, podemos ver que “familia sub-organizada” evoca una situación de dificultad en el seno de la familia, mientras que “familia envuelta en múltiples instituciones” pone el acento en la relación del sistema familiar con otros sistemas. Es decir, se traslada el foco de atención, centrando la mirada en las cuestiones relacionales de la familia con los profesionales, instituciones y servicios con los que interactúa. Por esta razón, consideramos que el término “familia multi-estresada” es menos estigmatizante que el de “familia multiproblemática”, ya que describe ese sentimiento de sentirse sobrepasados por las dificultades, al tiempo que señala que es debido a los múltiples estresores que están presentes en esa situación. Y cuando alguien está estresado es “por algo” o “por alguien”, pero no necesariamente por una cuestión interna de la persona; en efecto, esos estresores tienen múltiples fuentes, no solo relacionadas con la propia familia, sino también con las relaciones con otros sistemas, ya sean formales o informales. Así, queremos invitar a la reflexión acerca de introducir y consolidar en la literatura científica un concepto más cercano a las prácticas colaborativas que se defienden en esta tesis. En este trabajo utilizamos diferentes modos de referirnos a ellas para que la lectura sea más amena, por lo que usaremos términos como “familia rodeada de múltiples instituciones”, “familia multi-estresada”, “familia en situación de especial dificultad”. Este último es el término por el que optan autores como Sharlin y Shamai (2000). Explican que lo consideran adecuado porque

incluye la presencia de diferentes estresores y dificultades múltiples, además de la desorganización, añadiendo los efectos de interacción que generan estos problemas. Estas dificultades pueden incluir falta de empleo, o bien empleo precario, falta de condiciones dignas de habitabilidad, deudas, abuso de drogas, delitos de robo, violencia, baja formación, falta de habilidades organizativas y/o sociales, etc.

Sería discutible si el término “familia en situación de especial dificultad” realmente evoca todo lo que afirman estos autores. En nuestra opinión, aunque no alude directamente a las problemáticas que se generan en la interacción con los sistemas de ayuda, sí que plantea esa situación “límite” por la que atraviesan estas familias, sin esa carga estigmatizante de la palabra multiproblematicidad; además, las prácticas de estos autores están sustentadas en un enfoque colaborativo, perspectiva que adoptamos también en esta tesis, por lo que consideramos plausible adoptar la misma terminología.

2.5 Características habituales de las familias en situación de especial dificultad

Las familias en situación de especial dificultad o multi-estresadas pueden definirse como familias que experimentan comorbilidad de problemas en múltiples áreas de su vida, como señalan Evenboer, Reijneveld, y Jansen (2018). Pueden provenir de cualquier clase social, pero lo cierto es que las familias con múltiples problemas -severos y crónicos- que están en situación de pobreza son el grupo más visible (Bachler et al., 2016; Sousa y Eusébio, 2005). Así, las familias consideradas tradicionalmente como “multi-problema” suelen tener una larga trayectoria de relación con los sistemas de soporte formal, que son los que identifican a estas familias en situación de especial dificultad como tales, y que proporcionan soporte para la cobertura de necesidades básicas. En muchas ocasiones, además, las familias se mantienen ligadas a los sistemas de apoyo formal por el requerimiento de intervención por parte de los servicios de protección al menor, siendo este el nexo que las vincula a las instituciones de modo no voluntario. Así, parecería que las familias identificadas como multi-problema por los servicios de ayuda, suponen solo un porcentaje de las familias en situación de especial dificultad, y que, por tanto, la selección de la muestra, en el caso de una investigación, podría constituir un sesgo en sí, si se extrae de la población relacionada con servicios sociales. Esta premisa se ve reforzada por el estudio de Mazer (1972), en el que la muestra no se selecciona desde servicios sociales; este autor señala precisamente que solo unas pocas de las familias entrevistadas habían tenido contacto con servicios de soporte formal, lo que sugiere que hay muchas más familias en situación de especial dificultad que las que llegan al sistema formal. En esta línea, Sousa y Eusébio (2005) afirman que las familias multi-problema pobres utilizan de manera complementaria las redes de apoyo formal e informal, pero suelen preferir las informales, ya que permiten reciprocidad, y además el poder está más equilibrado que cuando interactúan con las instituciones y los profesionales que en ellas se ubican.

En cualquier caso, esta tesis pretende analizar la perspectiva profesional en la intervención con estas familias, por lo que nos centraremos en las familias que presentan múltiples problemas, y además una relación cronificada con la red de soporte formal.

A continuación, vamos a ir desglosando las características que pueden presentar estas familias, según la literatura. No podemos olvidar que cada sistema familiar presenta su propia idiosincrasia (Bodden y Dekovic, 2016), y por tanto es complicado realizar una definición o descripción que englobe las posibles casuísticas y configuraciones, ya que son particulares para cada familia. Ello no obstante, las familias en situación de especial dificultad tienden a desarrollar una serie de patrones de interacción que suelen asemejarse entre ellos, lo que facilita el estudio de sus características, así como el planteamiento de estrategias de intervención que pueden ser exitosas.

2.5.1 Perfil típico, según la literatura, de las familias en situación de especial dificultad

En la literatura sobre las familias conocidas tradicionalmente como multi-problema se ha tratado de definir a estas familias. Dicho de otro modo, se han tratado de establecer criterios de inclusión para considerar que una familia es, efectivamente, una familia multi-estresada. Así, Cancrini, De Gregorio y Nocerino (1997) consideran que puede operativizarse del siguiente modo el concepto de familia multi-problema:

1. Presencia simultánea, en dos o más miembros de la misma familia, de comportamientos problemáticos estructurados, estables en el tiempo y lo bastante graves como para requerir una intervención externa.
2. Insuficiencia grave, sobre todo por parte de los padres, de las actividades funcionales y expresivas necesarias para asegurar un correcto desarrollo de la vida familiar.
3. Refuerzo recíproco entre 1 y 2.
4. Labilidad de los límites, propia de un sistema caracterizado por la presencia de profesionales y de otras figuras externas que sustituyen parcialmente a los miembros incapaces.
5. Estructuración, por esta vía, de una relación crónica de dependencia de la familia respecto de los servicios (...). (pp. 52-53)

Panadès (2000) afirma que el concepto de familia con multitud de problemas comporta dos aspectos que deben ser estudiados de forma conjunta. Por una parte, estas familias presentan unas características familiares estructurales y funcionales específicas. Por otro lado, estas familias desarrollan un determinado tipo de relaciones disfuncionales con los servicios.

Si atendemos a las características que habitualmente presentan estas familias, podemos señalar las siguientes (Antich et al., 1994; Bachler et al., 2016; Carballo, Guerra, Panadès, Rosselló, y Vañó, 1994; Panadès, 2000; Rodríguez, 2003):

- Dificultades económicas graves y crónicas. Dependencia de subsidios y ayudas sociales. Suelen obtener entradas económicas de modo ilegal (hurtos, trabajo sin contrato, etc.).
- Carencias importantes a nivel educativo y cultural.
- Violencia intra-familiar.
- Dificultades para desarrollar adecuadamente las responsabilidades de cuidado y educación de sus hijos.
- Tráfico de drogas y/o actividades marginales (delincuencia).
- Abuso de alcohol y/o drogas.
- Repetidos problemas judiciales, en muchas ocasiones ingresos en prisión.
- Rol periférico de los padres en el cuidado de los hijos. Largos períodos en los que solo la madre está presente en el núcleo familiar.
- Viviendas en malas condiciones de salubridad y habitabilidad, con frecuencia en estado de precariedad y abandono.
- Antecedentes de institucionalización de los progenitores.
- Tendencia a la repetición de pautas a través de las generaciones.
- Los menores presentan dificultades tales como: agresividad, problemas conductuales, absentismo escolar, falta de seguimiento pediátrico, etc.
- Usuarios crónicos de servicios sociales.
- Expediente abierto en el servicio de protección de menores y, en ocasiones, también en Fiscalía de Menores.
- Déficits en la red de soporte intrafamiliar y extrafamiliar.
- Formulan demandas que se centran básicamente en la solicitud de recursos económicos.

Hay autores, por el contrario, que han tratado de categorizar las características de estas familias, como Mazer (1972). Este autor categoriza las dificultades a las que hacen referencia estas familias del siguiente modo:

- Desórdenes de salud mental
 - o Tratamiento psiquiátrico
 - o Atención Salud Mental Hospitalaria
 - o Intentos de suicidio
 - o Suicidios
 - o Alcoholismo crónico
- Problemas educativos
 - o Problemas de disciplina en la escuela
 - o Bajo rendimiento escolar
- Problemas conyugales

- Separación conyugal
- Embarazo pre-marital
- Problemas socio-legales
 - Multas
 - Libertad condicional
 - Prisión
 - Delincuencia juvenil
 - Accidentes de coche
 - Alcoholismo agudo

Mazer (1972) señala que, en su investigación, casi un tercio de los 244 miembros de las 63 familias multiproblemáticas analizadas, ha tenido al menos un episodio de tratamiento por dificultades relacionadas con salud mental. Aproximadamente uno de cada cinco adolescentes de estas familias ha tenido problemas graves de disciplina, y bajo rendimiento académico. Cabe señalar que al comparar los datos con los de los grupos control, no se encontraron diferencias significativas en cuanto a su distribución por clase social, elemento también estudiado por Sousa durante los últimos años. Así, en esta misma línea, Sousa (2005) señala que, a pesar de que puede haber familias multi-problemáticas en cualquier contexto social, cultural y económico, lo cierto es que las familias multi-problemáticas pobres constituyen el grupo más visible.

Sharlin y Shamai (2000) proponen en Israel, ya en la década de 1990, un modelo de intervención terapéutica con familias pobres y desorganizadas. Deciden medir el nivel de vulnerabilidad de las familias con la escala de familias en situación de especial vulnerabilidad “FED scale” (Shamai, Moin, y Sharlin, 2003). Esta escala incluye 22 ítems, clasificados en 9 categorías de vulnerabilidad o peligro:

1. Pobreza
2. Condiciones inadecuadas de vivienda
3. Funcionamiento de pareja deteriorado
4. Funcionamiento deteriorado a nivel parental
5. Problemas relacionados con el funcionamiento de los menores
6. Problemas de salud
7. Abuso de sustancias
8. Actividades antisociales
9. Falta de sistemas de soporte

Para considerar que una familia presenta vulnerabilidad en una de las áreas, debe presentar al menos tres ítems de la misma. Se define una familia como multi-estresada si

presenta vulnerabilidad en al menos cinco áreas, o bien un total de 22 ítems de diferentes áreas (Shamai et al., 2003).

Además de tratar de establecer categorías, se pueden usar modelos específicos para facilitar la evaluación diagnóstica. Así, Navarro (2004), plantea en su tesis doctoral la eficacia del modelo ecológico a la hora de llevar a cabo la evaluación familiar, puesto que permite taxonomizar las necesidades sociales según la función que cumplen los contextos y estructuras de relación. Además, permite clasificar los problemas sociales, atendiendo a los efectos negativos que se puedan producir en la interacción familia-ambiente. También facilita la construcción de un instrumento de medición -indicadores sociales- que pueda operativizar y sistematizar la recogida de datos. Esta autora concluye que las familias en situación de especial dificultad presentan una serie de problemáticas habituales: dificultades de salud mental en uno o ambos progenitores, trastornos conductuales en sus hijos, negligencia o maltrato hacia los menores, fracaso escolar, desempleo, aislamiento social (Navarro, 2004). A esto se añaden en casi todos los casos, situaciones de marginación social y pobreza, así como relaciones cronificadas con servicios de apoyo formal.

2.5.2 Acumulación de desventajas y cronificación de las situaciones

Las familias en situación de especial complejidad presentan lo que podemos denominar “acumulación de desventajas” (Arditti et al., 2010), es decir, las dificultades se van sumando, y como no se llegan a solucionar, los problemas aumentan y se agravan, entrando así en una espiral que facilita esa multiproblematicidad. Bachler et al. (2016) señalan que las familias vulnerables presentan un riesgo elevado de transmisión intergeneracional de las dificultades, afirmación que también realizan Tausendfreund et al. (2016). Así, es frecuente que hayan tenido experiencias previas con otros servicios personales, pero que no se hayan llegado a solventar las situaciones-problema, por lo que continúan interaccionando con diversos profesionales de ayuda. Así, cuando el trabajador social las conoce, ya tienen un amplio bagaje experiencial acerca de lo que puede suponer el contacto con el sistema de apoyo formal. Bachler et al. (2017) afirman que este tipo de familias presentan tasas más elevadas de abandono, así como un menor grado de cumplimiento de los objetivos y tareas acordados con los profesionales.

Por tanto, estamos hablando, en la mayoría de ocasiones, de familias que llevan muchos años (quizás incluso generaciones) arrastrando problemas de diversa índole, y muchas veces esa cronicidad supone un elemento que dificulta poder generar una relación de ayuda que permita el proceso de cambio deseado. En efecto, cuando una familia lleva mucho tiempo en situación de riesgo sin que se produzcan avances, o bien los avances son insuficientes y de carácter cíclico, se generan sentimientos de desazón, no solo en la familia, sino que se extienden a la red de profesionales que interviene.

Esta cronicidad de la adversidad facilita la transgeneracionalidad de sus dificultades (Colapinto, 1995), entre otras cuestiones que iremos viendo a lo largo de este trabajo. En estas familias es relativamente sencillo que se produzca una dilución de los procesos familiares, esto es, la transferencia progresiva de las fortalezas y competencias familiares hacia terceros (Gómez y Kotliarenko, 2010), ya que en los profesionales se despierta a menudo un sentimiento de protección excesiva hacia el sistema familiar, basado en la falsa creencia de que la familia no podrá, por sí sola, desarrollar las capacidades necesarias para afrontar su situación.

Escudero (2013) ha realizado una investigación con más de 100 profesionales de ayuda, y plantea una serie de factores que suelen darse en contextos cronificados. Los clasifica en características contextuales, características familiares y una serie de actitudes o posicionamientos ante los problemas por parte de ambos (familia y profesional). Como veremos a continuación, algunas cuestiones hacen referencia no solo a cuestiones relacionadas con el sistema familiar, sino también a las actitudes o actuaciones de los profesionales, por lo que ahora nos limitamos a enunciar estas cuestiones, y ya profundizaremos en ellas en siguientes apartados.

Las características contextuales de la cronificación, según Escudero (2013), son las siguientes: una historia de intervención prolongada, reiterada y múltiple; relación de dependencia con servicios sociales; existencia de trastornos o disfunciones que requieren atención prolongada y reiterada; secuencia reiterada de acontecimientos vitales negativos; pobreza y aislamiento social; intervenciones reiteradas fallidas, que generan sentimientos de frustración; una larga historia de conflicto, a veces a través de generaciones; descoordinación en el sistema profesional de ayuda; judicialización del contexto de intervención.

En cuanto a las características familiares que suelen darse en contextos cronificados, según Escudero (2013), estarían las siguientes: historia de desprotección en los padres; secuencia intergeneracional de contextos de riesgo; adicciones en dos o incluso tres generaciones; secuencia de roles familiares cambiados o invertidos en dos o tres generaciones; dificultades relacionadas con un trastorno del apego en más de una generación; extensión de las dificultades severas a varios miembros de la familia; conflicto de pareja no afrontado; estilo familiar aglutinado-caótico. En esta misma línea, Bachler et al. (2016) señalan que las familias multiproblemáticas muestran dificultades a nivel parental, tienen un estatus socio-económico bajo, así como condiciones de deprivación.

Por último, Escudero (2013) plantea que hay una serie de posicionamientos o actitudes ante los problemas, que están presentes en la mayoría de contextos cronificados. En primer lugar, señala las expectativas negativas de los profesionales sobre la familia, y a la inversa; acomodación o victimización de la familia frente a los profesionales; historia de mala relación entre la familia y los servicios sociales, dificultades de colaboración muy arraigadas; intervenciones en contexto de control que se dilatan en el tiempo (sin conseguir grandes

resultados); ocultación y/o minimización de problemas y de síntomas; dilución de responsabilidades entre los profesionales.

La experiencia previa con profesionales de servicios personales parece influir en el desarrollo de una adecuada alianza terapéutica. Así, de Greef et al. (2018) concluyen en su estudio que los clientes que ya tienen experiencia con servicios de soporte formal presentan menores niveles de alianza precoz, mientras que las expectativas positivas respecto al proceso psicoterapéutico se relacionan con la generación de alianzas más sólidas con los profesionales.

Como ya hemos remarcado al inicio, cada familia es única, y presenta su propia idiosincrasia. Ello no obstante, diferentes autores han ido recopilando en sus estudios e investigaciones aquellas características más comunes o habituales que suelen presentar estas familias. Esto facilita el estudio de este fenómeno, aunque una mera descripción no es suficiente para que se produzcan cambios en las intervenciones profesionales. El siguiente paso será, pues, determinar qué facilitadores pueden implementar los profesionales cuando trabajan con familias en situación de especial dificultad, de modo que se minimicen las consecuencias de las características que presentan.

2.6 Cuestiones relacionales y sus implicaciones para la intervención psicosocial

Las familias en situación de especial dificultad presentan, como hemos visto, una serie de particularidades que las diferencian del resto de familias que se relacionan con servicios sociales. Así, tienden a desarrollar relaciones conflictivas con profesionales de ayuda y sus respectivas instituciones (marcadas casi siempre por experiencias pasadas fallidas), y las interacciones iniciales con cada nuevo profesional se caracterizan por la desconfianza o el recelo hacia ese recurso formal. Veamos con más detalle qué tipos de apoyos reciben este tipo de familias, qué dificultades se dan habitualmente entre las familias y los profesionales de ayuda, así como las implicaciones que todo ello tiene en la intervención socio-relacional.

2.6.1 Apoyos que reciben las familias en situación de especial complejidad

Las familias disponen de diferentes tipos de apoyo social. Si se clasifica el apoyo social según su fuente, podemos distinguir entre apoyos formales e informales. Los apoyos del sistema formal serían aquellos que proveen las agencias e instituciones, mientras que los apoyos informales son los recibidos por parte de familia extensa, amigos, vecindario, etc. Diferentes estudios sobre el apoyo que buscan y reciben las familias multi-problema sugieren que éstas tienden a buscar antes apoyos informales, y que los recursos formales son el último recurso que tratan de activar.

Matos y Sousa (2004) realizan un estudio con el objetivo de analizar las relaciones entre las familias multiproblemáticas y los agencias o servicios con los que interaccionan, y en particular cómo las familias tratan de encontrar apoyo en estos sistemas más amplios. Esta

investigación recoge datos de 56 hogares “multi-problema”, utilizando una entrevista semiestructurada que se realiza a los cabezas de familia (sean hombres o mujeres).

El objetivo principal de la investigación de Matos y Sousa (2004) es analizar la relación de las familias con las redes formales de apoyo, y más específicamente:

- Definir quién establece el primer contacto
- Analizar el proceso de buscar apoyo
- Categorizar las formas de apoyo buscadas
- Analizar la duración del apoyo
- Conocer la satisfacción con el apoyo recibido

A través de un estudio de caso, las autoras explican que, en Portugal, las intervenciones siguen siendo una acumulación de diferentes apoyos que se dan desde diferentes servicios, careciendo de la integración necesaria para dar una respuesta integral a la familia. A esto se suma el hecho de que las familias tienden también a tratar de obtener ayuda desde diferentes agencias sociales, y de momento no hay modo alguno de impedir este proceso (Matos y Sousa, 2004).

Cabe señalar que, en cuanto al análisis de género, este estudio confirma, en consonancia con la literatura existente, la importancia del papel de las mujeres tanto en la interacción con las agencias sociales, como con las redes sociales informales.

33 de las 56 familias del estudio de Matos y Sousa (2004) estaban recibiendo algún apoyo o ayuda de una o varias agencias (públicas o privadas). El tipo de apoyo es muy diverso, y se concreta de dos formas principales: ayuda en especie (alimentos, medicamentos) o ayuda financiera, bien entregada directamente a la familia, bien realizando una entrega indirecta (pago de guardería, por ejemplo). En cuanto a la duración del soporte, establecen las siguientes categorías:

- Soporte de corta duración o de emergencia
- Apoyo transitorio de duración media
- Apoyo de larga duración

¿Cómo se procesa la búsqueda de apoyo? Matos y Sousa (2004) proponen, a partir de los resultados obtenidos, la siguiente clasificación:

- La familia busca ayuda (23 casos de los 56 analizados). Esta categoría incluye
 - o Auto-iniciativa. La familia conoce los tipos de apoyo brindados por las instituciones y busca los servicios oportunos cuando considera que está en situación de necesidad.
 - o Referencia. La familia desconoce los programas institucionales, pero alguien que conoce tanto a la agencia social como a la familia, sugiere esta iniciativa y la familia comienza a buscar ese apoyo institucional.

- Delegación a otros familiares. La iniciativa parte de la familia, pero el primer contacto se delega a otro familiar que no pertenece al hogar.
- Las agencias sociales identifican a las familias en riesgo.
 - Los profesionales toman conciencia de algunas necesidades familiares a través del intercambio institucional.
 - Los servicios de bienestar social realizan consultas dentro de la comunidad para identificar situaciones de riesgo social.
- Alguien -familiar, amigo- establece contacto con la agencia (7 casos de los 56 analizados). Normalmente esa persona no solo informa a la agencia social, sino que también ayuda a la familia con las demandas del proceso burocrático.
- Familia realiza el primer contacto, sus peticiones son denegadas, y nunca restablecen el contacto, incluso cuando aumenta la privación.

Matos y Sousa (2004) consideran que cuando se produce una ausencia de apoyo-búsqueda por parte de las familias, tiene que ver en ocasiones con el desconocimiento por parte de las familias de los servicios de bienestar social –tendiendo, por tanto, a asumir una actitud de “enfrentar los problemas”. Además, los sentimientos de vergüenza asociados a la solicitud de apoyo pueden impedir ese apoyo-búsqueda. Para terminar, cabe destacar que algunas familias no creen en la eficacia del apoyo institucional, dificultando el hecho de solicitar ayuda.

A partir de los resultados, Matos y Sousa (2004) proponen siete categorías de familias:

- Familias “ajenas”. Rechazan la existencia de problemas, por lo que no tratan de buscar apoyo.
- Familias “resignadas”. Renuncian a buscar apoyo formal después de un primer rechazo, y deciden hacer frente a su situación por su cuenta.
- Familias “persistentes”. Insisten en obtener apoyo de diferentes agencias sociales.
- Familias “más necesitadas”. Cualquier dificultad justifica la búsqueda de apoyo formal.
- Familias “equilibradas”. Solicitan apoyo formal solamente cuando tienen dificultades para resolver por sí mismas los problemas.
- Familias “imprudentes”. Solicitan apoyo cuando la situación es ya insostenible.
- Familias “ignoradas”. No tratan de obtener apoyo, y el apoyo formal no les llega.

Sousa (2005) se plantea en otro estudio posterior si las familias multi-estresadas tienden a buscar con mayor facilidad apoyos formales o informales, y concluye que la familia –es decir, apoyo informal- es el principal soporte en: apoyo financiero, apoyo instrumental, apoyo emocional, asesoramiento, regulación social. En cambio, el apoyo profesional y el acceso a nuevos contactos son contenidos en los que tiene el protagonismo el apoyo formal.

Los intercambios basados en la reciprocidad tienen la tendencia a desarrollar relaciones a largo plazo, y, sin embargo, el nivel de reciprocidad en la muestra analizada es bajo, y no se relaciona ni con el tamaño de la red ni con el género de la persona estudiada. Los amigos

emergen como el segundo sector de apoyo –informal– en las redes personales de familias pobres envueltas en múltiples problemas (Sousa, 2005). Cabe remarcar que, en este estudio, la proximidad relacional con los amigos correlaciona de manera positiva y estadísticamente significativa con el apoyo procedente de los servicios sociales. Así, elevados niveles de apoyo en un área se correlacionan positivamente con la disponibilidad de otros tipos de apoyo. Por tanto, podemos afirmar que el apoyo emocional está ampliamente relacionado con las redes personales de los sujetos analizados. De este modo, el apoyo emocional podría ser un punto de partida para la activación de otros tipos de apoyo. Los profesionales aparecen como el sector que permite mayor acceso a nuevos contactos, por lo que pueden resaltar esta función para incluir a nuevos miembros en la red (Sousa, 2005).

En conclusión, parece que las familias tienden a ser reacias a involucrarse con el sistema formal de ayuda, prefiriendo utilizar el soporte informal. Esto es así, en parte, porque en el sistema formal la reciprocidad está ausente (Sousa, 2005). Por eso, los profesionales deberían demostrar su disposición a la reciprocidad, permitiendo un retorno de ese soporte. Por ejemplo, Sousa y Rodrigues (2012) señalan que en las zonas rurales de Portugal, los profesionales suelen aceptar de tanto en tanto fruta o vegetales cosechados por sus clientes. Y es que las familias tienden a preferir profesionales con los que pueden establecer interacciones basadas en la igualdad, en las que el profesional no lo sabe todo (Krumer-Nevo, 2003; Ribner y Knei-Paz, 2002). En efecto, en una relación horizontal, familia y profesional pueden trabajar juntos. Además, la empatía del profesional tiende a incrementar la confianza del cliente en sí mismo, en el profesional y en la intervención, y es una de las razones más importantes a la hora de involucrar al cliente en la intervención (Sousa y Rodrigues, 2012). En futuros apartados profundizaremos en estrategias que pueden implementar los profesionales de ayuda para favorecer este enfoque cooperativo con la familia.

2.6.2 Redes sociales personales de las FED

La red social personal juega un papel fundamental en la vida de una persona: protege a la persona del estrés relacionado con las presiones del ambiente; atenúa, previene o incluso colabora en el tratamiento de enfermedades físicas o de desórdenes emocionales; ofrece soporte en algunos eventos de la vida, así como facilita la integración social; promueve el bienestar; y es una de las principales llaves de la experiencia individual de la identidad, contribuyendo al auto-reconocimiento (Sluzki, 1996, 2000; Sousa, 2005).

Las redes sociales constituyen relaciones estables, que van evolucionando a lo largo del tiempo, y que están formadas por miembros de la familia, amigos, conocidos, conexiones de trabajo y de estudio, así como relaciones que evolucionan a partir de la participación en organizaciones formales e informales (sociales, recreativas, religiosas, políticas, relacionadas

con la salud, etc.). Esta crisálida social ayuda a construir nuestra identidad, nuestra historia, y nuestro sentido de satisfacción con la vida (Sluzki, 1996, 2000).

Sousa (2005) señala algunas características típicas de las redes sociales personales de familias multiproblemáticas pobres. Así, afirma que suelen ser homogéneas, cerradas, inestables, y que tienden a carecer de apoyo de la familia extensa, con contactos que, aunque sean frecuentes, no proporcionan apoyo social y emocional. Los miembros de sus redes sociales tienden a compartir y reforzar el comportamiento negligente de los padres. Además, los miembros de estas familias suelen carecer de habilidades sociales y de relación, por lo que esos débiles vínculos creados tienden a romperse, dejando aislados a los miembros de la familia (Macdonald, Jackson, Hayes, Baglioni, y Madden, 1998).

¿Qué fortalezas existen en las redes sociales personales de los miembros de familias pobres multi-problemáticas? Los datos son concluyentes, se ha demostrado el efecto protector de los vínculos sociales, así como los efectos nocivos de la escasez de dichos vínculos sobre el bienestar, el desarrollo social y el ajuste social (Sousa, 2005). Además, investigaciones recientes demuestran que los profesionales no son los únicos que pueden proveer de soluciones a las familias e individuos en situación de necesidad. Es más, las redes personales deben involucrarse, y de este modo la intervención se basa en las competencias y fortalezas de la familia, de sus miembros y de sus redes sociales. Una de las conclusiones de este estudio realizado por Sousa (2005) es, precisamente, la constatación de la necesidad de que los miembros de estas familias desarrollen más relaciones recíprocas en su red personal. Esto enlaza con una investigación llevada a cabo por Mitchell y Campbell (2011), que sugiere que la soledad a nivel social, particularmente en relación a la disposición de apoyo informal, dificulta enormemente el adecuado funcionamiento de estas familias, tanto en relación a la crianza de los menores, como en otros aspectos emocionales y sociales. Se constata que, en estas familias excluidas y empobrecidas a través de las generaciones, las crisis sucesivas y frecuentes tienen efectos debilitantes, que contribuyen a que se cronifique la situación y se generen sentimientos de desconfianza hacia el sistema formal. Por tanto, si bien las familias prefieren utilizar apoyos de la red informal, resultan a todas luces insuficientes, por lo que terminan acudiendo -ya sea *motu proprio* o derivadas por un tercero- a los sistemas de apoyo formal.

2.6.3 Insuficiencia de apoyo social informal en las FED

Antes nos hemos referido al estudio realizado por Mazer en los años 70, para tratar de categorizar las problemáticas de las familias con situaciones de especial complejidad; pues bien, en este estudio se concluye que solamente un 4% de las personas de las familias multiproblemáticas estudiadas durante esos cinco años, recibieron asistencia social en algún momento del período analizado (Mazer, 1972). El estudio de Matos y Sousa (2004) revela que el 23% de las familias entrevistadas no había estado en contacto nunca con organismos sociales.

Es un dato llamativo, sobre todo si se tienen en cuenta el hecho de que todas ellas fueron identificadas como multiproblemáticas por los trabajadores sociales de Aveiro, ciudad portuguesa en la que se hizo el estudio. Consideramos que estos datos invitan a la reflexión acerca de qué elementos entran en juego cuando una familia realiza una búsqueda de apoyo. En efecto, todas las familias, multiproblemáticas o no, buscan diferentes soportes a lo largo de su ciclo vital. Estos soportes provienen, en gran medida, de sus redes informales de apoyo. Sin embargo, no siempre son suficientes, y es en ese momento cuando pueden solicitar ayuda en los sistemas de apoyo formales. Pero las familias no siempre acuden a las instituciones cuando lo precisan, tal como señala Mazer (1972), que demostró en su estudio que, de todas las familias consideradas multiproblemáticas –es decir, que objetivamente presentaban situaciones complejas caracterizadas por múltiples problemas en diferentes niveles–, menos del 5% recibió asistencia social. Esto enlaza también con los estudios que desde el inicio del siglo XXI ha venido realizando Sousa en Portugal, y que ponen de manifiesto que, si bien en muchas ocasiones los sistemas de apoyo informal son insuficientes, a estas familias les resulta complicado involucrarse de manera adecuada con los sistemas de apoyo formal (Sousa, 2005; Sousa y Rodrigues, 2009). En esta misma línea, Leigh y Miller (2004) señalan la reticencia de los usuarios a la hora de solicitar ayuda a servicios sociales. De hecho, todas las personas que entrevistaron habían contactado con sus familias antes de acudir al sistema formal, y cuando se les preguntaba si recomendarían el servicio a un amigo, muchos de ellos respondieron que antes de eso, le ofrecerían su ayuda.

Cabe preguntarse, por tanto, qué es lo que hace que las familias no utilicen los mecanismos que tienen a su alcance; ¿es por desconocimiento?, ¿por el miedo a posibles consecuencias relacionadas con el cuidado de sus menores?, ¿por expectativas negativas en relación a la recepción de la ayuda? Lo cierto es que aún no podemos contestar con contundencia a estas cuestiones, aunque algunas investigaciones han tratado de arrojar algo de luz a esta cuestión. Así, se constata que la reciprocidad es un elemento que los profesionales pueden tener en cuenta, ya que puede facilitar a estas familias una relación más exitosa con los recursos del sistema formal (Sousa, 2005). Además, las familias manifiestan preferir relaciones más horizontales con los profesionales (Krumer-Nevo, 2003; Matos y Sousa, 2004; Ribner y Knei-Paz, 2002; Sousa, 2005), por lo que parecería útil buscar modos de establecer relaciones más cooperativas, en las que el poder de los profesionales se difumine en pro de los deseos y expectativas de la familia (Sharlin y Shamai, 2000).

2.6.4 Dificultades relacionales habituales en las familias multi-estresadas

Las familias que se encuentran en situación de especial dificultad arrastran problemas de índole diversa durante mucho tiempo, y esos problemas, lejos de solucionarse, tienden a irse agravando. Lindsey (1979) sostiene que las familias multiproblemáticas se caracterizan por

sufrir deprivación, tanto material (desempleo, pobres condiciones de la vivienda, enfermedades crónicas, incapacidad de gestionar las tareas del hogar) como emocional. En este apartado nos centraremos precisamente en esa deprivación emocional de estas familias, y en las consecuencias que conlleva a la hora de establecer relaciones con diferentes profesionales e instituciones. En el siguiente capítulo nos centraremos en los profesionales de ayuda y en las instituciones donde éstos desarrollan su labor, así como en su interacción con estas familias, pero aquí realizamos ya algunos apuntes sobre esta cuestión.

2.6.4.1 Frustración y desesperanza

La frustración en las familias multiestresadas se expresa esencialmente mediante la violencia. Las observaciones de Sharlin y Shamai (2000) concluyen que, en la muestra analizada, las esposas tienden a mostrar violencia verbal con sus maridos, y con los hijos utilizan violencia tanto física como verbal. Los maridos tienden a expresar su frustración y miedo con violencia física.

Estas familias tienen sentimientos de rabia –generados entre otras cosas por experiencias pasadas frustrantes con otros servicios de ayuda–, que no facilitan el establecimiento de una adecuada relación de ayuda con un trabajador social. Así, hay que tener en cuenta que son familias con un largo bagaje en los servicios formales, con situaciones que, lejos de solucionarse, no han hecho más que agravarse con el paso del tiempo. Con esta situación de partida, es fácil suponer que cuando la familia acude a la primera entrevista con el profesional, lo hace con una pesada mochila emocional, y si el profesional no la maneja adecuadamente, no es extraño que se produzca una escalada del conflicto, entrando en descalificaciones e inculpaciones mutuas. De hecho, en los profesionales se produce a menudo lo que Sharlin y Shamai (2000) denominan “coalición de desesperación”, y que implica que el profesional se contagia de ese sentimiento de frustración y desesperanza, obstaculizando el adecuado desarrollo de la intervención. Más adelante, cuando tratemos las dificultades con que se encuentran los profesionales que intervienen con estas familias, veremos cómo se produce esa “coalición de desesperación” (Sharlin y Shamai, 2000), y qué estrategias pueden poner en marcha los profesionales para no entrar en ella.

2.6.4.2 Inaccesibilidad verbal

El patrón de interacción encontrado entre las familias consiste en inaccesibilidad verbal. Los serios problemas escolares que se observan a menudo entre niños pobres, correlacionan con atípicos desarrollos de habilidades verbales y conceptuales (Sharlin y Shamai, 2000).

Minuchin et al. (2009) señalan que estas familias presentan un intercambio muy limitado de informaciones entre sus miembros, así como caos comunicativo. Además, usan de modo prevalente los canales paraverbales, priorizando el contenido relacional al comunicativo.

Si bien en los años 90 las familias presentan una comunicación verbal más rica que en los estudios de los años 60 o 70 -en gran medida debido a la exposición de estas familias a la televisión-, lo cierto es que la comunicación habitualmente no es directa, y consiste en mensajes conflictivos que tienden a expresarse en términos violentos. La falta de habilidades de comunicación adecuadas, como escuchar y ser congruente, consistente, impide una comunicación clara y directa en el funcionamiento familiar (Sharlin y Shamai, 2000).

Respecto a esta cuestión, Escudero (2013) explica que estas familias son expertas en dar a conocer lo que no saben hacer, demuestran fácilmente sus carencias. Por el contrario, presentan importantes limitaciones a la hora de poner en marcha sus capacidades y recursos. Además, esa inaccesibilidad verbal se hace patente cuando formulan sus peticiones a los profesionales (malos modos, exigencias, inculpciones, etc.). En esta línea, Gaudin et al. (1996) concluyen que, entre otras, la inaccesibilidad verbal es una característica de las familias negligentes; tienden a ser vagas en la expresión de sentimientos, presentan empatía inconsistente, y realizan pocas expresiones de calidez o afecto.

Cabe señalar que esa inaccesibilidad verbal puede extenderse también a la red profesional. Así, los trabajadores sociales que pasan largos períodos de tiempo trabajando con este perfil de población, tienden a imitar su comportamiento, hecho que se refleja tanto en la interacción como en la producción de los informes sociales (Sharlin y Shamai, 2000). Profundizaremos en ello más adelante.

2.6.4.3 Falta de apoyos en su red informal

Sousa (2005) señala algunas características típicas de las redes sociales personales de familias multiproblemáticas pobres. Así, afirma que suelen ser homogéneas, cerradas, inestables, y que tienden a carecer de apoyo de la familia extensa, con contactos que, aunque sean frecuentes, no proporcionan apoyo social y emocional. Los miembros de sus redes sociales tienden a compartir y reforzar el comportamiento negligente de los padres. Esta autora remarca que los miembros de estas familias suelen carecer de habilidades sociales y de relación, por lo que esos débiles vínculos creados tienden a romperse, dejando aislados a los miembros de la familia. Por tanto, reforzar sus vínculos con la red de apoyo informal es una posible estrategia que los profesionales pueden implementar. Los datos son concluyentes, se ha demostrado el efecto protector de los vínculos sociales, así como los efectos nocivos de la escasez de dichos vínculos sobre el bienestar, el desarrollo social y el ajuste social. Los resultados principales de este estudio sobre las redes personales de estas familias (Sousa, 2005) sugieren que la existencia de fuertes vínculos familiares supone un recurso a tener en cuenta para la intervención. Además, los amigos y vecinos son un recurso que necesita activarse, ya que se ha demostrado que el soporte emocional es una puerta que permite activar otras formas de soporte. A esto hay que añadir el hecho de que son relaciones que permiten la reciprocidad, por lo que será más fácil que

la familia recurra a ese soporte si el vínculo es adecuado. También cabe señalar que, tal como ha concluido el estudio llevado a cabo por Pannebakker et al. (2018), cuando las familias reciben un mayor apoyo social de amigos y familiares, esto tiene efectos positivos en el bienestar y el cuidado de sus hijos.

En las últimas décadas, el enfoque de red se ha convertido en un potencial modelo teórico para el análisis y la descripción de sistemas sociales complejos y sus interacciones, así como para la intervención en dichos sistemas (Sousa, 2005). En efecto, los desarrollos teóricos más recientes indican que los profesionales no son las únicas personas susceptibles de proveer soluciones, sino que las redes personales informales deben ser involucradas, requiriendo nuevas competencias de los profesionales (Seikkula et al., 2003; Sousa, 2005). Así pues, en lugar de situarse en un papel de expertos, los profesionales requieren movilizar destrezas en sus clientes (Seikkula et al., 2003). Esto supone un especial reto cuando se trabaja con familias consideradas como multi-problemáticas, ya que sus redes informales tienden a ser inestables, puesto que los miembros de estas familias a menudo carecen de las habilidades sociales necesarias para mantener relaciones estables en el tiempo (Minuchin et al., 2009). Además, cabe señalar que las redes formales personales de estas familias se caracterizan por la interacción con múltiples ayudantes y agencias sociales (Imber-Black, 1991; Matos y Sousa, 2004; Sousa y Rodrigues, 2012). En relación a esto, Aponte (1986) considera que la intervención con estas familias debe partir de una perspectiva ecológico-estructural, de modo que se tenga en cuenta al individuo y a la familia, pero también las relaciones entre ésta y la comunidad. Se trata de comprender cómo los factores individuales, familiares y del contexto social están contribuyendo a mantener esa situación-problema. También señala que la complejidad del ecosistema implica la imposibilidad de intervenir de modo simultáneo en todas las áreas de dificultad, por lo que se necesita averiguar sobre qué aspectos se puede intervenir, y en qué orden. Retomaremos esta idea cuando detallemos posibles estrategias de intervención con estas familias.

2.6.4.4 Historias de vida limitantes

Nuestra experiencia de vida está profundamente influenciada por las historias que contamos, así como por las historias que cuentan sobre nosotros. La narrativa, las narraciones o las historias de vida facilitan marcos para ordenar e interpretar nuestras experiencias en el mundo. En cualquier aspecto o punto, hay múltiples historias disponibles, y ninguna puede, por sí sola, capturar el amplio rango que supone nuestra experiencia (Madsen, 2007). Las narraciones organizan nuestro campo experiencial, promoviendo una atención selectiva a determinados eventos y experiencias, y realizando una “inatención” selectiva acerca de otros eventos y experiencias.

A menudo, las historias de vida de las familias que elaboran los servicios contienen penetrantes temas de incompetencia, inadecuación y vergüenza. Estas historias limitan de algún

modo la experiencia sobre aquellos eventos que no “casan” con la historia dominante, de manera que se modifica o moldea lo que “ven” y creen sobre ellos mismos. De todos modos, se debe señalar que estas historias limitantes no son simples historias individuales, sino que están incrustadas y moldeadas por narrativas culturales más amplias que organizan el sentido de sí mismos y su relación con el mundo (Madsen, 2007). En efecto, las ideas y especificaciones acerca de cómo uno debe ser se apoyan en nuestra cultura, en las ideas más amplias que tiene la sociedad acerca de cómo uno debería ser (un hombre, una mujer, un niño, etc.). Por tanto, si como profesionales colocamos esas historias en un contexto determinado, apreciaremos mejor el poder y la influencia que ese contexto histórico, social y cultural tiene sobre esa persona/familia. En el proceso de intervención psicosocial, pues, los clientes tienen la oportunidad de reflexionar sobre esas historias que dan forma a sus vidas, y decidir si encajan con ellos. Los profesionales, por su parte, pueden ayudarles a desarrollar historias de vida que ofrezcan más oportunidades y posibilidades que las actuales.

En conclusión, estas familias desarrollan una serie de sentimientos y actitudes tales hacia el sistema formal de ayuda, que dificultan el establecimiento de una relación de ayuda que resulte nutritiva. La frustración y la desesperanza han hecho mella en ellas, y tienden a volcar esa rabia en el sistema profesional. Además, sus pocas habilidades sociales obstaculizan sus intentos de solicitar y recibir ayuda, por lo que los profesionales deben esforzarse especialmente a la hora de realizar el enganche con la familia. En efecto, el enganche emocional es un proceso que tiene lugar en los encuentros iniciales con la persona o familia, y que implica construir un espacio de confianza y calidez en el que poder trabajar sobre esas situaciones-problema. En este sentido, de Greef et al. (20018) sugieren que los profesionales conversen con el cliente sobre sus experiencias anteriores con servicios, y que se interesen por las expectativas que tienen con respecto al servicio actual, ya que de este modo se pueden generar alianzas más sólidas con las familias multi-estresadas.

CAPÍTULO III:
SISTEMAS MÁS AMPLIOS QUE LA FAMILIA. PROFESIONALES DE AYUDA E
INSTITUCIONES, Y SU INTERACCIÓN CON FAMILIAS EN SITUACIÓN DE
ESPECIAL DIFICULTAD

SISTEMAS MÁS AMPLIOS QUE LA FAMILIA. PROFESIONALES DE AYUDA E INSTITUCIONES, Y SU INTERACCIÓN CON FAMILIAS EN SITUACIÓN DE ESPECIAL DIFICULTAD

3.1 Introducción

En este capítulo nos centraremos en el funcionamiento de los sistemas más amplios que la familia (SMAF), así como en las características de los profesionales que pueden facilitar u obstaculizar el proceso de intervención socio-relacional con familias en situación de especial dificultad. El aspecto que centra nuestra atención con respecto a los sistemas de soporte formal tiene que ver con los profesionales que trabajan en ellas, por lo que profundizaremos sobre las características que pueden facilitar su intervención con estas familias. Analizaremos los mitos y valores predominantes entre los profesionales, y los compararemos con los que parecen encontrarse en las familias multi-estresadas. También detallaremos diferentes estrategias o elementos facilitadores que las instituciones pueden desarrollar para mejorar esa interacción institución/ profesional y persona/ familia. Finalizamos este capítulo con los factores comunes que explican el cambio en las intervenciones sociorelacionales, haciendo especial hincapié en la alianza terapéutica (conceptualización y medición).

3.2 Profesionales de ayuda y su interacción con las familias en situación de especial dificultad

La relación que desarrollan los profesionales de ayuda con las familias en situación de especial dificultad (FED, de ahora en adelante) presenta una especial complejidad, no solo por las características relacionales de estas familias, sino también por el modo en que los profesionales co-construyen con ellas dicha relación. Tanto los clientes como los profesionales comienzan el proceso de intervención con creencias preconcebidas sobre cómo deberían ser las relaciones, por lo que estudiarlas puede permitir la definición de estrategias que faciliten el establecimiento de la relación de ayuda.

Sousa y Eusébio (2005, 2007) realizan una investigación en la que entrevistan a 100 cabezas de familia FED, así como a 97 profesionales. Este estudio utiliza la técnica de incidentes críticos, y pretende conocer qué valores y mitos tienen unos y otros, en relación a la ayuda prestada y recibida por los servicios de apoyo formal.

Los resultados son claros. Los prejuicios en valores y creencias están presentes en todos los aspectos de la interacción entre el profesional y el cliente. Así, la pregunta no es si ambos grupos de valores se enfrentan, sino cómo lo hacen. La tarea principal es comprender qué valores y creencias sostienen ambos en cuanto a su relación, y cómo podrían informar de la

interacción entre ellos, ya sea en modo positivo o negativo. En consecuencia, según estos autores, se podrá conseguir una mejor comprensión de los patrones de interacción y del impacto de esos patrones en el proceso de intervención (Sousa y Eusébio, 2005, 2007).

Ambos grupos (profesionales y cabezas de familia) comparten el valor de “relación”, tanto en sentido positivo como en negativo, aunque presentan dos visiones complementarias (Sousa y Eusébio, 2005). Así, los individuos valoran la manera que tienen los profesionales de relacionarse con ellos, es decir, valoran el soporte emocional y empático de los profesionales (términos positivos), o bien su agresividad, indiferencia o injusticia a la hora de juzgar comportamientos o intenciones de la familia (términos negativos). Los profesionales, por su parte, priorizan el tipo de participación que las familias desarrollan con ellos. Así, el profesional evalúa la relación de forma positiva si el cliente muestra empatía, y la juzga de modo negativo si el cliente es agresivo, manipula o se muestra desagradecido. Como vemos, el énfasis se sitúa en el modo en que la otra parte establece la relación, por lo que los participantes creen que la relación se torna positiva o negativa en función de la manera en que el otro inicia y establece la interacción (y no en función de su propia actitud y conducta).

Emerge otro valor común, “la efectividad”, pero es interesante ver que solo lo hace en sentido positivo. Así, tanto clientes como profesionales perciben que la efectividad depende de la competencia de los profesionales. Sin embargo, cuando es en sentido negativo, los clientes lo aducen a la incompetencia del profesional, mientras que los profesionales lo achacan a que el cliente no ha seguido las instrucciones marcadas.

Un valor no compartido que emerge a raíz de los resultados de esta investigación es el de “soporte instrumental”. Así, los clientes lo consideran de modo positivo, pero los profesionales no parecen enfatizar este aspecto, buscando que el cliente cambie otros aspectos de su vida (Sousa y Eusébio, 2005).

Sousa y Eusébio (2007) sostienen, por otra parte, que hay una serie de mitos que rodean la intervención psicosocial con familias multi-problema, así como sobre la relación entre ellas y los profesionales con los que se interrelacionan.

Los mitos son ese conjunto sistematizado de creencias, compartido por los participantes de la relación (en este caso, usuarios y profesionales), sobre la naturaleza de esa relación (Imber-Black, 2000). Los mitos definen algunos patrones de interacción que permanecen ocultos tras esas rutinas triviales, ya que se sitúan en un nivel implícito. De hecho, tanto los clientes como los profesionales entran en ese proceso de intervención con una serie de mitos pre-establecidos, acerca de cómo debería ser la relación. Los mitos son relevantes porque con frecuencia limitan la visión que uno tiene en relación a otro, limitando las opciones de relación disponibles, además de contribuir a ciclos de interacción estereotipados. Por ello, es importante que los miembros del sistema de ayuda que se crea puedan ser conscientes de los mitos que son

relevantes para la interacción, para poder elegir conscientemente si cambiarlos o no (Sharlin y Shamai, 2000).

En concreto, Sousa y Eusébio (2007) explican que los mitos de los sistemas de soporte social tienen que ver con teorías sobre las familias que se basan en la “verdad” sobre la naturaleza humana (que hace que se oculten o minimicen determinadas intervenciones). Los mitos pueden generarse por prejuicios sobre determinadas categorías de familias (como las familias pobres), pero también pueden reflejarse en los informes sociales, o en las informaciones que se comparten en las reuniones.

Los resultados de Sousa y Eusébio (2007) permiten recoger una serie de mitos, en ocasiones compartidos por profesionales y familias (aunque no siempre en la misma dirección):

- “El cambio depende de ti”. Cada grupo tiende a centrarse en el comportamiento del “otro”, reservando un rol pasivo para sí mismo (el cambio depende del otro), ignorando que la conducta de cada participante es esencial, ya que la intervención es un proceso interactivo (Sousa y Eusébio, 2007). Tan solo existen dos excepciones, las categorías “percepción del profesional sobre su eficacia o ineficacia al ayudar a las familias” y “involucración emocional del profesional con las familias”. Así, esta tendencia probablemente significa que los clientes y las familias adoptan una explicación lineal de las interacciones, a pesar de que la circularidad está presente en el discurso teórico de los profesionales. De hecho, se presta mucha más atención a lo que los profesionales “hacen” a los clientes para promover el cambio, que no lo que los miembros de la familia “hacen”. Este mito posiblemente está asociado a la rigidez de la interacción, ya que ninguno de los participantes es proactivo. En consecuencia, pueden emerger la apatía o el conflicto. Apatía, porque la familia piensa que, una vez que los profesionales conocen la situación, asumen el control; y los profesionales piensan que si la familia es la parte más interesada, deben ser más activos. Conflicto, porque las familias culpan al profesional de “no hacer nada”, y los profesionales culpan a las familias por desentenderse de su bienestar. El patrón de interacción asociado es el siguiente: los profesionales sienten que tras haber “prescrito” actitudes, comportamientos o medicinas -en el caso de los médicos-, su “trabajo” está hecho, y que el cambio depende de que la familia siga sus instrucciones; la familia considera que su “trabajo” es pedir ayuda profesional, y entonces esperar a que el cambio se produzca.
- “La armonía es la mejor manera de interactuar”. La “relación” emerge como la categoría más importante para ambos sub-grupos, y se refieren a ella en términos positivos (empatía, confianza, soporte emocional) y negativos (agresividad, ingratitud, indiferencia). Cabe señalar que los ingredientes de la relación de ayuda que se consideran los mejores predictores de resultados positivos son la empatía, la aceptación y el apoyo incondicional (Sousa y Eusébio, 2007). Se considera que una excesiva

complementariedad puede no ser efectiva, y si bien es esencial establecer al principio esta complementariedad, en fases más avanzadas del proceso, el éxito se relaciona con una menor complementariedad. Este mito, por tanto, tiende a rigidificar las relaciones, ya que define que la armonía facilita la intervención y la obtención de resultados positivos. Así, el enfoque es educado, evitando decir lo que realmente se piensa, y esto implica que hay aspectos importantes que no se discuten, y se pasan por alto propuestas o sugerencias necesarias.

- “La armonía promueve buenos resultados y viceversa”. Este mito se relaciona con el anterior. Así, las categorías “relación” y “eficacia” se relacionan de manera positiva en ambos grupos, dando la sensación de que tienen influencia uno en otro. Se asume que la relación influye en los resultados, pero no es tan común asumir que los resultados tienen un impacto en la relación. Esto ocurre porque se considera la intervención como un proceso donde finalmente hay unos resultados, pero la intervención es un proceso en el que los participantes necesitan sentir que sus esfuerzos se relacionan con resultados positivos.
- “Los profesionales son responsables de la eficacia de la intervención”. En este caso, es un mito que presenta conflictos en su consideración. Así, los clientes consideran que “la ineficacia es culpa de los profesionales”, mientras que los profesionales creen que “la ineficacia es culpa del cliente”. De estos mitos emerge el siguiente patrón de interacción: los profesionales asumen el control de prescribir el cambio, y esperan que las familias cumplan las órdenes estipuladas. Las familias asumen que tanto el éxito o eficacia como el fracaso o la ineficacia, dependen de los profesionales. Los profesionales asumen que la eficacia depende de su competencia profesional, mientras que la ineficacia es el resultado de la desobediencia de la familia a sus instrucciones. Emerge aquí un mito muy habitual, que es el de que los profesionales son los expertos, y por ello son responsables de la eficacia de la intervención. De modo simultáneo, emerge un mito conflictivo: ambos piensan que la ineficacia es culpa del otro, y mientras que en la familia esta perspectiva es coherente, en los profesionales resulta paradójica, ya que, por una parte, quieren el control sobre la intervención, pero por otra parte, tienden a culpar a los clientes si la intervención no funciona. En cualquier caso, los profesionales parecen subestimar el hecho de que la intervención es un proceso colaborativo de ajustes consecutivos y negociación de estrategias, y tienden a adoptar un enfoque clínico, en donde la intervención parte de un diagnóstico, y donde los clientes deben “obedecer” las instrucciones del profesional. Para trascender a este enfoque tradicional, Seikkula et al. (2003) sugieren que el profesional se centre en él mismo en lugar de en los clientes, así como en las consecuencias previstas y no

previstas de sus acciones, en lugar de centrarse en definiciones objetivas de los problemas.

- “El mito del conocimiento”. Sousa y Eusébio (2007) explican que otro mito que presenta controversias es el que tiene que ver con el conocimiento. Así, los profesionales tienden a considerar que “saben lo que es mejor para el cliente”, y los clientes, en cambio, consideran que “sabemos lo que necesitamos y lo que debería ofrecernos el profesional”. El soporte instrumental es un aspecto muy significativo para estas familias, pero no se valora del mismo modo por parte de los profesionales. El mito se relaciona con el siguiente patrón de interacción: las familias demandan soporte instrumental de los profesionales, mientras que los profesionales quieren que las familias cambien otros aspectos de su vida, su comportamiento o su personalidad. Estas expectativas tan diferentes no se discuten o negocian, y, en consecuencia, ambas partes creen tener claros sus objetivos y metas. Los conflictos se generan así fácilmente, puesto que las familias creen que el profesional no está interesado en sus problemas, mientras que los profesionales consideran que las familias quieren vivir a costa del Estado.

La emergencia de estos mitos y valores, según Sousa y Eusébio (2005, 2007), permite comprender que el proceso de intervención puede verse afectado por las actitudes y percepciones de cada parte implicada, en tanto en cuanto cada subsistema tiende a culpar al otro cuando la intervención toma un rumbo negativo.

3.3 Mandatos de la institución

Las familias envueltas en múltiples problemas representan un caso particular en cuanto a su participación con las diferentes agencias sociales ya que, aunque una familia acumule varios problemas, las agencias suelen organizarse en torno a áreas de intervención. Las instituciones y agencias de protección social tienden a fragmentar la atención que prestan, centrándose en un aspecto concreto. Así, puede haber un profesional que trabaje a nivel individual con un adolescente, otro que trabaje la adicción de la madre, otro que se centre en los problemas de salud mental del padre, y otro que vele por el cumplimiento del plan de intervención marcado por el servicio de protección de menores. Estos profesionales forman parte de diferentes agencias, cada una con su mandato específico. Y cada servicio tiene sus propias normas, filosofía, procedimiento, etc., por lo que el desarrollo de prácticas colaborativas (tanto entre los miembros de la familia, como entre éstos y las instituciones, así como entre los profesionales del equipo) requiere que los profesionales estén entrenados para el trabajo en equipo, y que una persona coordine y gestione al equipo multiprofesional que interviene con esa familia.

En este sentido, Reupert y Maybery (2014) realizan un estudio en el que recogen, durante dos años, datos acerca de problemas que identifican 10 profesionales en su intervención con familias con necesidades complejas, así como estrategias que resultan efectivas a los profesionales que han participado en este estudio. Los profesionales que participaron en este estudio reconocen los beneficios de la práctica colaborativa, aunque también explican que se generan diversas dificultades en torno a ello. Los problemas que señalan tienen que ver con el trabajo con múltiples instituciones, la multiproblematicidad de las familias y los cambios continuos en el equipo profesional. Así, explican que en ocasiones es complicado trabajar con la red de profesionales que intervienen con una misma familia. Señalan, asimismo, la necesidad de mantener la confidencialidad, y la reticencia de las familias en relación a los contactos de los profesionales con otras instituciones. Además, los profesionales explicitan que el cambio en estas familias se produce muy lentamente, con pequeños avances y continuos retrocesos. Al principio de la intervención hay que centrarse en la cobertura de necesidades básicas, antes de centrarse en dinámicas familiares más complicadas. En cuanto a la estabilidad del equipo, los profesionales señalan que cada vez que se marcha un profesional y se incorpora uno nuevo, éste requiere de un entrenamiento intensivo, así como de soporte y supervisión.

Estos autores realizan, además, una revisión de la literatura existente, y concluyen que las barreras que identifican los profesionales cuando trabajan con un enfoque familiar tienen que ver con su actitud, destrezas y conocimiento, problemas en relación a la colaboración interinstitucional, y políticas y gestión inadecuadas (Reupert y Maybery, 2014). Sostienen que, a pesar de que hay evidencias emergentes acerca de la utilidad del enfoque familiar, el hecho de llevar este enfoque a la práctica está resultando problemático. Tal vez una de las limitaciones con que se encuentran los profesionales es la falta de tiempo para poder desarrollar las tareas encomendadas por la institución. En efecto, la mayoría de los profesionales entrevistados por Leigh y Miller (2004) hace hincapié en las restricciones de tiempo que tienen, y la frustración que les genera, tanto en relación con sus superiores, como en relación al rechazo que genera esa falta de tiempo en los usuarios. Además, explican que la creciente presión que tienen estos profesionales para evidenciar la calidad de su trabajo (medida en muchas ocasiones con indicadores cuantitativos, en lugar de cualitativos), puede comprometer la relación de ayuda.

Por otra parte, en las familias FED se dan, con frecuencia, intervenciones que complementan ayuda y control. Así, los profesionales pueden recibir el mandato institucional de ofrecer soporte, o bien se les puede encomendar la tarea de controlar a la familia. En ocasiones, incluso, se les pide que complementen ambas tareas. Carpenter (1987) señala dos enfoques diferentes a la hora de equilibrar estas actuaciones. Uno de ellos considera que la separación de roles sería la mejor manera, de modo que un profesional se encargue de la supervisión y otro de la intervención sociorelacional a nivel familiar, mientras que el otro enfoque defiende que muchos trabajadores sociales asumen esa doble tarea, de proveer control y cuidados a la familia,

con resultados exitosos. Sharlin y Shamai (2000) defienden el primer enfoque, explicando que su estudio avala buenos resultados con este reparto de roles. Así, abogan por realizar un trabajo en equipo, de modo que uno de los profesionales se encarga del proceso terapéutico, mientras que otro se responsabiliza de coordinar a todos los agentes implicados, así como de gestionar las prestaciones y facilitar el acceso de la familia a otros servicios.

3.4 Coalición de desesperación

Los profesionales son reticentes, en general, a expresar sus reservas a la hora de trabajar en estas familias y, cuando lo hacen, suele ser de manera indirecta. Sharlin y Shamai (2000) explican que los profesionales que admiten sus dificultades en la relación con FED, a menudo señalan que trabajar con algunas de estas familias no resulta efectivo, y que es una pérdida de tiempo y energía. Sin embargo, muchas veces estas familias acaban siendo “responsabilidad” de las instituciones (como el servicio de protección del menor), por lo que tampoco pueden ser ignoradas.

Analizando informes de 20 trabajadores sociales que trabajan con estas familias, y añadiendo además un diálogo con cada uno de ellos, Sharlin y Shamai (2000) observan un fenómeno que denominan “coalición de la desesperanza” entre el trabajador social y la familia multiproblemática. Esta coalición se caracteriza por actitudes, sentimientos y comportamientos simétricos compartidos tanto por la familia como por el profesional. Esto genera miedo, que a su vez limita la creatividad y el deseo de llevar a cabo el complicado proceso de intervención. Esto no se observa solamente en los trabajadores sociales, sino que es extensible a otros profesionales de ayuda cuando trabajan con estas familias.

Sharlin y Shamai (2000) sostienen que se pueden considerar cuatro áreas críticas en esa creación de la coalición:

- A. La desorganización y la falta de límites. Diversos estudios indican que la desorganización es una de las características principales de estas familias (Cancrini et al., 1997; Imber-Black, 2000; Minuchin et al., 2009). Cabe señalar que la pobreza por sí sola no determina el mal funcionamiento ni la extrema dificultad, sino que se trata más bien de una combinación de pobreza y desesperanza, lo que genera eso que denominamos familias multiproblemáticas. En el análisis de los informes de los trabajadores sociales que realizaron Sharlin y Shamai (2000), queda patente la extrema falta de organización en los informes emitidos, que se suma a la desorganización familiar ya existente. Así, cuando los trabajadores sociales cuentan la historia de la familia, tienden a saltar de un tema a otro sin llegar a completar ninguno. Se confunden con frecuencia los hechos con las interpretaciones y evaluaciones que se puedan hacer de ellos. Así, en ocasiones sucede que las actitudes que implican juicio de valor se introducen como si fueran hechos, mientras que muchos detalles se dejan de lado. Estos

autores también advierten sobre el denominado “efecto halo”, esto es, si un profesional percibe al cliente como una persona con dificultades en el funcionamiento, puede generalizar esto, incluyendo en ese mal funcionamiento todas las áreas de la vida del cliente, sin haberlas estudiado. También observan este patrón de desorganización y falta de límites o fronteras en muchas actividades del departamento de servicio sociales (Sharlin y Shamai, 2000). Cabe señalar que, desde el punto de vista sistémico, los profesionales se encuentran atrapados entre dos sistemas –cliente e institución-. En muchas ocasiones no cuentan con soporte suficiente por parte de la organización, sobrepasados por el número de casos que deben asumir. La falta de tiempo y de recursos muchas veces impide poder realizar revisión de pares, o disponer de espacios de supervisión. Esto genera sentimientos de soledad y genera falta de colaboración entre profesionales, reduciendo además el nivel de creatividad –tan necesario con estas familias-.

- B. Patrones de pensamiento y lenguaje. El patrón de interacción encontrado entre las familias consiste en inaccesibilidad verbal. Los serios problemas escolares que se observan a menudo entre niños pobres, correlacionan con atípicos desarrollos de habilidades verbales y conceptuales. Revisando los reportes, Sharlin y Shamai (2000) vieron que el lenguaje de los trabajadores sociales al describir a las familias era negativo. Estas familias tienen dificultades para usar su imaginación en la resolución de problemas, y su manera de pensar tiende a ser simplista y concreta. Los análisis realizados por Sharlin y Shamai (2000) de los informes de los trabajadores sociales revelan un patrón similar. La ausencia de creatividad puede ser una de las razones de la falta de éxito en el trabajo con familias multiproblemáticas. En efecto, cuando los trabajadores sociales pierden su creatividad e imaginación a la hora de resolver problemas, se suman a la manera de pensar de sus clientes, y se tornan incapaces de guiar o influir a los clientes en su motivación para funcionar de un modo más efectivo.
- C. Frustración y agresividad. Los trabajadores sociales expresan su miedo y frustración en sus esfuerzos para lidiar con estas familias con etiquetas y lenguaje duro, agresivo. En algunas descripciones se aprecia el cinismo de los profesionales.
- D. Desesperanza y dificultad para aceptar la ayuda. La baja autoestima que caracteriza a estas familias viene acompañada de percepciones negativas de los trabajadores sociales en relación a sus clientes. Además, en el estudio de Sharlin y Shamai (2000) se concluye que en la mayoría de reportes de los trabajadores sociales faltaba información –o ésta no era concienzuda-, y las actitudes negativas aparecían con más frecuencia en los trabajadores sociales que tenían la convicción de que disponer de mayor o menor información no marcaría la diferencia en cambiar la vida de la familia. Los bajos salarios y la ausencia de supervisión adecuada, por una parte, y un cinismo injustificado

cuando fallan al implementar tareas poco realistas, por otra, generan sentimientos de baja autoestima en los profesionales.

Se puede superar esta coalición de desesperanza, así como también el miedo a trabajar con estas familias. Esto se puede conseguir, siguiendo a Sharlin y Shamai (2000), reconociendo que el trabajo con estas familias requiere una estructura especial por parte del servicio. Esta estructura debe tener en cuenta la complejidad de las familias, así como el especial carácter de la relación entre el profesional y la familia. Se requiere una especial preparación previa del profesional; un modelo de intervención en equipo; y llevar a cabo supervisión, centrada especialmente en la contención de los profesionales. Veremos estas propuestas con más detalle en siguientes apartados de este trabajo.

En relación a la coalición de desesperación remarcamos que el Desgaste por Empatía es una posible consecuencia de trabajar con personas que sufren, ya que escuchar constantemente historias de dolor y sufrimiento puede provocar un estado de agotamiento en los profesionales de la relación de ayuda (Cuartero, 2018). El Desgaste por Empatía es un riesgo permanente de los trabajadores sociales y, de hecho, la investigación realizada por Cuartero (2018) concluye que un tercio de los trabajadores sociales de Mallorca está en riesgo de sufrir este síndrome. Las prácticas de autocuidado, tanto personal como profesional, parecen funcionar como un mecanismo paliativo o preventivo ante el Desgaste por Empatía, por lo que Cuartero (2018) recomienda fomentar acciones tanto a nivel personal (por ejemplo, actividades lúdicas, *mindfulness*) como a nivel profesional (por ejemplo, facilitando espacios de supervisión).

3.5 Estrategias efectivas en la intervención con FED

Reupert y Maybery (2014) analizan las estrategias que los profesionales de su estudio han identificado como efectivas. Señalan la importancia de los períodos críticos, explicando los profesionales identifican momentos clave que tienen el potencial de impulsar un cambio positivo en las familias. Proponen realizar una sesión de conferencia de caso inicial, que se evalúa en términos de juntar a toda la familia, siendo claros respecto de las necesidades y roles de cada uno, incluyendo a los profesionales. También señalan que se debe trabajar en la negociación y clarificación de los objetivos de la intervención. En cuanto a las habilidades y destrezas de los profesionales, señalan la habilidad de cambiar el foco de atención, de lo individual a lo familiar y viceversa. Asimismo, explican que el profesional debe tener la capacidad de mostrar que está “del lado de la familia”, pero a la vez sin entrar en coaliciones ni triangulaciones. Coinciden en que la supervisión y la claridad en los límites profesionales resultan fundamentales cuando se trabaja con familias multiproblemáticas. Finalmente, defienden un enfoque basado en fortalezas, como manera de motivar e involucrar a las familias en la intervención.

Además, existen varias investigaciones que tratan de conocer la opinión de las personas usuarias de servicios sociales, y en especial de aquellas personas que viven rodeadas de problemas múltiples y cronicados. Estos estudios suelen, en sus conclusiones, desarrollar sugerencias que pueden ayudar a los profesionales a mejorar sus intervenciones con estas familias.

En primer lugar, señalamos la investigación cualitativa llevada a cabo por Ribner y Knei-Paz (2002), en la que analizan cómo describen una relación de ayuda exitosa una muestra de 11 mujeres de familias consideradas multi-problema, en Reino Unido. Analizan las respuestas de los clientes con técnicas de investigación narrativa, presentando los resultados en categorías conceptuales. Explican que, a pesar de que cada narrativa es única, han podido discernir aspectos comunes en ellas. Ofrecen conclusiones acerca de las preferencias de los clientes en cuanto a la relación de ayuda, los estilos de trabajo, y las características de los profesionales.

La figura del trabajador social constituye un elemento central en los relatos de intervenciones exitosas, según explican Ribner y Knei-Paz (2002), mientras que la falta de éxito se atribuye a la institución, a recursos insuficientes, o a la burocracia existente. Así, el éxito se relaciona con esos sentimientos de conexión y proximidad que el cliente siente con ese trabajador social en particular, considerando improbable que se pueda dar de nuevo esa conexión con otro profesional. Cabe destacar que las personas entrevistadas presentan pobres conexiones sociales, por lo que muchas veces el contacto con sus trabajadores sociales constituye la única fuente de soporte y atención. Por otra parte, este estudio concluye que los clientes prefieren una relación donde el poder se reparta de un modo más igualitario, de forma que no sientan que están frente a un experto que les conoce mejor que ellos mismos (Ribner y Knei-Paz, 2002).

En relación a los estilos de trabajo y los aspectos relacionales de los profesionales que, en opinión de los clientes entrevistados, facilitan intervenciones exitosas, Ribner y Knei-Paz (2002) señalan los siguientes:

- Generar un ambiente propicio para que el cliente se sienta cómodo y pueda hablar libremente.
- Mantener una postura igualitaria entre cliente y trabajador social.
- Desarrollar un trabajo conjunto.
- Ser accesible, estar disponible cuando el cliente lo necesite.
- Acercarse al ambiente del cliente, realizando intervenciones a domicilio. Los autores remarcan que las personas entrevistadas no sentían que se realizasen por control, sino más bien para facilitar un trabajo más cercano.
- Realizar contactos telefónicos para ver si el cliente está bien.

- Hacer más de lo que “deberían”. Las personas entrevistadas interpretan esto como un especial interés del trabajador por ellos, que va más allá de la situación-problema. Ponen como ejemplos la participación en el cumpleaños del hijo, realizar una visita aun estando de vacaciones, etc.

Matos y Sousa (2004), por su parte, realizan una investigación en la ciudad de Aveiro (Portugal), en la que entrevistan a 56 padres de familias categorizadas como FED. Pretenden explorar cómo procesan las familias la búsqueda de apoyo, así como el grado de satisfacción de las familias en relación a las agencias sociales. Algunas de las personas entrevistadas (10 de 56) revelan cierta insatisfacción con el apoyo de organismos públicos y privados, principalmente aquellas cuyas solicitudes fueron rechazadas, o bien aquellas situaciones en las que la familia considera que el apoyo recibido es insuficiente (Matos y Sousa, 2004). Con menos frecuencia, la insatisfacción es el resultado de esperas derivadas del proceso burocrático. También se relaciona la insatisfacción con las actitudes de los profesionales. Las personas entrevistadas basan su argumentación en comparaciones con lo que otras familias reciben con problemas similares, y explican así los sentimientos de injusticia que tienen (Matos y Sousa, 2004).

Cabe señalar que algunas de las personas entrevistadas consideran que el apoyo recibido por parte del sistema formal es un acto de generosidad por parte de las instituciones, o bien que si se ha producido este apoyo, ha sido por la buena voluntad del profesional. Es importante remarcar que las familias valoran el apoyo emocional o moral que les dan los profesionales (Matos y Sousa, 2004). Así, señalan estas autoras que es necesario reconocer la importancia del contexto relacional en el proceso de intervención, así como su contribución a la satisfacción del cliente.

El apoyo del sistema formal, en opinión de estas familias, se centra en áreas instrumentales. En concreto, señalan dos formas de apoyo principales: ayuda en especie (alimentos, medicamentos), o bien ayuda financiera. No refieren recibir apoyo u orientación en relaciones familiares. Pareciera que los trabajadores de las agencias sociales presten más atención a las partes (cada problema) que a la totalidad (estilo de interacción familiar). Según Matos y Sousa (2004), esto puede ser debido a que los sistemas más amplios tienen una serie de mandatos que están por encima de esa involucración de los sistemas con las familias. Así, el papel predefinido de cada organización restringe su capacidad de adaptarse a cada caso (Steens, Hermans, y van Regenmortel, 2018). A esto se añade la fragmentación de cada servicio, cada uno es competente para trabajar una determinada dificultad, derivando a otras instituciones para trabajar otros aspectos. Además, hay que tener en cuenta, tal como señala Ng (2017), que la gestión de casos en servicios sociales muchas veces exige la monitorización o el control de las acciones que realiza el cliente, difiriendo de la gestión de casos que se propone en la profesión de trabajo social.

Matos y Sousa (2004) señalan que hay que ser cautelosos con los resultados obtenidos, ya que se trata de una muestra de familias con bajos ingresos, gravemente disfuncionales y que en el momento de recoger los datos, estaban afrontando situaciones críticas. Además, hay que sumar el hecho de que los datos solo arrojan resultados sobre la perspectiva de las familias, pero no de los profesionales que trabajan con ellas. Leigh y Miller (2004) también refieren que su muestra (11 familias) dificulta la extrapolación. Sin embargo, sí que señalan que lo que los usuarios identifican como intervenciones útiles coincide con lo que consideran sobre ello tanto los trabajadores sociales como sus superiores, dando más robustez a los resultados obtenidos.

En cualquier caso, en nuestra opinión, tanto el estudio de Ribner y Knei-Paz (2002), como el de Matos y Sousa (2004), aun con las mencionadas cautelas para poder realizar extrapolaciones más allá de la muestra analizada, resultan especialmente clarificadores, en tanto en cuanto permiten vislumbrar posibles estrategias a implementar por parte de los profesionales, que puedan mejorar el soporte ofertado.

Leigh y Miller (2004) explican que, en función de su investigación, un trabajador social considerado “bueno” por una familia debería reunir los siguientes requisitos: mostrar interés real por la familia con la que trabaja, ser comprensivo, tener tiempo suficiente para trabajar, escuchar y comprender a los menores, ser realista en cuanto a lo que puede o no hacerse, y no ser condescendiente. Como vemos, estos elementos implican una serie de cuestiones actitudinales que el profesional puede entrenar. Además, no suponen un añadido económico *per se* -salvo la de disponer de tiempos adecuados para desarrollar la intervención -, por lo que una de las posibles estrategias que las instituciones de servicios sociales podrían incorporar sería la formación a los profesionales en estos aspectos relacionales. En el apartado 3.12 nos referimos a los factores que explican el cambio en procesos psicoterapéuticos. Dado que el 30% del éxito en la intervención tiene que ver con cuestiones relacionales entre el cliente y el profesional, sostenemos la importancia de mejorar los conocimientos de los profesionales acerca de cómo desarrollar una relación de ayuda con la familia que facilite una intervención exitosa.

Consideramos que la investigación en este campo puede mejorar la calidad de los servicios que se prestan a estas familias, y en esta tesis pretendemos esclarecer, entre otras cuestiones, las estrategias que conocen los profesionales, en relación a técnicas, instrumentos, habilidades y destrezas en la intervención con familias FED. Además, pretendemos explorar cuáles implementan (y por qué), así como las dificultades que se encuentran en el desarrollo de las intervenciones sociorelacionales que realizan (tanto en relación a la familia como en relación al resto de la ecología profesional). También indagaremos en el abordaje que realizan en estas situaciones, así como cuáles son, en su opinión, las posibles causas explicativas de dichas dificultades.

Por otra parte, coincidimos con Leigh y Miller (2004) al considerar que el primer contacto de una persona con un servicio social es crucial para la relación de ayuda que se

establece y para prestar un servicio efectivo, por lo que se convierte en una potencial herramienta para generar compromiso e involucrar adecuadamente a la persona/familia en el proceso de cambio. Cardona (2012), en esta misma línea, remarca la importancia de los primeros contactos entre el trabajador social y la persona/familia, señalando que resulta fundamental la co-construcción del contexto de intervención, es decir, acordar con la persona/familia el qué y el cómo del proceso de ayuda.

3.6 Equipos multiprofesionales

Se han utilizado diversos términos para referirse al hecho de que varios profesionales de diferentes disciplinas trabajen de manera conjunta: coordinación, cooperación, colaboración, multidisciplinariedad, etc. Coincidimos con Sousa y Costa (2010) al elegir el término “enfoque multi-profesional”, ya que incluye todos los anteriores, y permite descripciones más allá de la dicotomía de presencia / ausencia.

El enfoque multi-profesional puede definirse como el proceso de alcanzar objetivos que no pueden ser alcanzados si se trabaja en solitario (Sousa y Costa, 2010). Este enfoque supone un reto para los profesionales, ya que deben compartir con otros colegas su poder y las decisiones a tomar.

Los desarrollos post-estructuralistas o construccionistas en intervención sociorelacional familiar han ido acompañados del creciente reconocimiento de la importancia de la colaboración entre cliente y profesional (Sutherland y Strong, 2011). Además, las actuales prácticas psicosociales demandan la colaboración entre los trabajadores sociales y los profesionales con los que se interrelaciona en su quehacer diario (Bronstein, 2003). Este enfoque colaborativo, pues, se aplica tanto a las relaciones entre el cliente y el profesional, como a las relaciones que se desarrollan en la ecología profesional. Así, siguiendo a Bronstein (2003), la colaboración interdisciplinar es un proceso interpersonal que facilita la consecución de objetivos que no pueden ser alcanzados si los profesionales trabajan en solitario.

Lawson (2004) realiza un análisis para contribuir al desarrollo de una concepción de colaboración que sea coherente, pragmática, y que esté basada en la evidencia científica. La colaboración se deriva, se ve retroalimentada y a la vez promociona relaciones interdependientes entre las partes interesadas (Lawson, 2004). En el enfoque centrado en la colaboración se asume que todas las familias tienen competencias, y son entidades con experiencia y capacidad de resolución de problemas. En este marco, tanto los clientes como los profesionales se consideran expertos; los profesionales ayudan a los clientes a activar sus habilidades, y los clientes colaboran aportando sus experiencias únicas, necesidades y destrezas (Madsen, 2007).

Hay que tener en cuenta que la colaboración es una relación de interdependencia, y como tal requiere el reconocimiento de roles complementarios, así como respetar las funciones

y conocimientos de todas las disciplinas que intervienen. Por otra parte, los equipos operan en organizaciones que tienen sus propias reglas, procedimientos y expectativas, y que pueden generar dificultades a la hora de realizar prácticas de interdisciplinariedad colaborativa (Orchard, Curran, y Kabene, 2005). La elevada rotación existente en la actualidad en los servicios que intervienen con individuos y familias en situación de dificultad dificulta asimismo esta colaboración interdisciplinar, con frecuentes entradas y salidas de miembros en el equipo.

3.6.1 Fuentes de conflicto en los equipos interprofesionales

Hay una amplia evidencia de que los servicios e instituciones están fragmentados, y carecen en muchas ocasiones de la coordinación interinstitucional e interprofesional necesaria (Selig, 1976, Sousa y Costa, 2010). Por ello, debería enfatizarse la visión del cliente como una persona en constante interacción con su ambiente.

Las fuentes de conflicto relacionadas con los equipos interprofesionales pueden tener su origen en diferentes aspectos: ignorancia respecto a las bases conceptuales de la práctica de otras disciplinas; pobre comunicación entre miembros de diferentes disciplinas; falta de confianza en otras disciplinas (Orchard et al., 2005).

Selig (1976) señala tres posibles áreas que pueden generar problemas al implementar esta perspectiva colaborativa. En primer lugar, señala la formación del profesional, así como su ideología. Afirma que son pocos los profesionales que se forman en un enfoque interpersonal, y que la tendencia es a considerar que las dificultades están “dentro de la cabeza de cada uno”, con la consiguiente dificultad para modificar el sistema o sistemas en sí. En segundo lugar, los valores de las instituciones, que no suelen tener en cuenta a la familia como un todo. Por último, señala que las definiciones que realizan los clientes de los problemas tienen también un enfoque individual. Así, una de las primeras tareas del profesional será redefinir el problema, de modo que el enfoque sea ecológico-sistémico, incluyendo la visión de la red social acerca de la situación, y no sólo la que tiene el cliente.

Orchard et al. (2005), por su parte, clasifican las posibles dificultades en la práctica colaborativa de los equipos interdisciplinares en tres grupos: estructuralismo organizacional, desequilibrios de poder, y socialización de roles.

El estructuralismo organizacional se define, siguiendo a estos autores, como el proceso administrativo de organización y toma de decisiones que se adopta en una institución, a fin de lograr los objetivos establecidos por los diferentes niveles de autoridad (legislación, procedimientos, regulaciones, etc.). Las organizaciones deben flexibilizar sus estructuras burocráticas para facilitar la adecuada atención interdisciplinar que se precisa a la hora de intervenir con familias en situación de dificultad.

Los desequilibrios de poder pueden clasificarse en dos grupos: conflictos de roles y conflictos relacionados con objetivos. El conflicto de roles se produce cuando se solapan en el

equipo competencias y responsabilidades, así como percepciones estereotipadas que algunos profesionales mantienen sobre otras disciplinas. Por el contrario, los conflictos generados en relación a objetivos, tienen más que ver con dificultades derivadas de diferentes creencias, cuestiones religiosas, socialización de los profesionales, etc. (Orchard et al., 2005).

Las diferentes profesiones relacionadas con el cuidado (enfermería, psicología, psiquiatría, trabajo social, etc.) tienen cada una su propia cultura, que incluye creencias, valores, actitudes y comportamientos que son particulares y específicos de esa profesión (Hall, 2005). Así, cada profesión se ha esforzado en definir sus fronteras, sus ámbitos competenciales, sus roles específicos en relación al cliente o paciente. Teniendo esto en cuenta, sucede con frecuencia que cuando dos profesionales de disciplinas diferentes estudian o analizan una misma situación, pueden tener diferentes percepciones y creencias acerca de dicha situación (Hall, 2005). Sostiene que para poder construir un equipo de trabajo interprofesional que trabaje de manera efectiva, es necesario que los diferentes miembros del equipo comprendan los mapas cognitivos del resto de profesionales, que se enmarcan en diferentes disciplinas.

Hall (2005) señala algunas consecuencias positivas de desarrollar prácticas colaborativas entre diferentes disciplinas para abordar una situación de dificultad. Por ejemplo, explica que el hecho de compartir conocimientos, habilidades y destrezas entre los diferentes profesionales, tiene una influencia positiva en la intervención. Además, los equipos de trabajo facilitan la tarea de diseñar e implementar soluciones creativas (Hall, 2005). Esto no impide que los miembros del equipo puedan discrepar en cuanto a sus expectativas, sus propuestas de definición de la situación, posibles soluciones, etc. En una práctica colaborativa, cada miembro del equipo asume un rol específico, pero como equipo, identifican y analizan los problemas de manera conjunta, definen objetivos y asumen la responsabilidad compartida en el desarrollo de intervenciones tendentes al cumplimiento de los objetivos marcados (Hall, 2005).

En conclusión, podemos afirmar que cada disciplina tiene su propia manera de comprender la realidad, desarrolla su propia cultura. Estas culturas de las diferentes disciplinas se basan en asunciones preconcebidas sobre epistemología, comportamiento y normativas apropiadas. Además, cada miembro del equipo trae consigo una serie de valores sobre el trabajo en equipo, valores que se basan en la socialización del profesional, sus experiencias personales y sus creencias. Por tanto, una colaboración interdisciplinar efectiva dependerá de la capacidad de las personas del equipo de comprender y respetar las diferencias de valores y creencias que cada disciplina y cada profesional desarrolla.

3.6.2 Elementos facilitadores para aumentar la eficacia del equipo multi-profesional

Orchard et al. (2005) plantean una serie de facilitadores para llevar a cabo un trabajo en equipo interdisciplinar que sea eficaz:

- Clara comprensión del rol y la experticidad de cada profesional.

- Confianza en las habilidades personales.
- Reconocimiento de los límites de su disciplina.
- Actuar de acuerdo a los valores y éticas de su propia profesión.
- Conocimiento de los estándares de la práctica de la propia disciplina.

Selig (1976) sugiere una serie de cuestiones que podrían ayudar a los profesionales en su intervención con familias multiproblemáticas, teniendo en cuenta las dificultades derivadas del trabajo con múltiples servicios, y manteniendo una perspectiva familiar sistémica. Así, sostiene que es necesario contactar con todos los profesionales implicados en la situación, para conocer la visión que tiene cada uno, los objetivos que se plantea, y sus posibles estrategias de cambio. Señala asimismo la importancia de disponer de un responsable de caso, en la misma línea que proponen seguir Sharlin y Shamai (2000), para que garantice la continuidad de la atención, así como la comunicación y coordinación entre los distintos profesionales implicados. Sousa y Rodrigues (2012) señalan la importancia de que el profesional asuma el rol de “gestor del caso”, para que la intervención con familias vulnerables sea más efectiva. Sostienen que la coordinación pretende evitar duplicidades y contradicciones entre los diferentes servicios y profesionales implicados.

Sousa y Rodrigues (2012) sostienen que hay tres pilares que pueden empoderar a los profesionales, consiguiendo una interacción más colaborativa con las familias, sus redes informales y otros profesionales involucrados.

Bronstein (2003) plantea un modelo de colaboración interdisciplinar, describiendo cinco componentes que constituyen la colaboración institucional entre los trabajadores sociales y el resto de profesionales: interdependencia, nuevas actividades profesionales, flexibilidad, compartir objetivos, y la reflexión sobre el proceso. Además, describe cuatro influencias que afectan a esta colaboración: el rol profesional, las características estructurales, las características personales y la historia de colaboración existente. Sostiene que es necesario averiguar qué constituye la colaboración, y qué factores influyen en ella, para poder desarrollar una colaboración verdaderamente efectiva.

Para desarrollar este modelo de colaboración interdisciplinar, Bronstein (2003) se basa en cuatro marcos de trabajo teóricos, a saber: una teoría multidisciplinar de colaboración, la integración de servicios, la teoría de roles y la teoría ecológico-sistémica.

En relación a los componentes de esta colaboración interdisciplinar, señala que la interdependencia se refiere a las interacciones entre profesionales que dependen unos de otros para cumplir los objetivos marcados. Las características de la interdependencia, según Bronstein (2003), incluyen: espacios de relación formales e informales, comunicación –verbal o escrita– entre los profesionales, y el respeto por las opiniones del resto de profesionales implicados. Considera que al poner en conjunto los conocimientos y experticidad de los diferentes

profesionales, se maximiza la creatividad con la que enfrentarse a la complejidad de las problemáticas sociales de las familias con las que trabajan (Bronstein, 2003). La creación de nuevas actividades profesionales hace referencia a estructuras, programas y actuaciones colaborativas que pueden obtener mejores resultados que si se realizan estas actuaciones de manera individual. La flexibilidad se refiere a la capacidad de adaptabilidad de los profesionales, incluso en contextos cambiantes. La flexibilidad también debe darse en el rol que asume cada profesional, en función no solo de su entrenamiento o formación previa, sino también de las necesidades de la organización, resto de profesionales, cliente, familia, etc. Además, la flexibilidad en el rol que asume cada profesional demanda unas relaciones menos jerárquicas y más igualitarias entre los profesionales de las diferentes disciplinas que trabajan de modo colaborativo. El hecho de compartir objetivos es otro de los elementos que integran la colaboración interdisciplinar, y se refiere a compartir la responsabilidad a lo largo del proceso para alcanzar los objetivos, incluyendo la participación conjunta en el diseño, definición, desarrollo y logro de dichos objetivos. Este es un aspecto central para una colaboración exitosa (Bronstein, 2003). Cabe señalar la conveniencia de la inclusión del cliente y su familia en esta tarea de establecer objetivos y metas, siendo fundamental la voz del cliente en todos los aspectos acerca del servicio recibido. La reflexión sobre el proceso se refiere a la atención de los colaboradores acerca de su proceso de trabajo conjunto. Esto incluye los pensamientos y conversaciones de los colaboradores acerca de su relación de trabajo, así como el proceso de ir incorporando las retroalimentaciones para fortalecer esas relaciones colaborativas, y por ende la eficacia del proceso (Bronstein, 2003).

En cuanto a los factores que tienen influencia sobre la colaboración interdisciplinar, Bronstein (2003) señala el rol profesional, las características estructurales, las características individuales y la historia de colaboración. En efecto, sostiene que un fuerte sentido del rol profesional implica, entre otras, las siguientes acciones: sostener los valores y principios éticos de la profesión del Trabajo Social; tener respeto por el resto de colegas y profesionales; ser leal con los principios del servicio en el que se ubica, etc. Las características estructurales que se relacionan con la colaboración interdisciplinar incluyen aspectos como disponer de cargas de trabajo manejables, una cultura institucional que dé soporte a la colaboración interdisciplinar, autonomía profesional, y el tiempo y el espacio necesarios para que efectivamente pueda darse esa colaboración. Las características personales que afectan a la colaboración tienen que ver con las maneras en las que los profesionales ven al resto de personas, al margen de su rol profesional (confianza, respeto, comprensión, comunicación informal). La historia de colaboración hace referencia a experiencias anteriores de los profesionales en relación a la interdisciplinariedad.

Hall (2005) determina un serie de habilidades esenciales para poder desarrollar un trabajo en equipo que sea efectivo:

- Cooperación. Implica reconocer y respetar las opiniones ajenas, así como examinar y modificar las propias creencias.
- Asertividad. Dar soporte al punto de vista del otro.
- Responsabilidad, lo que supone aceptar y compartir responsabilidades, así como participar en la toma de decisiones y la planificación de la intervención.
- Comunicación, esto es, compartir información de manera efectiva y realizando intercambio de ideas.
- Autonomía, esto es, la capacidad de trabajar de manera independiente.
- Coordinación, es decir, organización eficiente de tareas.

Consideramos que, si bien los profesionales pueden entrenarse en estas habilidades, las instituciones deben proveer de las condiciones necesarias para su desarrollo. Así, correspondería al nivel institucional la adecuación de los espacios de trabajo para facilitar las reuniones multiprofesionales, el desarrollo de protocolos y procedimientos para desarrollar el trabajo en red, así como una asignación de cargas de trabajo que tenga en cuenta estos espacios de dialogismo y reflexión que, como hemos estado viendo, son un potente elemento en el desarrollo exitoso de la intervención.

Reder (1986) propone una serie de estrategias para los profesionales que trabajan con familias multi-asistidas. En primer lugar, sostiene que es necesario tomarse tiempo para conocer la situación antes de actuar. A continuación, recomienda mapear el sistema, para descubrir sus miembros significativos y las relaciones entre ellos. Recomienda situar en ese mapa al equipo actual que interviene, la familia extensa y las redes profesionales, la naturaleza de sus relaciones, la historia de las relaciones entre la familia, la familia extensa, la red profesional y la relación del sistema con la situación actual. Esta información puede organizarse en hipótesis sobre el sistema, sus reglas, y el “juego” al que está invitado el profesional a participar (Reder, 1986). Además, hay que preguntar a la persona o sistema derivante acerca de sus expectativas en relación con nuestro trabajo. Este autor explica que él intenta trabajar de la siguiente manera: primero se reúne con la red profesional (una hora aproximadamente), realizan un descanso para realizar hipótesis con su equipo, y luego vuelven a reunirse, invitando también a la familia. El equipo puede, así, sugerir conclusiones, decidiéndose si son necesarias más sesiones, y acordando con cada persona cuál será su papel (Reder, 1986).

Finalmente, acabamos este apartado con una serie de estrategias que propone el Departamento de Servicios Comunitarios de Estados Unidos (NHS), a raíz de un estudio con el que pretenden aumentar la participación de las familias vulnerables en los servicios sociales. Así, explican que se ha demostrado la evidencia empírica –con investigaciones que han utilizado método experimental, con grupo control- de las siguientes estrategias en la mejora de adhesión inicial de los participantes al programa (Watson, 2005). Sugieren que se realice un

seguimiento del caso una semana después del contacto inicial, y tener un contacto semanal con las familias durante los primeros cuatro meses. Cabe señalar que Seikkula et al. (2003) recomiendan, en esta línea, responder a la solicitud de ayuda en las primeras 24 horas, y tener un contacto diario con la familia durante las primeras semanas (trabajan con personas con problemas psicóticos, y tratan de que tomen la menor medicación posible).

Por otra parte, y en relación a la retención de los participantes en el programa, el estudio del NHS recomienda ofrecer servicios de transición a las familias (por ejemplo, aquellas que tienen su primer hijo), para facilitar así la asistencia a las sesiones (Watson, 2005). También proponen adoptar un rol de soporte, y asegurarse de que ese soporte resulte útil a la familia. Señalan, asimismo, que es recomendable que se facilite el acceso a dicho soporte (por ejemplo, proveyendo de transporte gratuito a las familias). Señalan la importancia de realizar una visita al hogar familiar antes de comenzar una intervención clínica, y tratar de reclutar a las familias en la comunidad, y no derivadas por las autoridades. También defienden la necesidad de que la institución facilite los canales apropiados para poder gestionar los recursos de una manera ágil, así como un espacio adecuado de supervisión de casos. Finalmente, advierten de la importancia de no sobrecargar a los profesionales. Sugieren que manejen entre 10 y 25 familias, en función de su nivel de necesidad o dificultad (Watson, 2005).

Como vemos, son muchos los autores que, en los últimos 50 años, han defendido la intervención en red como un elemento imprescindible para trabajar con familias en situación de especial dificultad.

3.7 Intervención basada en redes

La intervención basada en redes constituye un instrumento eficaz tanto en el tratamiento de los sistemas sociales en crisis como en el tratamiento de individuos, a través de la activación de las redes existentes. Esta intervención constituye una tarea compleja, ya que implica desarrollar contextos colaborativos entre los profesionales, los equipos, y las diversas instituciones implicadas (Matos y Sousa, 2004).

La intervención en redes pertenece a un grupo de intervenciones psicológicas que se basan en principios eco-sistémicos fundamentales. Así, identifican al cliente como la expresión de una disfunción en el sistema social al que pertenece. Expandiendo esta premisa, el sistema familiar del cliente puede verse como una representación de las dificultades del sistema social más amplio (Dott, Velden, Ruhf, y Schoenfeld, 1984). El término “red social” se define como un grupo de personas que incluye al cliente identificado, su familia nuclear, su familia extensa, y todas sus relaciones de soporte social que sean relevantes (vecinos, colegas de trabajo, amigos). También se incluyen en esta red los profesionales y los servicios. El objetivo de la intervención psicosocial o socio-relacional será cambiar el sistema de relaciones ecológicas, de modo que las metáforas de las relaciones se modifiquen (Dott et al., 1984). La unidad de

intervención –esa red social- se usa como agente de cambio, no es el objetivo del cambio. Esto es, el sistema más amplio ofrece un mayor flujo de información que puede intervenir en esa tendencia a la homeostasis familiar (Dott et al., 1984).

La intervención con la red comienza en Estados Unidos a finales de la década de 1960, especialmente a partir del trabajo desarrollado por Carolyn Attneave y Ross Speck, con implicaciones a nivel de salud mental –y social-.

Muchos individuos y familias que reciben apoyo psicosocial están rodeados por multitud de expertos, y la falta de coordinación puede acarrear consecuencias no intencionadas (Seikkula et al., 2003). Por esta razón, estos autores analizan la emergencia del dialogismo en el trabajo psicosocial, proponiendo una mirada integradora de los sistemas de cuidado social y de atención psiquiátrica, ya que ambos sistemas utilizan métodos de intervención basados en el diálogo. En la década de 1970 se desarrolla un repertorio más amplio para construir, apoyar y restaurar las comunidades personales de cuidado (Seikkula et al., 2003). Inicialmente, la intervención en la red significaba la movilización de reuniones a gran escala de la red para trabajar en situaciones de crisis, pero se convirtió en un problema, ya que las reuniones podían involucrar a 30-50 personas, con las dificultades que eso conlleva (Seikkula et al., 2003). A finales de la década de 1980, Imber-Black (2000) ofrece un modelo pionero para entender las múltiples relaciones de la familia con los sistemas formales de apoyo. Lo veremos en detalle cuando profundicemos en las estrategias que diversos autores han propuesto para optimizar el trabajo en red.

El enfoque de red llegó a Europa a finales de la década de 1980, considerando que esos sistemas más amplios que la familia (SMAF) son factores importantes en la vida del cliente, por lo que resulta útil integrar el trabajo de diferentes profesionales en la situación de crisis que se esté produciendo. Así, en lugar de que cada profesional trabaje con el cliente de forma separada, empieza un proceso colaborativo a nivel profesional. En Portugal se desarrolla este enfoque, especialmente con familias con bajos ingresos. Cabe destacar que los profesionales están más dispuestos a aceptar ese trabajo en red a nivel profesional, más que a integrar personas de las redes personales de los clientes en ese proceso de intervención (Seikkula et al., 2003; Sousa, 2005), aunque pronto se vio la necesidad de que los profesionales incorporaran nuevos modos de proceder. En lugar de pericia prescriptiva, se comienza a reclamar habilidades de movilización (Seikkula et al., 2003); la red del cliente no es ya un simple objeto de intervención, sino que se convierte en un recurso insustituible para proceder.

Muchos enfoques basados en el lenguaje, como el enfoque colaborativo, la narrativa en sus múltiples formas, o la intervención basada en soluciones, también incluyen en sus procesos de intervención las redes sociales más cercanas (Seikkula et al., 2003). El enfoque de redes parte de la premisa de que diferentes sistemas de ayuda pueden trabajar de manera conjunta ante una misma situación. El trabajo profesional se desarrolla de un modo colaborativo, en lugar de que

cada experto trabaje de modo separado con el cliente (Escudero, 2013; Imber-Black, 2000, 2010; Madsen, 2007; Madsen y Gillespie, 2014; Seikkula et al., 2003).

Dott et al. (1984) describen en un artículo el proceso de intervención de red, a partir de la derivación y evaluación de un sistema-cliente, incluyendo las sesiones celebradas y el seguimiento final. El primer paso en el proceso de intervención de red comienza con la derivación. Es común que con ese individuo o familia derivado ya se hayan realizado (sin éxito) otras intervenciones, y las personas involucradas están desesperanzadas, y por eso consideran el enfoque de red. A continuación, se lleva a cabo la evaluación. En este encuentro de los miembros más significativos de la red social del cliente identificado, se examinan los aspectos principales. Cada persona expone su punto de vista acerca de los problemas que ve, los intentos pasados de enfrentarlo, y se determina el nivel de desesperación de una parte de esa red (Dott et al., 1984). El siguiente paso es convenir y construir una red de trabajo, que incluirá a profesionales, a miembros de la familia, amigos y personas significativas. Se trata de conseguir que el sistema se torne lo suficientemente flexible como para poder enfrentar con éxito sus propias crisis –actuales y venideras- (Dott et al., 1984). Una vez completado el proceso, resulta fundamental que el equipo mantenga contacto periódico con la red de trabajo creada, normalmente a través del recurso al que se ha derivado. Si una parte del equipo considera necesario realizar más intervención, se puede concertar otro encuentro unos meses después de la última reunión, y a menudo este encuentro se cancela porque la red para entonces funciona de manera autónoma (Dott et al., 1984).

En los países nórdicos, al contrario de lo que sucede en los países mediterráneos, los sistemas expertos están reemplazando recursos tradicionales de control y soporte (Seikkula et al., 2003), y de ahí la necesidad de consolidar procedimientos de colaboración entre los diferentes sistemas profesionales. En los países mediterráneos, sin embargo, la tradición familiarista todavía está profundamente arraigada, y se espera de la familia extensa mucho más soporte en la provisión de apoyo material, emocional y social (Alberdi, 2006; Flaquer, 2001, 2004). Así, los países nórdicos tienen un desarrollo más avanzado en cuanto a la intervención con redes, introduciendo conceptos y técnicas novedosas, tales como el diálogo anticipatorio o el diálogo abierto, ambos basados en el dialogismo, esto es, en facilitar un diálogo que permita la emergencia de soluciones alternativas.

3.8 Ética interprofesional

Para poder desarrollar un adecuado trabajo en equipo, los diferentes profesionales deben comprender tanto su propia disciplina como la función del resto de disciplinas que entran en interacción, así como sus visiones del cliente, de sus potencialidades y de sus limitaciones (Clark, Cott, y Drinka, 2007). Además, el objetivo último del equipo de trabajo es el bienestar

del cliente, lo que en términos éticos incluye generalmente la consideración de los principios de beneficencia, no maleficencia, respeto a la autonomía, y justicia.

Clark et al. (2007) consideran que un marco conceptual comprehensivo para comprender las dimensiones éticas de un equipo interprofesional incluye tres elementos. En primer lugar, estarían los principios que sugieren principios generales de comportamiento. Los principios morales sugieren directrices de comportamiento, basadas en conceptos éticos considerados esenciales para mantener relaciones humanas. A nivel individual incluye elementos personales y profesionales. Respetando la práctica del equipo, cada profesional tiene las siguientes obligaciones: desarrollar conocimiento sobre su propia competencia, como la base de mutuo respeto entre las profesiones del equipo; comprender las normas y prácticas estandarizadas de resto de profesiones; dominar los conocimientos básicos y las habilidades necesarias para un trabajo en equipo eficaz (Clark et al., 2007). A nivel de equipo, los diferentes miembros mantienen sus directrices de conducta, pero se superponen las expectativas del equipo, que tal vez llevarán a los miembros a conflictos, bien con ellos mismo, bien con los preceptos de su profesión. Algunos principios que los miembros del equipo deben desarrollar entre ellos son el respeto, la verdad, la beneficencia y la justicia. Se enfatiza la importancia de la responsabilidad, tanto en la promoción y protección del equipo de trabajo, como la responsabilidad compartida de cada miembro sobre las decisiones tomadas y los resultados obtenidos (Clark et al., 2007). A nivel de organización, se pueden incluir –entre otros- los siguientes: actuar con espíritu público, tratar a los trabajadores con respeto, realizar un uso sabio de los recursos. En relación al equipo de trabajo propiamente dicho, la organización debe: respetar la relación única que se establece entre el cliente y el equipo, comprender los principios básicos del equipo de trabajo, ofrecer suficientes recursos al equipo para que pueda cumplir su misión.

En segundo lugar, Clark et al. (2007) señalan las estructuras formales e informales que abarquen conocimientos y patrones de comportamiento de forma organizada. Las estructuras son patrones establecidos de pensamiento y comportamiento en una organización con prácticas individuales y colectivas de un equipo de trabajo. Estas estructuras pueden ser formales, basadas en códigos preestablecidos de prácticas y comportamientos (codificados en reglas y obligaciones), o bien informales, teniendo lugar fuera de las fronteras de las reuniones o encuentros profesionales. A nivel individual, los códigos profesionales sobre la ética refuerzan las expectativas de comportamiento de los profesionales, y sugieren marcos de acción congruentes con cada particular profesión. A nivel de equipo, los miembros del equipo tienen la responsabilidad de desarrollar definiciones integradas sobre los problemas del cliente, así como sobre los planes de intervención asociados, asegurándose de que sus esfuerzos colaborativos se dirigen a las necesidades específicas de cada paciente. A nivel organizacional, Clark et al.

(2007) señalan que la organización tiene la responsabilidad de facilitar al equipo los recursos necesarios para que puedan alcanzar los objetivos establecidos.

Finalmente, se encuentran los procesos, entendidos como factores relacionados con aspectos de procedimiento de la práctica ética, centrándose en “cómo se hacen las cosas”, más que “qué es lo importante”. El énfasis en los procedimientos éticos se debe a cómo se definen los problemas y cómo se piensan e implementan las soluciones. En este proceso, resulta esencial la calidad de la comunicación y el nivel en que los conflictos se identifican. Si la estructura es el marco, el proceso son las acciones que tienen lugar en ese marco (Clark et al., 2007). A nivel individual, un principio ético clave es tratar a la persona como un “fin en sí mismas”, y no tanto “un medio para otro fin”. Así, se trata a la persona de una manera que les ayuda a alcanzar sus objetivos o planes de vida, tratados como personas humanas únicas, llenas de dignidad y respeto. A nivel de equipo, es necesario un “procedimiento ético” que enfatiza la importancia del diálogo moral, el discurso y la reflexión (Clark et al., 2007). A nivel de organización, es necesario que la entidad o servicio se involucre activamente en el desarrollo adecuado del equipo y sus funciones.

Así pues, la ética en los equipos multiprofesionales está íntimamente ligada a la responsabilidad de desarrollar intervenciones con una mirada holística y reflexiva. Y de nuevo las instituciones juegan un papel importante, ya que pueden facilitar esos espacios de encuentro y reflexión, o bien limitarlos y obstaculizarlos. Veamos en el siguiente apartado qué facilitadores institucionales han ido proponiendo diferentes autores, en aras de mejorar la calidad de las intervenciones con familias en situación de especial dificultad.

3.9 Evaluación de los sistemas más amplios que la familia

A continuación, se presenta un listado de preguntas, basado en la obra de Imber-Black (2000), para evaluar diferentes aspectos de la relación entre la familia y los sistemas más amplios.

1) La determinación de los sistemas implicados. ¿Cuáles son los sistemas amplios vinculados a la familia? ¿Cuántos organismos interactúan regularmente con la familia? Número y tipo de profesionales. ¿Durante cuánto tiempo y con qué frecuencia interaccionan? ¿Cuál es la historia de las relaciones de la familia con los sistemas amplios? ¿Cuál es el vínculo actual con los sistemas amplios? ¿Cómo han interactuado con la familia las personas responsables de la derivación (intenciones, significados, etc.)?

2) Las definiciones que dan del problema los principales sistemas. ¿Cómo definen el problema la familia y los sistemas amplios, y cuál es, según ellos, la manera adecuada de encararlo? ¿Influyen los mandatos de los sistemas más amplios en la definición del problema? ¿Hay algún aspecto sobre el que se haya logrado acuerdo? ¿Cuáles son las diversas configuraciones del desacuerdo? ¿A quién o a quiénes se atribuye preferentemente la culpa?

¿De quién es, en todo caso, el problema? ¿Se han tomado medidas basadas en propósitos que se mantuvieron ocultos?

3) Las disposiciones diádicas y triádicas entre la familia y los sistemas amplios. ¿Hay pautas usuales y crecientes de complementariedad y/o simetría entre la familia y los sistemas amplios? ¿Esas pautas son isomórficas respecto de las que existen en la familia, en el sistema amplio y/o entre los sistemas amplios? ¿Las pautas están en sincronía o en conflicto con las definiciones implícitas que conforman las relaciones entre clientes y asistentes? ¿En relación con qué temas existen las pautas? ¿Qué tríadas forman la familia y los sistemas amplios? ¿Cuáles son sus pautas específicas? ¿Cómo afectan las disposiciones triádicas el funcionamiento de la relación familia-sistema amplio? ¿Qué posibilidades hay de que el profesional se sume inadvertidamente a las tríadas?

4) Los límites entre la familia y los sistemas mayores. ¿Cuál es habitualmente la naturaleza de los límites entre la familia y los sistemas amplios (en una gama comprendida entre “demasiado difusa” y “demasiado rígida”)? ¿Cuál es habitualmente la naturaleza de los límites entre el sistema amplio y las familias? ¿y la de los límites entre dicho sistema y otros sistemas amplios? ¿Cuál es la naturaleza particular de los límites entre una determinada familia y determinados sistemas amplios? ¿Existe una lucha respecto de cuáles son los límites apropiados? ¿Alguno de los sistemas está buscando aliados a fin de renegociar indirectamente los límites? ¿El límite entre la familia y los sistemas amplios es temporario o duradero?

5) Los mitos y las creencias. ¿Cuáles son las fuentes de los mitos de la familia? ¿Cuáles son las fuentes de los mitos de los sistemas amplios? ¿En qué se parecen los mitos de la familia a los de los sistemas amplios? ¿En qué se oponen los mitos de la familia a los de los sistemas amplios?

6) Las conductas de solución en el pasado y en el presente. ¿Qué soluciones se han intentado previamente, por parte de la familia, para tratar con los sistemas amplios? ¿Y los sistemas amplios, qué soluciones han intentado previamente para tratar con la familia?

7) Las trabas. ¿Cuáles son las trabas que la familia está comunicando a los sistemas amplios? ¿Cuáles son las trabas que los sistemas más amplios están comunicando a la familia? ¿Qué conductas inusuales se vuelven comprensibles si se tienen en cuenta las trabas?

8) Las transiciones en los macrosistemas. ¿El macrosistema se caracteriza por frecuentes entradas y salidas de asistentes? ¿Se han producido recientemente en el sistema amplio cambios de política que afecten el trabajo? ¿Las familias están enteradas de esos cambios? ¿Las transiciones en el macrosistema reflejan transiciones no resueltas en la familia, especialmente pérdidas? ¿Es necesario trabajar para lograr una transición que permita a la familia funcionar con más autonomía?

9) Las predicciones. ¿Cuáles son las predicciones de la familia acerca de sí misma y de sus relaciones con los sistemas amplios? ¿Cuáles son las predicciones del sistema amplio acerca

de una familia determinada y de la relación que esa familia mantiene con él o con otros sistemas amplios? ¿Cómo se relacionan entre sí las predicciones de la familia y las del sistema amplio?

3.10 Facilitadores institucionales en las intervenciones multiprofesionales con familias en situación de especial dificultad

Las estructuras de los servicios de apoyo formal tienden a ser rígidas, dificultando que los profesionales que se ubican en ellas puedan flexibilizar los procedimientos de intervención con familias en situación de especial complejidad. A continuación, señalamos aspectos que se deben tener muy presentes cuando se trabaja con estas familias, aspectos que a nivel institucional se pueden facilitar o impulsar: trabajo en equipo, supervisión, trabajo en el hogar, etc.

3.10.1 Trabajo en equipo

Sharlin y Shamai (2000) sostienen que, para obtener resultados exitosos en la intervención con este tipo de familias, es necesario disponer de estructuras específicas a nivel institucional. Un claro ejemplo es el hecho de poder contar con un equipo terapéutico, de modo que en el caso haya dos roles diferenciados; por una parte, el gestor del caso y, por otra, el profesional encargado de la intervención terapéutica propiamente dicha. Si a nivel institucional esto no es posible, Sharlin y Shamai (2000) proponen que el profesional pueda recibir supervisión de manera intensiva, incluyendo la supervisión “en vivo”, o colaborar con algún colega involucrado en el proceso, para prevenir la soledad y que se genere esa coalición de desesperación.

Así pues, estos autores consideran que la intervención en equipo resulta fundamental para poder realizar intervenciones exitosas con estas familias. Afirman que debe haber un mínimo de dos profesionales implicados en ese trabajo intensivo que se realiza. Uno de ellos es el gestor o responsable del caso, responsable de proveer a la familia de la asistencia necesaria, estableciendo un sistema de soporte, y uniendo a la familia con instituciones que les resulten significativas. El otro profesional debería asumir el rol de terapeuta familiar, y ser el líder del equipo conduciendo las reuniones, por dos motivos. En primer lugar, porque pueden ser un modelo de comunicación directa y respetuosa, sirviendo de referencia a los miembros de la familia. En segundo lugar, esta división ayuda a incidir en la necesidad de límites claros con respecto a qué temas trabajar en la sesión. Así, las cuestiones financieras se discuten con el gestor del caso, mientras que los aspectos relacionales se trabajan con el terapeuta familiar. Esto, según explican Sharlin y Shamai (2000), ayuda a crear un contexto organizado, lo que su vez podría influir en la organización familiar.

3.10.2 Sesiones en el hogar familiar para disminuir el absentismo

Minuchin et al. (2009) explican la importancia de que se puedan flexibilizar los procesos burocráticos cuando se trabaja con familias en situación de especial vulnerabilidad. Consideran que las instituciones pueden facilitar el acceso de estas familias a los recursos disponibles, y que, en muchas ocasiones, los procedimientos resultan especialmente complicados para estas familias. En este sentido, cabe remarcar que un requerimiento fundamental cuando se trabaja con familias multi-estresadas es que el profesional o equipo debe tomar la responsabilidad del contexto terapéutico. Esto implica asumir que hay que recordarles las citas, y que hay que verse, aun cuando no hayan completado las tareas encomendadas. Aunque esto puede percibirse como condescendencia, Sharlin y Shamai (2000) lo consideran una demostración de comprensión real de los problemas de estas familias. Las instituciones suelen establecer criterios de atención en este sentido, y en muchas ocasiones, si una familia acude con retraso a la cita, el profesional tiene el mandato de darle nueva cita, pero no de atenderle en ese momento. Siguiendo a Sharlin y Shamai (2000), que la familia no acuda a los encuentros no significa que no esté motivada, sino que normalmente tiene que ver con la desorganización y con la falta de habilidades para organizarse en cuanto a horarios se refiere. Ir a su casa ayuda a evitar este problema, y también revela importante información terapéutica, porque el proceso tiene lugar en el entorno natural de la familia. Además, se evitan suspicacias que han podido acumular de experiencias dolorosas e ineficaces del pasado relacionadas con profesionales de ayuda. Es importante que el profesional comprenda el hecho de que no asistir a las reuniones / encuentros tiene más que ver con la desorganización, y no tanto con la motivación. Cabe señalar que, si la familia prefiere encontrarse en el despacho del profesional, así se hará. Por otra parte, diversos autores señalan que la intervención con estas familias desde sus hogares facilita la adherencia de las familias al tratamiento o programa de intervención (Madsen, 2007; Madsen y Gillespie, 2014; Sharlin y Shamai, 2000). Sin embargo, en España se tiende a trabajar desde los centros de servicios sociales, y la entrevista domiciliaria es tan solo una de las múltiples herramientas que manejan los trabajadores sociales en la intervención con familias (Chagas, 2014). Así, el desplazamiento a los hogares suele realizarse de forma puntual, y modificar este aspecto supondría que la institución reorganizase sus procedimientos y recursos, así como la filosofía subyacente.

3.10.3 Supervisión

Así, la complejidad de estas familias implica que el profesional no puede limitarse a técnicas conectadas con un enfoque específico de intervención, sino que hay que utilizar diferentes herramientas, técnicas, habilidades y destrezas, justamente para ayudar a la familia en ese reto del proceso de cambio (Sharlin y Shamai, 2000).

El objetivo de la supervisión es ayudar a terapeutas y trabajadores sociales a prestar un servicio útil a sus clientes desde sus respectivas organizaciones, de diferentes modos o perspectivas. Unos subrayan el desarrollo de conocimientos y habilidades, y otros lo consideran

un proceso de empoderamiento, usado para dar soporte a los profesionales para descubrir e implementar sus habilidades. Sharlin y Shamai (2000) consideran que integrar ambas perspectivas resulta útil en el trabajo con FED. Se trata de empoderar al profesional para descubrir otro nivel de comprensión y otro modo de aproximarse a la familia. Así, el supervisor juega diferentes roles:

- Docente. Conocimiento teórico-práctico en determinados momentos;
- Soporte. Ayuda a gestionar frustraciones y desacuerdos sin culparles, ayuda a contener emociones, como el profesional hace con la familia;
- Intervención sociorelacional. Ayuda con las resonancias, esto es, con las asociaciones que pueda hacer el profesional con aspectos de su vida o historia personal;
- Colega. Los profesionales pueden tomar parte de un diálogo a múltiples niveles, lo que les permite criticar, gastar bromas, compartir experiencias, etc.

Cinco temas parecen tomar especial relevancia en la supervisión de profesionales que intervienen con FED (Sharlin y Shamai, 2000):

1. Trabajar esa coalición de desesperación. Es esencial preparar al profesional antes de que comience la intervención psicosocial o socio relacional. Hay que entrenarle para identificar claves que le puedan ayudar a gestionar esa desesperación, definir esas pistas e incluirlas en la supervisión.
2. Gestionar el miedo de la FED hacia la sociedad. Dirigen ese miedo al profesional como representante de la sociedad. La mayoría de las FED sienten enfado hacia la sociedad, culpándola de crear y mantener las condiciones responsables de su desesperación. Aunque el enfado y la culpa a la sociedad a veces tienen base real, hay muchas situaciones en las que la culpa se usa para focalizar el locus de control en el exterior. Este enfado a menudo se dirige a los que perciben como representantes de la sociedad, como trabajadores sociales y otros profesionales de ayuda. Por ello, contener el enfado y la frustración es a menudo el primer paso para que los profesionales puedan trabajar atendiendo las necesidades de sus clientes.
3. Gestionar la condición de la familia de sentirse sobrepasada. El caos de la FED, caracterizada por una gran variedad de problemas interconectados, sobrepasa a los profesionales casi en cada sesión. En muchas situaciones, la familia no puede centrarse en el tema de discusión, y vuelven a quejarse de sus dificultades, mostrando miedo y culpa. La supervisión va dirigida a ayudar al profesional a ser empático sobre ese entorno sobrepasado en el que viven las familias. Hay que ayudar al profesional a separarse de sí mismo de la situación. En ocasiones, se sugiere al profesional que pueda compartir con la familia esa percepción sobre su

sentirse sobrepasados, invitando a la familia a discutir cómo estas condiciones que sobrepasan están afectando a sus vidas diariamente. Si el profesional o el equipo no puede reorganizar esos sentimientos, entonces el supervisor va al siguiente estadio, en el que se da al supervisado una ayuda concreta. Se le pide que haga un listado de los problemas de la familia, definiendo la intensidad de cada problema, y evaluando cuáles son urgentes y cuáles pueden esperar, qué problemas pueden usarse para que la familia comience el proceso de cambio, y cuáles tienen más posibilidad de resolución, y que supongan un menor tiempo de intervención. Este análisis puede ser una guía para el profesional, que puede elegir discutir esto con la familia, como parte del proceso de intervención sociorelacional. Si el profesional determina que sería muy dificultoso para la familia un análisis así, entonces el terapeuta o el responsable de caso puede iniciarlo y sugerir una dirección a la familia.

4. Desarrollar una visión sistémica, en lugar de una perspectiva focalizada en una persona. En muchas relaciones entre mujeres profesionales y mujeres de FED, Sharlin y Shamai (2000) afirman que se puede observar una especial identificación de la mujer con la profesional. Debido a que la mayoría de los maridos en FED tienen problemas con el alcohol o con la delincuencia, y son violentos con sus parejas e hijos, las mujeres se perciben como víctimas. La mujer tiene una gran carga criando a los hijos y encargándose de las tareas del hogar, y también a veces trabajan fuera de casa para contribuir a la economía familiar. Tienen cierto poder en la familia, y este poder se manifiesta con actitud de los demás hacia ellas como “las buenas” y los maridos “los malos”. En el proceso de supervisión hay que ayudar a los profesionales para que minimicen sus actitudes enjuiciadoras hacia los maridos que ya no mantienen actitudes violentas hacia sus esposas. La mayoría de los profesionales son mujeres, y tal vez por ello son más sensibles a las cuestiones de género.
5. Afecta a todo el equipo, trabaja todo el equipo. En relación al equipo, también se da soporte a los supervisados para poder llevar a cabo de modo eficaz el liderazgo del equipo.

3.10.3.1 Técnicas en supervisión

Las técnicas que se usan con frecuencia en sesiones de supervisión sobre FED son:

1. Ventilación. En el proyecto de Sharlin y Shamai (2000), el terapeuta hablaba con el supervisor al final de cada día que trabajaba con población FED. A medida que el proyecto fue avanzando, cada vez necesitaron menos supervisión, incluso llegando a desaparecer. Se puede ayudar a ventilar generando una atmósfera de soporte entre los

miembros del equipo. De todas maneras, puede volverse una “coalición de desesperación”. En estos casos, es útil disponer de un supervisor que no conozca a la familia, y que no pueda compartir bromas cínicas sobre ella, o ese sentimiento de desesperanza.

2. Proporcionar seguridad. Debido a esas necesidades sin fin de las FEDS, se requieren diversas técnicas terapéuticas para poder lidiar con los problemas. Así, el profesional usa diferentes perspectivas creativas, que a veces no se comprenden o se perciben como poco profesionales por los jefes del servicio. A pesar de ello, los profesionales deben tener el coraje de implementar sus planes, reafirmando en esa necesidad de usar métodos creativos para conseguir un cambio efectivo. Esta reafirmación puede darse de varios modos:
 - a. Integrando la dirección específica elegida por el profesional como parte de la intervención.
 - b. Ayudando al profesional a comprender por qué en ocasiones es difícil para la institución y/o para la familia participar en esa dirección.
 - c. Encontrando un modo de reconectar con la institución y/o con la familia en la reconstrucción y desarrollo de la dirección creativa elegida.
3. Identificar y definir límites. Estas técnicas se usan para ayudar al profesional a mantenerse flexible, siendo al mismo tiempo específico definiendo el objetivo o meta, el contrato y el contexto terapéutico, así como implementando el proceso según el objetivo establecido. Es muy importante ayudar al profesional a mantenerse centrado, para evitar sumarse al comportamiento impulsivo de la familia.
4. Guía y dirección. Cuando un profesional expresa sentimientos de inutilidad en relación a la falta de habilidades, intervenciones adecuadas y dirección terapéutica, el supervisor debe ofrecer asistencia al supervisado. Esta ayuda se presenta como un pensamiento creativo, y no tanto un “mandato” que deba obedecer e implementar. Esta técnica de supervisión es efectiva cuando las sugerencias del supervisor se examinan de acuerdo con el propio estilo de intervención del profesional, y en el contexto en el que se ubica la familia que requiere la ayuda. Esta técnica es similar a la lluvia de ideas, en la que ambos trabajan juntos para encontrar una intervención que resulte adecuada para enriquecer el modo de llegar a estas familias.
5. Trabajar en procesos paralelos entre el sistema terapéutico y el sistema familiar del propio terapeuta, así como entre el sistema terapéutico y el sistema de supervisión. Este

proceso debe clarificarse si el profesional se bloquea y no puede utilizar las habilidades o la dirección que ha determinado el supervisor en ese trabajo con la familia. En estas situaciones, es posible que el sistema terapéutico y el proceso evoquen una resonancia que pertenece al sistema familiar del profesional, generando miedo, ansiedad, enfado o parálisis. Cuando se trabaja en un proceso paralelo, se usa un enfoque sistémico, comprendiendo que ambos -familia y profesional- afectan y se ven afectados por los sentimientos, emociones, recuerdos, pensamientos, y comportamientos de los demás. Estos sentimientos de sentirse sobrepasado, desorganizado, frustrado y enfadado, puede ocurrir con los supervisores también y, en tal caso, debe evaluarse el efecto de esos sentimientos en el proceso de supervisión, ya que es importante comprender qué resonancia de la familia evoca en el terapeuta, y en qué modo. En la mayoría de casos, los supervisores descubrirán que, a través de la interacción con los supervisados, se puede comprender mejor el sistema terapéutico, creando un contexto similar. Es importante indicar esto a los supervisados y subrayar que, una vez han empatizado con esta dificultad, podrán separarse de ella. Esto ayuda al profesional a distanciarse de esas situaciones de extrema dificultad.

En conclusión, la supervisión del profesional que trabaja con FED tiene las mismas metas que la supervisión que se realiza con profesionales que trabajan con otras poblaciones. Los objetivos adicionales relacionados con las situaciones que sobrepasan y que a menudo se alargan en el tiempo, causan en los profesionales sentimientos de frustración y desesperanza. Estas situaciones requieren de una especial habilidad por parte del supervisor que contiene estos sentimientos, para “darles la vuelta” y generar esperanza. En este rol, los supervisores pueden ayudar a los profesionales, que se convierten en el blanco del sufrimiento y miedo de las FED, para que puedan distanciarse lo suficiente como para poder intervenir. Este proceso requiere que el supervisor preste atención a estos aspectos específicos que venimos comentando, así como un uso creativo de las técnicas convencionales de supervisión.

3.11 Modelos de intervención con FED

La intervención en trabajo social con personas y familias en situación de especial dificultad puede realizarse en el marco de diferentes modelos teóricos y enfoques. A lo largo de las últimas décadas han emergido propuestas terapéuticas de muy diversa índole para intervenir con familias FED, y que parten de postulados teóricos relacionados con el enfoque ecológico-estructural, las prácticas narrativas, el enfoque centrado en soluciones. También hay autores que señalan la necesidad de disponer de diferentes modelos y enfoques, de modo que se puedan ir integrando para dar una atención realmente individualizada a cada familia. Así, por ejemplo, Sharlin y Shamai (2000) proponen disponer de una “caja de herramientas” en la que se incluyan técnicas de diferentes enfoques teóricos, y animan a los profesionales a que las vayan usando en

función de las necesidades específicas de cada caso. Su lema es “si funciona, entonces utilízalo”.

No es objeto de esta tesis profundizar en los diferentes modelos teóricos que sustentan la intervención con FED, si bien es cierto que todas las técnicas, estrategias y habilidades que se pretenden estudiar tienen su correspondiente base teórica. Consideramos adecuado, por tanto, poder detallar algunos aspectos relacionados con la eficacia demostrada de estos enfoques, pero manteniendo ese espíritu ecléctico a la hora de diseñar cada propuesta de intervención socio-relacional. En efecto, coincidimos con Sharlin y Shamai (2000) en que la elección de unas técnicas u otras debe partir de la especial situación de cada familia, y no de las preferencias teóricas de los profesionales.

3.11.1 Intervención familiar sistémica

Carr (2009) pretende estudiar la eficacia de las intervenciones sistémicas con familias, y por ello realiza una revisión de la literatura –especialmente de meta-análisis ya existentes-, así como de las investigaciones empíricas acerca de intervenciones sistémicas efectivas con familias con menores en situación de dificultad. Señala que, una vez demostrada la efectividad de la intervención familiar sistémica, la siguiente cuestión que debe abordarse es la eficacia, esto es, la relación entre la inversión realizada y los resultados obtenidos. En este sentido, se ha demostrado la disminución del gasto dedicado por el gobierno de EEUU en cuidados de salud al aplicar intervención familiar de orientación sistémica a las familias atendidas. Este autor explica que diversos estudios sobre el sueño de los niños sugieren que, aunque la medicación y la intervención familiar tienen efectos positivos a corto plazo, solamente las intervenciones sistémicas han demostrado sus efectos positivos en los problemas de sueño de los menores. En el tratamiento de la falta de apetito, se ha demostrado que los programas basados en el comportamiento familiar son particularmente efectivos. El apego infantil seguro, por otra parte, puede mejorar con intervenciones intensivas a largo plazo. Por lo tanto, las intervenciones sistémicas familiares y realizadas de manera intensiva, serían las más eficaces, aunque tal como afirma Trotter (2015), también hay estudios que evidencian la efectividad de intervenciones que se realizan a largo plazo.

Las intervenciones sistémicas también son efectivas en una parte de los casos de negligencia maltrato y/o abuso sexual. En caso de abuso y/o maltrato físico, se ha demostrado la eficacia de un enfoque estructurado y basado en la familia, de duración mínima de 6 meses. Incluyen una evaluación integral de la red, y al tiempo que se realizan las sesiones de intervención sociorelacional familiar, pueden priorizarse intervenciones centradas en los padres, o bien en el menor. La intensidad del tratamiento depende de las necesidades específicas de cada familia. Los terapeutas deberían llevar, según Carr (2009), un máximo de 10 casos. Por otra parte, se demuestra la efectividad de las intervenciones multi-nivel, de forma que se

incluyan en un solo programa intervenciones centradas en el menor, intervenciones para la mejora del comportamiento parental, así como intervenciones en el seno de la familia o en la escuela (Carr, 2009). Sharlin y Shamai (2000) son firmes defensores de las intervenciones multi-nivel, orquestadas por un equipo multiprofesional que garantice una intervención integral.

3.11.2 Enfoque familiar funcional

El enfoque familiar funcional es un modelo que desarrolla James Alexander durante la década de 1970 en la Universidad de Utah (Robbins, Alexander, Turner, y Hollimon, 2016), y posteriormente Sexton, en la Universidad de Indiana. Es un modelo de intervención familiar sistémica para desórdenes conductuales de adolescentes (Carr, 2009). Incluye diferentes modos de involucrar a la familia, enfatizado la creación de una alianza terapéutica con los miembros de la familia, aspecto fundamental que otros autores han señalado en la intervención con familias multi-estresadas. El enfoque familiar funcional resalta su interés en el cambio comportamental – se provee a la familia de habilidades de resolución de problemas- y la generalización –la familia aprende a usar esas destrezas en un amplio abanico de situaciones-(Carr, 2009). Veremos más adelante cómo se puede medir esa alianza terapéutica con la familia, así como diferentes estrategias para su fortalecimiento.

3.11.3 Enfoque familiar multi-sistémico

El enfoque multisistémico es un modelo de tratamiento basado en la familia que ha demostrado efectividad en el tratamiento de dificultades de jóvenes y de sus familias (Cunningham y Henggeler, 1999). Henggeler y sus colaboradores desarrollan un modelo de intervención multisistémica que combina intervención sociorelacional familiar intensiva con entrenamiento individual de habilidades del adolescente, al tiempo que se desarrollan intervenciones en la propia escuela, así como coordinación entre agencias (Carr, 2009). Este tipo de enfoque requiere una gran dedicación por parte de los profesionales que la implementan, por lo que no pueden llevar más de cinco casos, y además deben estar disponibles las 24 horas del día, los siete días de la semana (Carr, 2009).

Cunningham y Henggeler (1999) plantean una serie de estrategias usadas por terapeutas multisistémicos que resultan útiles para involucrar a la familia en la intervención y evitar el abandono del tratamiento. En este sentido, y en relación con los objetivos del tratamiento, una asunción fundamental del enfoque multi-sistémico es el hecho de que la familia o el cuidador del joven es clave para obtener resultados positivos a largo plazo, aunque el cuidador presente serias dificultades a nivel clínico. Desde este enfoque se trabaja para desarrollar la capacidad de ese cuidador, en lugar de tratar al menor o adolescente de manera individual. En este contexto, por tanto, la involucración de la familia en el proceso es una condición necesaria –que no suficiente- para alcanzar los objetivos establecidos.

Cunningham y Henggeler (1999) explican que, si bien para seguir todos los aspectos del protocolo del enfoque multi-sistémico se necesitan una serie de recursos que no siempre están disponibles (como cargas de trabajo manejables, entrenamiento o soporte de supervisión), también hay una serie de aspectos de ese protocolo que son más bien cuestiones actitudinales que se pueden incorporar a la práctica profesional, como la comprensión empática o el desarrollo de una relación colaborativa con la familia.

Cabe señalar que, aunque el enfoque multi-sistémico parece ser el más efectivo en los estudios llevados a cabo en los Países Bajos (Evenboer et al., 2018), no hay consenso todavía en relación a qué intervenciones son las más efectivas con estas familias (Tausendfreund, Knot-Dickscheit, Post, Knorth, y Grietens, 2014). Así pues, no se puede obtener una conclusión definitiva, ya que es muy complicado establecer un adecuado encaje entre los múltiples problemas de estas familias y las intervenciones disponibles.

3.11.4 Enfoque familiar integral y Enfoque familiar relacional

Breunlin y Jacobsen (2014) examinan el campo de la intervención sociorelacional familiar, dibujando una distinción entre el enfoque familiar integral –definido como un tratamiento de toda la familia- y el enfoque familiar relacional -definido como el trabajo que se lleva a cabo con un subsistema de la familia o con un individuo, manteniendo una óptica sistémica- (Breunlin y Jacobsen, 2014). Estos autores señalan que se ha demostrado que solamente se dedica un 13% de tiempo a la intervención sociorelacional en familia (sea integral o relacional), mientras que la mitad del tiempo se realiza intervención individual.

En el artículo presentan el argumento de que el enfoque familiar integral debería ser una parte más robusta de la práctica de profesionales que realizan intervención familiar. En Europa, Australia y Nueva Zelanda muchos de los retos estriban justamente en la inclusión de la familia al completo cuando se realiza intervención sociorelacional familiar (Breunlin y Jacobsen, 2014). Señalan que la cohorte de terapeutas estadounidenses que se decantan por la intervención familiar integral se va a ir empequeñeciendo a medida que pasen los años, y abogan por mantener esta práctica y reforzar su docencia y entrenamiento, aludiendo a los beneficios que se han demostrado con las intervenciones familiares, en comparación con las individuales. En este sentido, este argumento se ve reforzado con las consideraciones de Crane y Payne (2011), que demuestran en un estudio que el enfoque familiar integral es más efectivo en relación a los costes que otras formas de intervención sociorelacional. En efecto, en este artículo se hace hincapié en que la intervención sociorelacional familiar es más rentable que la individual, obteniéndose un gasto por persona/año menor. Sin embargo, tal como afirman dichos autores, los pocos estudios al respecto no distinguen qué tipo de profesional realiza ese servicio de intervención sociorelacional (si un médico, un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social). En el estudio realizado por estos autores, se analizaron datos de más de 5 millones de

estadounidenses que recibieron intervención sociorelacional, ya fuera individual o familiar, y analizaron el tipo y nivel de estudios de los profesionales (N=93), clasificándoles en 14 categorías. Los costes de cuidado por profesión fueron (de mayor a menor efectividad/coste): a) consejeros profesionales; b) El grupo formado por terapeutas de pareja y familia, médicos de familia y másters en trabajo social, c) enfermería y d) psicólogos. Los trabajadores sociales, en concreto, obtuvieron en este estudio un 84'3% de éxito y un 15'7% de recidiva. En cuanto a la tasa de recaída o recidiva, cabe señalar que los que recibieron intervención sociorelacional individual tuvieron la menor tasa de recidiva, seguidos de aquellos que recibieron exclusivamente intervención a nivel familiar. Curiosamente, la tasa más alta de recidiva está asociada a la intervención sociorelacional combinada (Crayne y Payne, 2011). Si se ordenan las profesiones en función del uso de intervención individual, el resultado es: enfermería, psicología, másters en trabajo social, médicos de familia, consejeros profesionales, y, por último, terapeutas de pareja y familia. Las diferencias proporcionales entre grupos fueron estadísticamente significativas, lo que indica que cada disciplina es más propensa a tratar una variedad de desórdenes con intervención individual. La intervención sociorelacional combinada fue la más usada por los terapeutas de pareja y familia, seguidos por másteres en trabajo social, y consejeros profesionales. Estos autores concluyen que realizar un solo tipo de intervención parece ser una ventaja, ya que supone menor tasa de recidiva y es la modalidad con mejor coste/efectividad. Por tanto, abogan por incluir la intervención sociorelacional familiar como una modalidad de tratamiento en los sistemas de salud y cuidados, aduciendo, además, que ello no parece incrementar los costes del sistema (Crayne y Payne, 2011).

3.11.5 Teorías integradoras

Carpenter (1987) sugiere que el cambio es más efectivo cuando la intervención se realiza en otro nivel del sistema, por lo que propone integrar diferentes soportes en un mismo plan de intervención. Así, se enfatiza al cliente individual como miembro de varios sistemas sociales, siendo el de la familia uno de los más importantes, por lo que deben considerarse las interacciones de la familia con el resto de sistemas, como el de salud, el trabajo, el sistema educativo, el vecindario, etc. En efecto, en los años 80 se reconoce la importancia de las relaciones entre los miembros de la familia y los sistemas con los que están conectados, y la intervención sociorelacional familiar comienza a tener en cuenta a estos sistemas más amplios que la familia (SMAF).

Por otra parte, en esta misma línea de integrar diferentes perspectivas teóricas, Auerswald (1986) combina ya a finales de la década de los 60 una perspectiva centrada en los sistemas familiares, junto con una perspectiva comunitaria y un enfoque ecológico, superando las fronteras convencionales entre disciplinas (Colapinto, 1995). La fragmentación de los servicios que atienden a familias multiestresadas es evidente desde hace décadas, y a finales de

los 80 Imber-Black (1991) ya presenta un marco teórico de intervención con familias multiproblemáticas y sistemas amplios, remarcando la necesidad de construir una adecuada red profesional que pueda dar respuesta a la complejidad de las situaciones en que se ven envueltas estas familias. Estas familias, además, no suelen acudir a servicios sociales por su propio pie, añadiendo una falta de motivación inicial intrínseca hacia el cambio, que dificulta el trabajo que realizan los profesionales (Colapinto, 1995), a lo que hay que sumar la debilidad de la vida interaccional de la familia.

Sharlin y Shamai (2000) también defienden la integración de teorías cuando se interviene con familias FED. Sostienen que las especiales dificultades que atraviesan estas familias, requieren una intervención multi-nivel que tenga en cuenta todas las necesidades y dificultades existentes. A la vez, remarcan la importancia de mantener una visión global del proceso, para evitar esa fragmentación del sistema profesional.

3.11.6 Intervención centrada en fortalezas

En los últimos 20 años crece el interés por los enfoques clasificados como “post estructuralistas”.

Estos enfoques abogan por la deconstrucción y la imposibilidad de conocer la verdad, basándose en el constructivismo, que sostiene que todas las personas construyen la realidad, y la segunda cibernética, que sostiene que toda observación implica una modificación del sistema observado. Entre estos enfoques destacan las prácticas narrativas y la intervención centrada en soluciones. En la práctica, estos enfoques se pueden considerar enfoques familiares relacionales, ya que enfatizan la mejora de las relaciones entre todas las personas implicadas en ese sistema de ayuda generado por la familia y los sistemas más amplios que intervienen en el proceso de cambio (Breunlin y Jacobsen, 2014).

El construccionismo social considera que el discurso (es decir, el lenguaje cotidiano) es el vehículo a través del cual se crean el mundo y la auto-percepción. Además, no pretende encontrar una verdad objetiva, entendiendo que son las subjetividades particulares las que dan sentido a la realidad percibida. Por lo tanto, los problemas y las soluciones involucran prácticas socioculturales. La intervención sociorelacional es, en este sentido, un proceso de influencia mutua. Siguiendo a Sutherland y Strong (2011), los construccionistas defienden un enfoque pragmático y no patológico en el trabajo con las familias. Abogan, en la línea también seguida por otros autores (Matos y Sousa, 2004; Seikkula et al., 2003; Sousa, 2007; Sousa y Rodrigues, 2009), por un enfoque más participativo, reflexivo y centrado en el cliente, desterrando el antiguo enfoque del experto que dirige el trabajo con las familias.

La literatura sobre familias multiproblemáticas pobres ha enfatizado sus problemas y formas de desorganización familiar, y rara vez se mencionan sus aspectos positivos. Por ello, la intervención con estas familias tiende a seguir un enfoque centrado en déficits (Sousa, Ribeiro,

y Rodrigues, 2007). A pesar de ello, algunos modelos de intervención comunitaria han enfatizado cada vez más el hecho de que los clientes tienen recursos y fortalezas para solventar sus demandas, y la tarea del profesional es justamente la de acceder a esas capacidades y ayudarles a ponerlas en práctica (Sousa et al., 2007). Sin embargo, estos modelos aún están en ese proceso de incorporarse a la práctica diaria de los profesionales (Saleebey, 2001). Siguiendo esta misma línea, Sousa (2007) realiza un estudio exploratorio en Portugal, con el objetivo de conocer las interacciones que se producen entre familias pobres con múltiples problemas, y sus médicos de familia. Utiliza la técnica de incidentes críticos, con una muestra de 30 pacientes de familias pobres con múltiples problemas, y 30 médicos de familia. Llega a la conclusión de que las interacciones parecen enmarcarse en un punto de vista tradicional, en el que el médico es el que toma las decisiones, y el paciente el que las recibe, lo que conlleva a desempoderar al cliente. Este estudio pretende mostrar cómo las creencias y valores de los médicos de familia difieren de las creencias y valores de este grupo de pacientes, y cómo estas interacciones tienen lugar en un marco en el que el profesional es el que toma las decisiones, y el paciente es el mero receptor de estas decisiones, lo que supone desempoderarle (Sousa, 2007).

El lenguaje sobre déficits a la hora de comprender a estas familias, ampliamente establecido, supone centrarse en lo que está mal, en lo que falta, en lo que es insuficiente (Sousa et al., 2007). Así, la intervención se basa en la perspectiva del déficit, tratando de compensar cada problema con la actuación de un profesional diferente. Las familias se convierten entonces en “familias-agencia” (Minuchin et al., 2009), al interactuar con múltiples servicios y profesionales (Sousa et al., 2007). Este enfoque tiene una baja efectividad, ya que promueve la frustración de profesionales y familias, a la vez que genera desesperación o apatía. Además, se han documentado una serie de consecuencias negativas, tales como fragmentación y descontextualización, debilitamiento de las fronteras familiares, así como de la cohesión familiar, y una mayor dependencia hacia los servicios sociales, al tiempo que desempodera y reprime a las familias (Sousa et al., 2007).

Se ha demostrado que esta perspectiva basada en déficits de la que habla Sousa (2007) es menos efectiva que la perspectiva colaborativa (Krumer-Nevo, 2003; Sharlin y Shamai, 2000; Sousa et al., 2006). En diversos estudios se constata que los numerosos esfuerzos de los servicios y de los profesionales a menudo solamente atenúan la inmediatez del problema, pero no ayudan a solventarlo de manera efectiva. Esto genera sentimientos de frustración e incompetencia en los profesionales, en las familias y en las instituciones, y rebaja las expectativas de éxito. Así, se crea esta necesidad de transformar las prácticas que desarrollan los profesionales con las familias vulnerables, incorporando un enfoque colaborativo (Sutherland y Strong, 2011). La investigación y la práctica comunitaria evidencian la importancia del enfoque centrado en fortalezas como una poderosa herramienta para trabajar con las necesidades de las familias multiproblemáticas pobres (Sousa et al., 2007). Se trata de cambiar el énfasis de la

intervención, ya no se trata de qué ha ido mal, sino de qué se puede hacer para mejorar la funcionalidad del sistema, y desarrollar los recursos y fortalezas de la familia, de modo que sean capaces de superar los retos a los que se enfrentan (Sousa et al., 2007).

Krumer-Nevo (2003) señala que diferentes programas específicos de intervención socio-familiar que han resultado exitosos, se caracterizan por el reconocimiento de las habilidades y fortalezas de la familia, realizando intervenciones intensivas y que se prolongan en el tiempo; intervenciones flexibles y que se dirigen a las necesidades específicas de estas familias. Los métodos de intervención se basan en disminuir la distancia entre profesionales y familias mediante la empatía, evitando la culpa, impulsando la cooperación, y empoderando a las familias.

Por otra parte, cabe señalar que la activación de las fortalezas de la familia es una potente herramienta de intervención (Sousa et al., 2007). Por ello, estas autoras están interesadas en conocer el alcance del pensamiento de los profesionales a la hora de incorporar un enfoque centrado en fortalezas, cuando trabajan con familias definidas como disfuncionales y caóticas (Sousa et al., 2007). Para comprobarlo, entrevistan de modo semi-estructurado a 23 profesionales. Los resultados sugieren que los profesionales son capaces de identificar fortalezas, pero no organizan su pensamiento en torno a un enfoque centrado en fortalezas. Señalan que las dificultades que tienen para ello están relacionadas con: ambigüedad a la hora de definir las fortalezas, un enfoque centrado en problemas, y una falta de confianza en la posibilidad real de mejorar la vida de estas familias (Sousa et al., 2007).

3.12. Factores comunes que explican el cambio en las intervenciones sociorelacionales

Saul Rosenzweig publica en el año 1936 un artículo que versa sobre los métodos comunes a diversas formas de realizar intervenciones sociorelacionales, siendo el primer autor que plantea la existencia de factores comunes que explican el cambio en dichas intervenciones, factores que van más allá de la orientación, escuela, enfoque o método utilizado por el profesional (Duncan, 2012). Rosenzweig (1936) concluye, utilizando el veredicto del pájaro Dodo de Alicia en el País de las Maravillas, que *todos ganan, por lo que todos deben tener premio*, esto es, con independencia del enfoque utilizado, los clientes obtendrán beneficios. Numerosos autores se han hecho eco de la cita utilizada por Rosenzweig (1936), como Duncan (2002), Lambert (1992) o Wampold et al. (1997).

Desde la década de los 60, el número de enfoques en intervenciones sociorelacionales ha crecido exponencialmente. En los años 90, se estimó la existencia de más de 200 modelos de intervención sociorelacional, y más de 400 técnicas (Bergin y Garfield, 1994). Sin embargo, no se ha conseguido demostrar la supremacía de unas frente a otras; aunque ocasionalmente aparece algún artículo en el que se señalan resultados significativos en un modelo particular, un análisis crítico de los datos revela que no hay apenas diferencias en la efectividad de los

tratamientos utilizados (Duncan, 2002). En efecto, numerosas investigaciones y varios meta-análisis concluyen que diferentes enfoques de intervención sociorelacional producen efectos similares (Chwalisz, 2001; De Felice et al., 2019; Lambert y Bergin, 1994; Lambert y Kleinstäuber, 2016; Laska, Gurman y Wampold, 2014; Norcross y Wampold, 2011; Wampold et al., 1997; Wampold, 2001, 2015), por lo que se comienza a investigar sobre factores que van más allá del enfoque utilizado.

Una de las primeras investigaciones al respecto es la de Luborsky, Singer, y Luborsky (1975), en la que confirman la existencia de factores comunes a diferentes tipos de intervención sociorelacional, como ya predijo en los años 30 Rosenzweig, y que parecen explicar gran porcentaje de los cambios que ocurren durante el proceso de intervención.

Michael Lambert realiza una estimación en los años 90 en relación a la contribución de los factores comunes a los resultados de la intervención sociorelacional (Lambert, 1992). Identifica 4 factores que explican dicho cambio, asignándoles un porcentaje estimado del cambio explicado: factores extra-terapéuticos (40%), factores comunes (30%), expectativas o efecto placebo (15%), y técnicas utilizadas (15%). Posteriormente, Miller, Duncan, y Hubble (1997), deciden ampliar el sentido del término factores comunes, categorizando cuatro factores específicos: cliente (categorizado por Lambert como factores extra-terapéuticos), relación de ayuda (categorizado por Lambert como factores comunes), placebo, y técnicas. Diversos autores han profundizado en estos factores comunes, coincidiendo en su importancia para garantizar resultados exitosos en las intervenciones sociorelacionales (Duncan et al., 2003; Leigh y Miller, 2004; Norcross y Lambert, 2011b; Sousa y Rodrigues, 2008b). Thomas (2006) señala que diferentes investigaciones sugieren que el cambio en el proceso de intervención sociorelacional tiene más que ver con elementos comunes a todos los procesos psicoterapéuticos, esto es, con las expectativas, la relación, características del cliente y del profesional, que no con el tipo de modelo o de técnicas que implementa el profesional. En el marco de los factores comunes, profesional y cliente generan una autonomía compartida, ya que acuerdan las estrategias, elementos o prácticas a desarrollar, y monitorizan de manera continua los progresos, renegociando los acuerdos cuando no está progresando (Keenan y Grady, 2014). Estos autores apuestan por un enfoque integrativo, en el que las intervenciones empíricamente validadas, así como los factores comunes, se consideren complementarios.

Por otra parte, la investigación llevada a cabo por Stern et al. (2015), en el que comparan los resultados obtenidos con familias multiestresadas en un servicio de salud mental infantil, en función del modo en que se realiza la primera intervención telefónica. Aquellas familias en el grupo que recibió la llamada inicial utilizando un enfoque flexible, atendiendo a las preocupaciones de los padres, y aplicando técnicas de entrevista motivacional, acudieron a la primera entrevista con una tasa tres veces mayor que aquellos que recibieron la llamada protocolaria habitual.

Según afirman Laska et al. (2014), cualquier enfoque que incluya todos los ingredientes del enfoque de los factores comunes, resultará eficaz. Estos ingredientes esenciales son (Laska et al., 2014): a) vínculo emocional entre profesional y cliente; b) un entorno seguro en el que llevar a cabo el proceso; c) un profesional que proporciona explicación ajustada al cliente (a nivel cultural) para su malestar emocional; d) una explicación que resulte adaptativa y que sea aceptada por el cliente; y e) un conjunto de procedimientos en los que el cliente se compromete e involucra, que lleva a que el cliente pueda desarrollar elementos que resulten positivos, útiles o adaptativos. Por su parte, Lambert y Ogles (2014) consideran que el término “factores comunes” incluye prácticas que van más allá de la relación profesional-cliente, como por ejemplo la percepción del cliente acerca de la experticidad del profesional. Asimismo, señalan que, al contrario de lo que afirman Laska et al. (2014), los factores comunes son elementos necesarios, pero no suficientes, para obtener resultados positivos en el proceso terapéutico.

Veamos los elementos sustanciales de cada uno de estos cuatro factores.

3.12.1. El cliente

Diversos autores (Asay y Lambert, 1999; Duncan, 2002; Lambert, 1992; Miller et al., 1997) atribuyen el 40% del cambio en intervenciones sociorelacionales a cuestiones relacionadas con el cliente: con su vida, con sus recursos, con la red de soporte que tiene. Esto incluye todos aquellos elementos presentes en la vida del cliente antes de iniciar el proceso de ayuda. También incluye interacciones que pueden producirse durante el proceso, por ejemplo, entre sus fortalezas o capacidades y hechos sobrevenidos (ganar la lotería, encontrar un trabajo, etc.). Los clientes son, en definitiva, el elemento que más contribuye al cambio psicoterapéutico (Bohart y Tallman, 1999).

La cuestión radica, desde la perspectiva de los profesionales, en qué pueden hacer para que contribuir a que ese 40% se aproveche al máximo. Si tenemos en cuenta que los recursos y fortalezas del cliente (tanto individuales como de su red social personal) forman parte de este porcentaje, los profesionales pueden subrayar esas fortalezas, capacidades, recursos y habilidades de múltiples maneras. Así, pueden generar espacios que permitan a los clientes escucharse a sí mismos, escuchar a los demás (en encuentros con más de una persona), y llevar a cabo una co-investigación sobre la vida y experiencias del cliente/familia, a partir de la cual emerjan nuevos significados, narrativas alternativas que permitan ampliar el marco de acción. Esto se ha tenido en cuenta en la elaboración del inventario de prácticas colaborativas diseñado específicamente para este estudio, como veremos con más detalle en el capítulo cuatro.

3.12.2. La relación

Las variables relacionadas con la relación profesional-cliente explican hasta el 30% del cambio en intervenciones sociorelacionales (Asay y Lambert, 1999; Duncan, 2002; Lambert, 1992;

Miller et al., 1997). La alianza terapéutica es uno de los predictores más robustos del éxito en la intervención sociorelacional, siendo un campo de especial interés para la comunidad científica. En este sentido, el estudio llevado a cabo por Stamoulos et al. (2016) concluye que la alianza terapéutica es el factor común valorado como el más importante por los profesionales.

Las conclusiones del estudio llevado a cabo por Baldwin, Wampold e Imel (2007) son claras: la alianza establecida con el cliente correlaciona de forma positiva con los resultados obtenidos en el proceso psicoterapéutico. Así, sugieren que los profesionales monitoricen su contribución a la alianza, y que reciban entrenamiento para desarrollar y mantener alianzas sólidas con los clientes.

Por otra parte, tal y como explican Norcross y Wampold (2011) en un meta-análisis que realizan sobre la efectividad de diferentes elementos de la relación de ayuda, hay una serie de aspectos que han demostrado su efectividad en los procesos psicoterapéuticos, como la alianza terapéutica, la empatía y retroalimentación del cliente, mientras que otros se han demostrado probablemente efectivos, como el acuerdo en objetivos, la colaboración, y la consideración positiva. En este sentido, cabe señalar que Bachler et al. (2017) han desarrollado recientemente una escala de colaboración con familias multi-problema, que mide el progreso de la colaboración orientada a las metas, y su relación con las tasas de abandono y de resultados del tratamiento. Concluyen que las familias con tasas elevadas pero estables, o bien tasas que van creciendo con el paso del tiempo, alcanzan mayores progresos en el tratamiento en términos de expectativa de éxito, adversidad familiar y severidad de síntomas psiquiátricos. Además, estas familias mantienen tratamientos más largos, y tienen más probabilidades de finalizar la intervención tal como está planeada, en comparación con las familias que muestran tasas de colaboración bajas pero estables, o las que muestran tasas de colaboración que disminuyen con el tiempo. Por ello, Bachler et al. (2017) sugieren trabajar las expectativas positivas de la familia en torno al tratamiento, así como trabajar para mantener una elevada colaboración por parte de la familia.

La colaboración con los clientes en la planificación del tratamiento está en línea con los valores y ética del trabajo social. Así, los estándares de la ética en nuestra profesión requieren que se produzca un diálogo interactivo con el cliente, debatiendo sobre los posibles escenarios de acción. Asimismo, Drisko (2017) enfatiza que los trabajadores sociales deben ser transparentes en su trabajo con los clientes, y esto incluye que el cliente tome las decisiones que afectan a su vida. En esta misma línea, Jakob (2018) señala que las conversaciones con los clientes que contribuyen a que formulen sus necesidades de apoyo en sus propios términos, refuerza su sentimiento de agencia personal, permitiéndoles recuperar una voz a menudo silenciada.

En el apartado siguiente explicamos con detalle el constructo de alianza terapéutica, señalando diversos instrumentos que se han desarrollado para su medición. En el inventario de

prácticas colaborativas que hemos elaborado se ahonda en actitudes, habilidades y estrategias que los profesionales pueden desarrollar para contribuir a la construcción de una sólida alianza con la persona/familia.

3.12.3. Placebo, esperanza y expectativa

Se estima que el 15% del cambio en la intervención sociorelacional se explica por la esperanza y expectativa que el cliente deposita en el tratamiento, es decir, el denominado efecto placebo (Asay y Lambert, 1999; Duncan, 2002; Lambert, 1992; Miller et al., 1997).

Wampold (2015) explica que, para comprender la evidencia de los factores comunes, debe tenerse en cuenta que estos factores son algo más que un conjunto de elementos terapéuticos que son comunes a todos los enfoques, y afirma que, interrelacionados, moldean un modelo teórico sobre los mecanismos del cambio en la intervención sociorelacional.

La principal crítica que reciben los factores comunes es que son comunales a- teóricas, por lo que propone el modelo contextual, que sostiene la existencia de tres vías mediante las cuales la intervención sociorelacional produce beneficios. Estas tres vías o mecanismos son: a) la construcción de una relación profesional-cliente, b) la creación de expectativas -mediante la explicación de las dificultades y el proceso de ayuda- y c) promulgar acciones saludables.

Diversos estudios afirman que el profesional puede contribuir a generar en el cliente expectativas positivas respecto al proceso de ayuda. Así, la confianza del cliente en el profesional y en el proceso de ayuda que desarrollan juntos resulta fundamental para la obtención de resultados exitosos (Waizmann y Roussos, 2009). Por tanto, tal como explica Cameron (2014), la capacidad de inspirar e impulsar que el cliente crea en el profesional y en el trabajo que desarrollan juntos es un elemento que contribuye a que el proceso terapéutico sea exitoso.

3.12.4. Modelo o técnicas utilizadas

Finalmente, se estima que el 15% del cambio en la intervención sociorelacional está relacionado con el modelo o técnicas utilizados (Asay y Lambert, 1999; Duncan, 2002; Lambert, 1992; Miller et al., 1997).

La investigación en torno a los factores comunes sugiere que los elementos comunes a todos los enfoques, tales como la alianza terapéutica o la empatía, son más efectivos en la promoción del cambio que los elementos específicos de diferentes técnicas de intervención, tal como explican De Felice et al. (2019). Además, Asay y Lambert (1999) señalan que los diferentes enfoques incluyen factores comunes que son sanadores, aunque no se enfatizan en la teoría de cambio central de la escuela en cuestión.

Si bien es cierto que hay estudios que señalan los beneficios de la intervención centrada en soluciones, las prácticas colaborativas o el enfoque narrativo, también es cierto que todos estos enfoques post-estructuralistas comparten una posición o actitud relacional del profesional que se diferencia (y mucho) de los enfoques anteriores, más centrados en déficits y patologías. Esto podría significar que, más allá de si un enfoque post-estructuralista es mejor o peor que otro, lo que realmente parece marcar la diferencia es la postura relacional que adopta el profesional, así como la capacidad del profesional de ser flexible y adecuarse a las necesidades específicas de cada cliente. Así, hay autores, como Sharlin y Shamai (2000), Madsen (2007) o Duncan (2002) que proponen que sea el profesional el que vaya adaptando su forma de trabajar a los clientes, y no al revés. Es decir, que si el profesional considera que la pregunta milagro (propia de la intervención centrada en soluciones) puede ser adecuada en un momento determinado, la utilice, y que pueda combinarla con otro tipo de técnicas (como preguntas de re-autoría del enfoque narrativo), en función del proceso concreto que se esté llevando a cabo con cada cliente. En este sentido, la retroalimentación continua sobre el progreso y la alianza establecida podría ser un modo de asegurarse de que la intervención se va adaptando y resulta adecuada para “esa” persona/familia (que se encuentra en “ese” momento concreto). La investigación de McClintock, Perlman, McCarrick, Anderson, y Himawan (2017) arroja luz en este sentido. Así, utilizan un sistema de retroalimentación sobre factores comunes con una muestra de 79 clientes que presentan síntomas de depresión. De modo aleatorio, asignan a los clientes al tratamiento habitual, o al tratamiento habitual, pero incluyendo este sistema de retroalimentación. Los resultados sugieren que el uso de un sistema de retroalimentación puede ayudar a mejorar el proceso de tratamiento para este tipo de clientes. Cameron (2014) señala, en esta misma línea, que el cambio solo es posible si se utilizan adecuadamente los factores comunes; afirma que lo único que parece diferenciar a los buenos profesionales de aquellos que son fabulosos, es su capacidad de apreciar de modo productivo las necesidades y preferencias de los clientes, ajustando su práctica con ellos.

3.13. La alianza terapéutica

El vínculo emocional entre profesional y cliente es uno de los aspectos determinantes de la eficacia de la intervención (Andrade-González y Fernández-Liria, 2015a; Norcross y Lambert, 2011a). Así, la intervención sociorelacional “no se puede concebir al margen del establecimiento de una relación interpersonal entre cliente y terapeuta” (Corbella y Botella, 2003, p. 205).

La alianza de trabajo o alianza terapéutica que se establece entre una persona que busca el cambio y un agente de cambio (profesional), es una de las claves más importantes del proceso de cambio (Bordin, 1979). Inicialmente se origina el concepto de alianza en la teoría

psicoanalítica, pero pronto se generaliza a todo tipo de intervenciones sociorelacionales, y el término se va desarrollando a lo largo del siglo XX. Freud describe que el afecto del paciente hacia el profesional supone una transferencia positiva, favoreciendo la aceptación de las interpretaciones del profesional (Corbella y Botella, 2003). Posteriormente, Rogers (2000) sostiene -en los años 50- que hay tres elementos necesarios para el establecimiento de una relación de ayuda efectiva: la empatía, la congruencia y la aceptación incondicional del cliente.

Existen diferentes nomenclaturas que hacen referencia a este concepto de alianza. Así, hay autores que la denominan “alianza terapéutica”, mientras que otros consideran que se trata de una “alianza de trabajo”. Hay autores que consideran que son sinónimos, como Greeson o Getzel, considerándola una suma de sentimientos afectivos del cliente hacia el profesional, y la capacidad del cliente de trabajar en el proceso terapéutico (Gaston, 1990). Otros autores, sin embargo, aluden a diferencias en el contenido de esos tipos de alianza.

Para Bordin (1979), la alianza terapéutica se caracteriza por la existencia de un acuerdo acerca de los objetivos a conseguir, la determinación conjunta de una tarea o serie de tareas, y el desarrollo de lazos emocionales. Por tanto, resulta fundamental generar un consenso entre profesional y cliente acerca de qué y cómo lo quieren conseguir. En efecto, Bordin (1979) sugiere que el fortalecimiento de la colaboración entre profesional y cliente tal vez sea más efectivo que la elección de determinados métodos en la intervención psicosocial. Diversos autores estiman que la relación entre profesional y cliente explica hasta un 30% de los resultados de la intervención terapéutica (Lambert, 1992, 2013; Duncan, 2002; Miller et al., 1997). Por tanto, resulta esencial centrarse en el establecimiento de una adecuada relación entre profesional y cliente, ya que parece explicar un porcentaje bastante elevado del cambio que se produce mediante el propio proceso de intervención socio-relacional. Cabe señalar que Corbella y Botella (2003) explican que diversos estudios han correlacionado la empatía percibida por el cliente -siguiendo la corriente rogeriana- con determinados aspectos de la alianza sugeridos por Bordin, por lo que consideran que deben tenerse en cuenta las conceptualizaciones realizadas por ambos, ya que están relacionadas entre sí.

Luborsky, junto a Bordin, es uno de los autores que más ha contribuido al desarrollo de la conceptualización de la alianza de trabajo (Horvath y Luborsky, 1993; Luborsky, 1994). Define la alianza como “una expresión del vínculo positivo del paciente con el terapeuta, a quien percibe como una persona que le ayuda y da soporte” (Luborsky, 1994, p. 39). Siguiendo a este mismo autor, existirían dos tipos de alianza (Luborsky et al., 1996). Así, la alianza tipo 1 se caracteriza por la percepción del paciente de que el terapeuta es una persona capaz de ayudarlo y darle soporte, mientras que la alianza tipo 2 se caracteriza por un trabajo en equipo entre cliente y profesional, y dicho trabajo en equipo conduce a resolver los problemas del cliente.

Para Bordin (1979), la alianza terapéutica se caracteriza por la existencia de tres componentes: un acuerdo acerca de los objetivos a conseguir, la determinación conjunta de una tarea o serie de tareas, y el desarrollo de lazos emocionales. Gaston (1990) sostiene que, en la definición propuesta por Bordin, la dimensión del vínculo reitera la importancia de los aspectos afectivos de la alianza, idea compartida por Luborsky (1994) en su definición de alianza tipo 1, mientras que el acuerdo en objetivos y tareas se refiere a aspectos más cognitivos de la alianza, centrándose en la congruencia de las ideas sobre paciente y terapeuta acerca de cómo cambia la gente en intervenciones sociorelacionales (alianza tipo 2). Respecto a este segundo tipo de alianza, Gaston (1990) señala que, para construir una alianza fuerte, es fundamental que las creencias de cliente y profesional acerca de “cómo cambia la gente en la intervención sociorelacional” sean congruentes. Estas dos conceptualizaciones de la alianza, la de Bordin y la de Luborsky son, por tanto, compatibles y complementarias entre sí, tal como argumenta Gaston (1990).

Parece que no hay consenso en cuanto a qué dimensiones contiene la alianza, ya que diferentes autores llegan a conclusiones dispares.

Además de las dimensiones de la alianza que se han definido a nivel teórico, Gaston (1990) considera que los instrumentos parecen abarcar otros aspectos de la relación terapéutica, que van más allá de la consideración de la alianza en sentido restringido. En esta misma línea, Hatcher y Barends (1996) afirman que, además de la fortaleza de la alianza, existen otros dos factores que predicen resultados de la intervención sociorelacional: la colaboración y la expresión de sentimientos negativos. Las diferentes escalas e instrumentos de medida que se han ido elaborando a lo largo de las últimas décadas han tratado de incluir ítems basados en las conceptualizaciones teóricas sobre la alianza, tanto en sentido positivo como en sentido negativo. Sin embargo, cabe señalar que los análisis factoriales de estos instrumentos parecen indicar que los ítems que reflejan hostilidad se agrupan diferenciados de los positivos, lo que podría significar, según Gaston (1990) que los ítems negativos tienen que ver con otros constructos diferenciados de la alianza, como la transferencia o la contra-transferencia. En este sentido, sugiere que, con el objetivo de apoyar esa diferencia existente en los análisis factoriales de los instrumentos analizados acerca de la diferente naturaleza entre la alianza y la transferencia, en futuros estudios se incluyan ítems relacionados con los aspectos colaborativos de la relación terapéutica, así como otros que reflejen elementos distorsionantes.

Por otra parte, continuando con el análisis de las divergencias entre los factores que abarca cada instrumento, cabe señalar que en el análisis estadístico del instrumento WAI-s (Andrade-González y Fernández-Liria, 2016; Horvath y Symonds, 1991), se observa gran convergencia en las escalas (Vínculo, Objetivos y Tareas), con una mayor asociación entre las escalas Objetivos y Tareas. Sin embargo, en otras investigaciones, tal como explica Gaston (1990), emergen dimensiones separadas de alianza terapéutica y alianza de trabajo, reflejando

(los ítems de ambas escalas) aspectos afectivos y aspectos relacionados con la colaboración del paciente en la intervención sociorelacional. Además, cuando se incluyen aspectos de comprensión empática, se identifica una dimensión relacionada con la contribución positiva del terapeuta a la alianza, como un componente diferente de la contribución que realiza el paciente. En este sentido, Andrade-González y Fernández-Liria (2015a) señalan que el análisis factorial que presenta el HaQ-II en el estudio para la validación en España, refleja dos componentes principales: alianza positiva y alianza negativa, pero con una gran correlación entre ambos factores. Como vemos, pues, no existe un consenso claro en torno a qué dimensiones contempla la alianza, aunque sí que se evidencia que incluye elementos relacionados con cuestiones afectivas -con especial énfasis en la empatía, la congruencia y la sinceridad genuina del profesional-, con la capacidad de trabajo del cliente en el proceso, y con la importancia de acordar los objetivos y tareas del tratamiento.

Gaston (1990) señala que, partiendo de una revisión de diferentes definiciones del concepto de alianza, pueden distinguirse tres dimensiones de la alianza: a) la alianza terapéutica, entendida como el afecto que siente la persona con respecto al profesional; b) la alianza de trabajo, esto es, la capacidad de la persona de realizar un trabajo en un proceso de intervención psicosocial que tenga un propósito determinado; c) la comprensión empática y el enganche que realiza el profesional. Gaston (1990) explica que hay una cuarta dimensión que, a su juicio, debería incluirse en la conceptualización de alianza terapéutica, que sería: d) el acuerdo entre el profesional y la persona sobre los objetivos y tareas del tratamiento. De este modo, aún las consideraciones teóricas de diversos autores, sugiriendo cuatro dimensiones que, en su conjunto, pueden dar cuenta de la alianza establecida entre profesional y cliente.

Si además de reforzar la alianza terapéutica, los profesionales garantizan la retroalimentación del cliente acerca de su progreso en el proceso de ayuda, se aumentan las tasas de éxito y se reducen los abandonos del proceso terapéutico. Así, Lambert y Ogles (2014) explican que la unión de sistemas de verificación del progreso con el refuerzo de los factores comunes dobla las tasas de éxito, y reduce en dos tercios el deterioro de las situaciones de los clientes. El *Partners for Change Outcome Management System* o Sistema de Socios para la Gestión del Cambio (PCOMS, por sus siglas en inglés) es un sistema que permite la medición del progreso y la alianza de los clientes sesión a sesión (Duncan, 2012). Este sistema permite que profesional y cliente debatan tanto el progreso como la alianza en cada sesión, de modo que el profesional pueda ir ajustando sus intervenciones a las necesidades y preferencias del cliente. PCOMS ha demostrado su efectividad en siete ensayos clínicos aleatorizados en diferentes países, como Noruega, China, Estados Unidos y Australia (Duncan y Sparks, 2018).

3.13.1 Importancia de medir la alianza terapéutica

Duncan et al. (2003) señalan que hay más de mil resultados basados en la evidencia que demuestran que una alianza positiva es uno de los mejores predictores de resultados de la intervención psicoterapéutica. Tryon y Kane (1990) sostienen que una consecuencia de una pobre alianza terapéutica es la finalización unilateral por parte del cliente, mientras que Kokotovic y Tracey (1990) especifican que no encuentra relación estadísticamente significativa entre la alianza establecida y la finalización unilateral del cliente antes de la cuarta sesión, por lo que sugieren que son necesarias algunas sesiones con la persona/familia para forjar esa alianza de ayuda. Además, Tryon y Kane (1990) concluyen en sus investigaciones que profesionales y clientes parecen tener visiones diferentes acerca de la alianza establecida, extremo a tener en cuenta cuando se diseñan instrumentos que midan este constructo, por ejemplo realizando instrumentos que recojan datos tanto de las familias como de los profesionales implicados en el caso; algunos instrumentos también tienen una versión “observador”, para poder recoger datos a partir de visionado de sesiones (bien grabadas, bien en directo a través de un espejo unidireccional).

En conclusión, resulta fundamental encontrar maneras de “medir” la calidad de esa alianza establecida, a fin de que los profesionales puedan reorientar su intervención, en aras de mejorar esa alianza con sus clientes. Diversos investigadores han creado y validado instrumentos que miden la calidad, la robustez de la alianza forjada en un caso determinado, si bien cabe señalar que el método difiere según el instrumento de que se trate. Veamos algunos instrumentos que se han desarrollado en las últimas décadas para medir la fortaleza de la alianza en una relación de ayuda.

3.14 Instrumentos que miden alianza terapéutica

A continuación, se presentan algunos instrumentos que han demostrado un buen ajuste a la hora de medir el constructo de alianza: Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF); *Working Alliance Inventory* (WAI); *Helping Alliance Questionnaire -revised* (HAQ-II); *Session Rating Scale* (SRS); *Outcome Questionnaire* (OQ-45.2).

3.14.1 Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF)

La alianza puede medirse, como venimos comentando, de diferentes modos. Uno de ellos es recabando información sobre conductas observables que emergen durante las sesiones, entrevistas, o encuentros que se producen entre profesional y cliente.

Un grupo de investigadores de España y Estados Unidos desarrolla, simultáneamente en ambos países, un modelo de evaluación de la alianza terapéutica, tal como la conceptualiza Bordin (1979), así como unos instrumentos de evaluación asociados. En español se denomina

“Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar”, o SOATIF, y en inglés se denomina “*System for observing family therapy alliances*”, o SOFTA (Friedlander, Escudero, y Heatherington, 2009). Este modelo se desarrolla para poder realizar una aplicación trans-teórica de la alianza, es decir, pretenden que el instrumento refleje la alianza como factor común de las intervenciones psicosociales, y no como resultado de un enfoque teórico específico. Además, el instrumento es observable, ya que da protagonismo a los indicadores conductuales que se pueden observar en el desarrollo de una sesión de intervención psicosocial (Friedlander et al., 2009). Estos autores concluyen, tras el proceso de validación del instrumento, que el modelo se configura en cuatro dimensiones que, en su conjunto, configuran la alianza terapéutica:

- a) Enganche en el proceso. Entienden que un enganche óptimo se da cuando la intervención y las tareas que implica tienen sentido para el cliente, que se ve involucrado y trabaja con el profesional; además, el cliente considera que se pueden discutir las metas y tareas, y cree que es importante tomarse en serio la intervención, confía en que el cambio es posible. Señalan, además, como aspectos conductuales del enganche, el hecho de que la persona participe en la definición de las metas, objetivos y tareas específicas, así como del ritmo de la intervención, y que reconozca pequeñas mejorías cuando se producen.
- b) Seguridad en el sistema de intervención, esto es, que el cliente considera el contexto de intervención como un ámbito en el que puede arriesgarse, mostrarse vulnerable; tiene sensación de comodidad, y expectativas positivas en relación a nuevos aprendizajes.
- c) Conexión emocional con el profesional. Entienden que la conexión emocional será óptima si la persona/familia siente que el profesional es una persona importante en su vida, siente que la relación se basa en la confianza, el afecto, el interés, y que el profesional “está ahí”, realmente interesado en ayudarlo.
- d) Sentido de compartir el propósito de la intervención en familia. Esta dimensión se genera dentro del sistema familiar, se trata de la alianza entre los diferentes miembros del sistema familiar para comprometerse con el proceso de intervención y con los objetivos marcados, sienten que “están juntos” en esto.

El SOATIF incluye dos instrumentos de evaluación de cada una de estas dimensiones, uno es un sistema de observación (SOATIF-o), aplicable durante las sesiones (“en vivo” o grabadas en vídeo), y un autoinforme (SOATIF-s), aplicable al término de la sesión. Cada indicador específico debe puntuarse de -3 a +3, consignando un 0 en caso de que no sea reseñable o se considere “neutral”. La mayoría de descriptores se refieren a comportamientos observables, aunque algunos requieren de ciertas inferencias a partir del comportamiento observado en el profesional (Friedlander et al., 2009).

Cabe señalar que este cuestionario también se validó hace unos años en Portugal (Relvas et al., 2010).

3.14.2 *Working Alliance Inventory (WAI)*

Este instrumento, elaborado inicialmente por Horvath para su tesis doctoral en 1981, se valida en Canadá en 1986 (Horvath y Luborsky, 1993; Horvath y Symonds, 1991). Tiene como objetivo medir la fortaleza de la alianza terapéutica entre profesional y persona-familia, tal como la conceptualiza Bordin (1979).

La alianza medida en las primeras sesiones es un mejor predictor del resultado final de la intervención sociorelacional que cuando se evalúa en fase intermedia o final. Por eso muchas investigaciones optan por evaluar la alianza durante las primeras seis sesiones. Normalmente, se recomienda pasar este instrumento en la tercera sesión. En la validación española, se pasa en la tercera y en la décima sesión. Señalan que, cuanto más alta es la puntuación obtenida en la tercera sesión, mayor es el cambio en los pacientes tras la décima sesión (medida con el Inventario para Depresión de Beck). De todas maneras, señalan que esto implica correlación, no causalidad (Andrade-González y Fernández-Liria, 2015b, 2016; Horvath y Symonds, 1991).

El WAI se basa, a nivel teórico, en el modelo teórico de Bordin (1979). Dispone inicialmente de 36 ítems, 12 por cada subescala que Bordin conceptualiza sobre la alianza: enganche/ligamen/vínculo personal entre profesional y cliente, acuerdo en objetivos, acuerdo en tareas. Dispone de versión para terapeuta y versión para cliente.

Las preguntas se contestan en base a una escala Likert de 1 a 7 puntos (nunca, rara vez, ocasionalmente, algunas veces, a menudo, muy a menudo, siempre).

Años después se realiza una versión abreviada *Working Alliance Inventory-Short version* (WAI-s), que limita a 12 los reactivos de respuesta (4 para cada aspecto de la alianza). Kokotovic y Tracey (1990) realizan esta eliminación de ítems, para conseguir un instrumento de pocos reactivos y con estructura factorial adecuada. Mantienen escala Likert de 7 puntos. La puntuación fluctúa entre 12 y 84 puntos.

Nelson Andrade-González y Alberto Fernández-Liria (Universidad de Alcalá de Henares, Madrid) realizan la adaptación a España, y lo validan (tanto versión larga como corta). Obtienen resultados muy parecidos a los que se han obtenido en validaciones del WAI y WAI-S en inglés (Andrade-González y Fernández-Liria, 2015b, 2016).

3.14.3 *Helping Alliance Questionnaire-revised (HaQ-II)*

Este instrumento se elabora inicialmente por Alexander Luborsky en el año 1986, para medir lo denomina “alianza de ayuda”, y que define de modo amplio como la experiencia que tiene la persona sobre el tratamiento recibido, o que perciba la relación con el terapeuta como útil o potencialmente útil (Luborsky, 1994).

Inicialmente, el HaQ tenía 11 ítems, ocho que medían alianza tipo 1, y tres que medían alianza tipo 2. Escala Likert, de -3 a +3. También incluía dos preguntas abiertas para el paciente

para evaluar los cambios, así como un ítem para estimar el grado de mejora (Andrade-González y Fernández-Liria, 2015a). Este instrumento inicial se revisa por Luborsky et al. (1996), que eliminan 6 ítems relacionados con la mejora del paciente, y añaden 14 nuevos ítems que captan diferentes aspectos de la alianza subrayados por Bordin (1979) y Luborsky (1994). Las versiones revisadas (tanto para pacientes como para terapeutas) tienen 19 ítems (14 en positivo y 5 en negativo), y usan escala de Likert de 1 a 6. La puntuación del HaQ-II va de 19 a 114 puntos (Andrade-González y Fernández-Liria, 2015a).

3.14.4 Escala de Calificación de la Sesión (SRS)

Este instrumento se utiliza dentro de un sistema más amplio, Sistema de Socios para la Gestión del Cambio (PCOMS, por sus siglas en inglés), desarrollado por Barry Duncan (Duncan, 2014; Duncan y Reese, 2015; Duncan y Sparks, 2017). Este sistema se utiliza para evaluar la retroalimentación que da la persona/familia, bien sobre cada sesión (Escala de Calificación de la Sesión, Session Rating Scale, SRS), bien sobre los resultados de la intervención sociorelacional que se está llevando a cabo (Escala de Calificación de Resultado, Outcome Rating Scale, ORS).

La ORS (escala de calificación de resultado) es una escala de auto-reporte formada por 4 ítems. Siguiendo a Anker, Owen, Duncan, y Sparks (2010), la ORS es un instrumento analógico y visual, y refleja áreas centrales de funcionamiento de la persona/familia: individual (bienestar personal), interpersonal (familia, pareja, relaciones cercanas), social (trabajo, escuela, amistades), y general (sensación general de bienestar). La persona/familia marca en una línea de 10 cm el lugar que consideran que mejor describe su experiencia (de nada a totalmente). La puntuación final, pues, va de 0 a 40 (0 a 10 en cada ítem), siendo las puntuaciones más bajas las que reflejan mayor malestar de la persona/familia. Consideran que una puntuación menor de 25 indica funcionamiento disfuncional (Duncan y Sparks, 2017). Siguiendo a estos mismos autores, cabe señalar que en diferentes estudios se ha demostrado que esta escala correlaciona con los resultados del Outcome Questionnaire 45.2, indicando su adecuación para medir resultados de la intervención sociorelacional.

La SRS (escala de calificación de la sesión) se elabora por Johnson a principios de los años 90, con el objetivo de ayudar a los profesionales a ver su progreso con la persona/familia sesión a sesión (Duncan et al., 2003). Se diseña para uso clínico, no es un instrumento de investigación. El funcionamiento es parecido al de la escala ORS, cada persona/familia puntúa al profesional, marcando en esa línea de 10 cm en función de si encaja o no esa afirmación con su experiencia. Los ítems son, siguiendo a Anker et al. (2010): relación con el profesional (si la persona/familia se ha sentido escuchada, comprendida, respetada); objetivos y temas (“hemos trabajado o hablado sobre lo que yo/nosotros queríamos hablar o trabajar”); el enfoque utilizado (“creo que el enfoque de este profesional encaja conmigo”); y finalmente una puntuación general de la sesión (“en general, hoy la sesión me ha resultado adecuada”). La creación de esta

escala se ve influenciada por las conceptualizaciones de Bordin (1979), así como por diferentes instrumentos previos, como el WAI (Andrade-González y Fernández-Liria, 2016; Horvath y Symonds, 1991) o el HaQ (Andrade-González y Fernández-Liria, 2015a; Luborsky et al., 1996). El SRS, por su parte, es un instrumento con cuatro ítems, que reflejan la influencia de los análisis factoriales realizados en la mayoría de escalas de alianza (Duncan et al., 2003), como el *Helping Alliance Questionnaire* (Andrade-González y Fernández-Liria, 2015a; Luborsky et al., 1996) o el *Working Alliance Inventory* (Andrade-González y Fernández-Liria, 2016; Horvath y Luborsky, 1993). Este instrumento, el SRS, adapta la clásica conceptualización de la alianza planteada por Bordin (1979), a la vez que se centra en cómo concibe el cliente el cambio, tal como sugiere Gaston (1990). Duncan et al. (2003) plantean las propiedades psicométricas de la *Session Rating Scale* (SRS), y concluyen que es una escala válida y confiable. Además, otros estudios, como los señalados en Anker et al. (2010), señalan que esta escala correlaciona con los resultados del WAI. Cabe señalar que el Sistema de Socios para la Gestión del Cambio (PCOMS) cuenta con la traducción de los instrumentos al español, si bien todavía no se ha publicado en este idioma el manual de implementación, previsto para el año 2019 (Duncan y Sparks, 2018).

3.14.5 Outcome Questionnaire (OQ-45.2)

Existen diferentes instrumentos para tratar de medir los resultados de las intervenciones terapéuticas. Siguiendo a Lambert (2013), los cambios -tanto positivos como negativos- del cliente pueden verse afectados por las acciones (y/o inacciones) de los profesionales. Lambert y sus colaboradores desarrollan, de manera pionera, un sistema para medir la retroalimentación o feedback, realizando investigaciones acerca de los efectos de la incorporación de la solicitud de retroalimentación en la intervención sociorelacional (Sparks, 2015). Este instrumento, ampliamente consolidado a nivel internacional, es el *Outcome Questionnaire*, que pretende medir el nivel de dificultades que presentan los clientes antes del tratamiento, y si se han producido o no cambios en la sesión que interesa, así como si esos cambios han sido positivos o negativos, y su gradación (Lambert, 2013). Se categorizan los resultados -a partir de las respuestas dadas en diferentes sesiones por un mismo cliente- en: “recuperación”, “mejora”, “no cambio”, “deterioro” (en función del cambio de puntuaciones entre mediciones). Este instrumento está validado en diferentes países, y su uso está ampliamente extendido (Lara, Cruz, Vacarezza, Florezano, y Trapp, 2008; Von Bergen y De la Parra, 2002).

Este instrumento mide, como vemos, el progreso de la persona a lo largo del proceso de intervención, ya que está diseñado para que se aplique en diferentes momentos del tratamiento; dispone de tres subsescalas: síntomas, relaciones interpersonales y red social. Así, el OQ-45.2 se propone como una medición de resultados que pretende evaluar cómo la persona funciona en el mundo, su experiencia subjetiva (Lara et al., 2008). En este sentido, cabe señalar que Lambert

(2013) sostiene que la experiencia subjetiva del cliente es uno de los aspectos más importantes del resultado de la intervención, por lo que este instrumento trata de captar, precisamente, la visión del cliente respecto a su progreso.

CAPÍTULO IV:
DESARROLLO DE PRÁCTICAS COLABORATIVAS CON FAMILIAS EN
SITUACIÓN DE ESPECIAL DIFICULTAD

DESARROLLO DE PRÁCTICAS COLABORATIVAS CON FAMILIAS EN SITUACIÓN DE ESPECIAL DIFICULTAD

4.1 Introducción

El principal instrumento de este estudio se diseñó entre junio de 2017 y febrero de 2018. Replicando el diseño utilizado por la doctora Cardona (2012), tras una profunda revisión de la literatura, y con la experiencia de haber trabajado unos años en primera línea, es decir, en servicios sociales básicos, elaboramos un primer inventario con más de cien ítems. Con la colaboración de diferentes profesionales y expertos (aspecto que se desarrolla con más profundidad en el apartado de metodología), fuimos puliendo el instrumento, hasta contar con una propuesta final de 67 ítems, pertenecientes a diferentes dimensiones de la práctica sociorelacional con familias en situación de especial dificultad, relacionados con el desarrollo de un enfoque colaborativo.

En los tres primeros capítulos hemos hecho una revisión de la literatura sobre las familias especialmente vulnerables y los profesionales que las atienden. En este capítulo se explican las bases teóricas que sustentan esta propuesta de inventario, este conjunto de actitudes, habilidades, estrategias y técnicas que proponemos para llevar a cabo un trabajo social colaborativo con familias en situación de especial dificultad.

En primer lugar, se explican aspectos relacionados con la dimensión familiar, diferenciando tres dimensiones (postura relacional del profesional, co-construcción del contexto de intervención, y enfoque centrado en capacidades). En segundo lugar, se profundiza en las prácticas a desarrollar con los sistemas más amplios y, de nuevo, se distinguen tres dimensiones: prácticas a desarrollar tanto con la familia como los sistemas más amplios, cuestiones que se relacionan con la familia (en relación a los SMAF), y elementos a desarrollar con los sistemas más amplios.

4.2 Dimensiones del inventario para el desarrollo de prácticas colaborativas con familias en situación de especial dificultad.

El inventario que se ha diseñado se estructura en dos dimensiones principales, consideradas esenciales para desarrollar un enfoque colaborativo desde el trabajo social con familias en situación de especial dificultad. La primera dimensión es A) el desarrollo de una investigación colaborativa con la familia, y la segunda dimensión se refiere a B) la colaboración entre el/la trabajador/a social y los sistemas más amplios que la familia, tanto los que se refieren a su red informal de soporte, como los que se integran en la red de soporte formal.

A. Investigación colaborativa con la persona/familia

Se trata de realizar una investigación compartida entre el trabajador social y la persona/familia, asumiendo el profesional una postura de “aliado apreciativo”, trabajando desde una postura de

“no saber”, manteniendo una conexión compasiva. Implica trabajar desde un enfoque basado en fortalezas y capacidades, tanto de la persona/familia, como de su red de apoyo, teniendo en cuenta las especificidades propias de las familias en situación de especial complejidad.

Para desarrollar esta investigación colaborativa resulta imprescindible el establecimiento de una adecuada alianza de ayuda entre el trabajador social y la persona/familia, clarificando los contextos de intervención (entendidos como acuerdos relacionales). Implica la autenticidad y genuinidad del trabajador social, interés sincero y respeto por la persona/familia.

B. Relación colaborativa con SMAF

Cooperación y colaboración con los sistemas más amplios que la familia, tanto del sistema formal (profesionales de diferentes instituciones, servicios, etc.) como del sistema informal (personas significativas en esa familia, ya sean vecinos, familia extensa, amigos, etc.). Se trata de la co-creación y mantenimiento de una red de apoyo que dé soporte a la narrativa alternativa que han entretejido todos los integrantes de ese macrosistema de ayuda creado *ad hoc*, así como el desarrollo de un trabajo colaborativo entre todos los agentes implicados.

A. INVESTIGACIÓN COLABORATIVA CON LA FAMILIA (43 ítems)

Esta dimensión incluye 1) el desarrollo de una postura relacional por parte del profesional de respeto, empatía y conexión con la persona/familia; 2) la co-construcción junto a la persona/familia del contexto de intervención (qué y cómo vamos a trabajar juntos), teniendo en cuenta que la familia es la verdadera protagonista de su proceso; y 3) un enfoque centrado en capacidades y fortalezas de la persona/familia.

Para desarrollar estos aspectos en el proceso de intervención socio-relacional con familias en situación de especial dificultad, es imprescindible la construcción de una adecuada alianza de ayuda entre profesional y persona/familia. Esta alianza, siguiendo a Bordin (1979), contiene tres dimensiones: vínculo emocional entre profesional y familia, acuerdo en objetivos y acuerdo en tareas. Consideramos que la definición del contexto o contextos de intervención profesional forma parte de esta generación de alianza, puesto que para definir de modo conjunto ese contexto de intervención, profesional y familia deben acordar qué es lo que van a trabajar, y de qué modo se va a desarrollar ese proceso de intervención. Resulta fundamental potenciar la participación de la persona/familia en esa definición de metas y objetivos de intervención, partiendo de la premisa de que la familia es la verdadera protagonista de su proceso de cambio. Y por ello resulta imprescindible desarrollar un enfoque centrado en las capacidades y fortalezas de la familia.

A continuación, profundizamos teóricamente en conceptos como la postura relacional de aliado apreciativo, la generación de una adecuada alianza (conexión emocional, acuerdo en objetivos y acuerdo en tareas), así como el enfoque centrado en capacidades. También se

detallan los ítems que se proponen en cada una de estas sub-dimensiones, señalando el número de orden que presenta cada uno de ellos en el conjunto del inventario.

A.1. Importancia de la postura relacional del profesional: respeto, empatía, conexión.

La postura que el profesional sostiene en relación a la persona/familia, así como la manera de posicionarse respecto de la familia, tiene profundas implicaciones en la efectividad de las intervenciones socio-relacionales. Así, la postura o actitud emocional del trabajador social con respecto a las personas/familias con las que interviene es un elemento fundamental para el desarrollo de intervenciones eficaces.

El término “posición relacional”, siguiendo a Madsen (2007), se refiere a cómo el profesional se aproxima a la persona/familia. Así, puede posicionarse de modo que fortalezca el respeto, la conexión, la curiosidad y la esperanza del cliente en la relación terapéutica, o bien puede situarse desde un lugar en el que, de modo no intencionado, esté enjuiciando, desconectando y desaprobando lo que hace o dice el cliente.

Para desarrollar una relación verdaderamente colaborativa con la persona/familia será necesario, en primer lugar, reconocer la importancia de la posición relacional del profesional de la relación de ayuda, y a continuación desarrollar una serie de prácticas que generen esa colaboración entre el profesional y el cliente.

A.1.a. Postura relacional de aliado apreciativo

El término “appreciative ally” (Madsen, 2007), puede traducirse como “aliado apreciativo”, y se refiere a la posición que toman los profesionales respecto de los clientes, posición que permite a los clientes sentir que el profesional está “de su lado”.

Esta posición requiere que de manera continua el profesional busque elementos de competencia, conexión y esperanza en su trabajo con familias. En efecto, la postura relacional de un aliado apreciativo se caracteriza por un espíritu de respeto, conexión, curiosidad y esperanza. Aunque se podría pensar que son características inherentes a la personalidad de cada uno, Madsen considera que es más útil plantearse que son modos de estar en el mundo que los profesionales pueden intentar presentar –activamente– en su interacción. Así, al considerar que es algo que se elige de manera deliberada, entonces se abre un espacio para crear relaciones muy diferentes con los clientes. Cabe señalar que sostener una postura de aliado agradecido no supone aceptar sin más todo lo que hacen los clientes, o que el profesional ignore sus valores.

Es importante reconocer reacciones emocionales negativas sobre clientes cuyas acciones se consideren intolerables. De hecho, invalidar implícitamente esas reacciones puede suponer una vergüenza para los propios profesionales. Al mismo tiempo, al trabajar con clientes que ofenden o enfurecen al profesional, su trabajo significativo con ellos comienza solamente tras haber sido capaces de encontrar algo (por pequeño que sea) que puedan reconocer o

respetar de ellos. Así, la alianza y el trabajo subsiguiente se fundamentarán en ese núcleo de reconocimiento y respeto. Habrá ocasiones en las que el profesional decida confrontar a sus clientes acerca de los efectos de sus acciones sobre otros, y habrá ocasiones en las que decidan actuar de modo que los clientes puedan sentir que “no está de su lado”. Lo importante en estos casos no es la posición que el profesional tome, sino que más bien se trata de la manera, del cómo tome esa posición.

Como vemos, el respeto, la conexión, la curiosidad y la esperanza son elementos que están presentes esta postura de aliado apreciativo, elementos que también se encuentran en la generación de una adecuada alianza con la persona/familia, por lo que los ítems relacionados con prácticas generadoras de alianza formarán parte también de esta sub-dimensión de postura relacional de aliado apreciativo por parte del profesional.

Madsen y Gillespie (2014) señalan cuatro compromisos que contribuyen al desarrollo de una postura relacional de aliado apreciativo:

- Mantener la curiosidad cultural y honrar la sabiduría familiar.
- Creer en posibilidades, y fomentar el ingenio de la persona/familia.
- Trabajar en asociación con la familia, y desde su terreno.
- Involucrar a la persona/familia en procesos que les empoderen, manteniendo el sentido de responsabilidad hacia el cliente.

A.1.b. Honrar la sabiduría de la familia

Una de las máximas de la intervención centrada en soluciones es que las personas tienen los recursos necesarios para realizar el cambio, poseen las capacidades necesarias para cambiar (Lipchik, 2004). Honrar la sabiduría de la familia implica creer firmemente en que la familia es la más experta en su vida (Madsen, 2007). Así, nadie sabe tanto de la familia como ella misma, y por tanto es la que mejor puede ayudar al profesional a comprender su historia. En efecto, tal como explica O’Hanlon (2001), el cliente es experto de su propia experiencia, y esto incluye su sufrimiento, sus inquietudes, y también sus recuerdos y objetivos.

La pericia del profesional se centra, así, en saber realizar las preguntas adecuadas para ayudar al cliente a reflexionar sobre la relación que tiene con el problema o problemas que han propiciado iniciar la intervención, y acompañarle en ese proceso de determinar qué futuro desea para sí mismo, y de qué manera puede dirigirse hacia ello. El profesional es el experto en crear un clima interactivo y conversacional que facilite el cambio (O’Hanlon, 2001). Es decir, que el profesional puede concebir su “experticidad” como una habilidad de realizar preguntas que provoquen, elaboren y reconozcan las habilidades, herramientas y saber hacer del cliente, que estaban previamente oscurecidos (Madsen, 2007). Esto enlaza con el concepto acuñado por Anderson y Goolishian (1992) de “no saber”, refiriéndose a la actitud del profesional que refleja la creencia de que no tiene acceso a información privilegiada, que no se puede comprender del

todo a otra persona, sino que siempre es necesario ser informado por el otro. Anderson (1999) explica que el profesional sociorelacional debe trabajar para no basar sus comprensiones o interpretaciones en experiencias y conocimientos previos. Sostiene que el profesional está interesado en captar la historia del cliente, quiere conocer qué sentido tienen las cosas para el cliente. Las contribuciones del profesional se convierten, así, en una postura tentativa, transmitiendo el respeto hacia el otro. Esto no quiere decir, insistimos, en que se deba rechazar el conocimiento profesional, sino que se enfatiza la búsqueda continua de los particulares significados que tienen para el cliente los acontecimientos de su vida (Madsen, 2011).

El proceso de evaluación tradicional coloca a profesional y familia en una relación de poder, en la que el profesional tiene el conocimiento y los clientes reciben ese conocimiento (y si no lo reciben “de manera adecuada” se les etiqueta de “resistentes”). En este nuevo paradigma post-estructuralista, se considera que tanto la familia como el profesional son expertos, cada uno en su ámbito, y solo trabajando conjuntamente, de modo colaborativo, pueden llegar a una comprensión de la situación que les permita establecer nuevos caminos para el cambio. Así, Madsen (2006) aboga por que los profesionales abandonen ese rol de “experto reparando disfunciones”, para pasar a considerarse aliados apreciativos de la familia, ayudándoles, con colaboración de la comunidad local, a conseguir lo que desean.

Por tanto, si se considera que las familias son expertas de sus vidas, y tienen competencias y fortalezas para desarrollar los cambios necesarios en sus vidas, el trabajo conjunto entre profesional y cliente se convierte en un proceso colaborativo, en el que ir señalando capacidades, habilidades, destrezas y conocimientos de ambas partes (Grant y Cadell, 2009; Madsen, 2007). Si la colaboración se define de modo conjunto, entonces esa cooperación se torna una vía de dos carriles, lo que significa que, aun cuando una de las partes no se comporte de modo cooperativo, la otra parte sí que tiene capacidad de desarrollar un clima de colaboración. Cabe señalar que los profesionales tienen un estatus determinado en la sociedad, así como unos privilegios profesionales, por lo que no se puede obviar ese liderazgo de los profesionales. En efecto, la relación que se genera entre profesional y cliente no es realmente igualitaria, por lo que el profesional debe tener en cuenta ese poder sobre la interacción, para poder usarlo en favor del proceso. Así, puede comenzar esa asociación colaborativa, por ejemplo, buscando maneras de cooperar con los clientes, haciendo su trabajo responsable hacia el cliente, en lugar de esperar simplemente a que éste coopere con él.

A.1.c. Trabajar en el terreno de la familia

Los profesionales pueden ayudar a potenciar esa colaboración con la persona/familia trabajando lo más cerca posible del entorno del cliente. Madsen (2007) utiliza la metáfora “situarse en el terreno de juego de la familia”, para referirse al desarrollo de intervenciones desde el hogar familiar. Estas intervenciones emergen como una alternativa eficaz para clientes con los que no

han funcionado adecuadamente métodos más tradicionales, como puede ser el caso de familias en situación de especial dificultad que mantienen una relación crónica con los sistemas de ayuda formales. Es interesante el hecho de que, al actuar desde el terreno familiar, el poder se difumina, y en ocasiones puede ser la familia la que “eche un cable” al profesional (por ejemplo, acompañándolo hasta el coche para que “no le pase nada de camino”). Así, el profesional puede conectar mejor con la familia, ya que les ofrece a todos la oportunidad de encontrarse como “seres humanos normales y corrientes” (Madsen, 2007). Además, diversas investigaciones al respecto señalan que las familias notan el cambio que se produce con este enfoque (Goh, 2015). Así, muchos sienten, por primera vez, que están en posición de igualdad con respecto al profesional, y que, al tenerle en su hogar, pueden hacerle comprender mejor cuál es la situación por la que atraviesan.

A continuación, se presentan los 14 criterios de intervención propuestos en esta primera dimensión. El número situado a la izquierda corresponde a la posición que ocupan en el conjunto del inventario.

A.1. POSTURA RELACIONAL DEL PROFESIONAL: RESPETO, EMPATÍA, CONEXIÓN (13)

1. Demostrar interés genuino por la persona/familia, más allá del problema.
2. Activar la escucha activa, atendiendo y conectando con la narrativa de la persona/familia, suspendiendo los juicios de valor.
3. Mostrar respeto incondicional hacia la persona/familia, independientemente de lo que haga, crea o sienta.
4. Mantener una posición neutral con respecto a los diferentes miembros de la familia, evitando coaliciones y alianzas.
5. Compartir con la persona/familia lo que siente (empatía) en relación a las dificultades que manifiesta.
8. Transmitir la necesidad de comprender lo que nos dicen, desde una posición de “no saber”, de curiosidad genuina.
9. Tener en cuenta a todo el sistema familiar, aunque no estén todos presentes en los encuentros.
10. Acercarse a esa persona/familia única: solicitar su permiso para adentrarse en esa “nueva cultura”.
14. Hacer uso del humor, cuando la situación lo permita.
15. Si cabe, compartir sentimientos personales con la persona/familia en relación a la situación que atraviesan.
16. Compartir similitudes con el cliente en sus valores o experiencias.

17. Introducir preguntas que permitan a los miembros escucharse a sí mismos, sentirse escuchados por otros, generando un espacio de conexión emocional entre los miembros y el profesional.

22. Escuchar la historia de vida que narra la persona/familia, sin perder de vista que esa narrativa está inscrita en un sistema cultural y de valores dominantes, propios de un contexto socio-cultural más amplio.

A.2. Co-construcción del contexto de intervención: la familia es la protagonista del proceso.

A.2.a. Conexión emocional

La conexión emocional, también denominada vínculo o enganche, implica que el cliente considera al profesional una persona importante en su vida, siente que la relación que han establecido se basa en la confianza, el afecto, el interés y el sentido de pertenencia (Friedlander et al., 2009).

Multitud de investigaciones, tal como detallamos en el capítulo dos, sostienen la importancia de que el cliente perciba al profesional como una persona en la que se puede confiar, que sienta que el profesional “realmente” quiere ayudarlo (Matos y Sousa, 2004; Ribner y Knei-Paz, 2002). En efecto, diferentes estudios concluyen que los clientes valoran a los trabajadores sociales que son cálidos, activos, realistas, seguros, con sentido del humor, comprensivos e interesados en ellos (Escudero, 2013; Madsen, 2007; Madsen y Gillespie, 2014). Lipchik (2004) pone de manifiesto la importancia de establecer y mantener con los clientes una relación que les haga sentirse apoyados, mientras se adaptan a los cambios propios del proceso de cambio. El puntal de la relación entre el trabajador social y la persona/familia es, por tanto, la confianza. Los clientes deben confiar en nuestro compromiso con la tarea de ayudarles sin causarles daño (Lipchik, 2004). Madsen (2007) explica que el profesional debe convertirse en un “aliado apreciativo” de la familia, señalado que se puede describir como aquella postura en la que nos sostenemos en solidaridad con la persona/familia, para que resistan así la influencia de los problemas en sus vidas.

Esta conexión puede facilitarse mediante el desarrollo, por parte del profesional, de actitudes que promuevan la confianza en la persona, la comprensión empática, así como la consideración positiva, incondicionada y afectuosa de la persona (Rogers, 2000). En este sentido, Cardona (2012) explica que la relación de ayuda implica una aceptación incondicional hacia la persona, garantizando el respeto hacia ella como tal, independientemente de lo que haga, crea o sienta. Se trata de conseguir que el cliente sienta que el profesional está realmente interesado por su persona/familia, más allá de la influencia del problema en sus vidas, y que quiere ayudarlo de forma sincera.

A.2.b. Definición del contexto de intervención

Un contexto de intervención es

“el resultado de un acuerdo explícito a partir del cual el sistema de ayuda, constituido por el profesional y su cliente, desde posiciones de colaboración mutua, trabajará durante un determinado período de tiempo para alcanzar determinados objetivos identificados por el sistema, en unas condiciones acordadas por el propio sistema (persona-trabajador social), en el marco de un servicio. Cada contexto predispone hacia un tipo de relación e implica el desarrollo de metodologías adaptadas a cada contexto” (Cardona, 2012, p. 34).

La definición del contexto de intervención con el cliente, en el marco de una relación de ayuda, “implica el desarrollo de estrategias y habilidades de cooperación así como construir la relación a través de una alianza de ayuda entre cliente y trabajador social” (Cardona, 2012, p. 35). Se trata de un acuerdo relacional, en el que tanto el profesional como el cliente acuerdan abordar determinados aspectos que generan malestar, y acuerdan asimismo unas reglas explícitas que se comprometen a seguir. La definición del contexto profesional implica explicar la finalidad, los propósitos, las expectativas y las disposiciones de todas las partes implicadas del trabajo de intervención. Cabe señalar que el contexto inicial de intervención, que se acuerda en los primeros encuentros, puede co-evolucionar hacia otros contextos, en función de las áreas que determinen trabajar y la dirección que tome la intervención.

Diferentes autores han realizado clasificaciones de los contextos de intervención. Así, inicialmente D’Adda y Gallione establecen, en los años 80, cuatro contextos de relación profesional: informativo, de asesoramiento, asistencial y de control (Cardona, 2012). Campanini y Luppi añaden, a principios de los 90, el contexto evaluativo (Campanini y Luppi, 1996). Lamas (1997) considera, ya a las puertas del cambio de siglo, que se pueden determinar seis contextos: asistencial, de consulta, terapéutico, de evaluación, de control e informativo. Ripol-Millet (2001) introduce, a principios de la década de los 2000, el contexto de mediación. La doctora Cardona (2012) señala en su tesis doctoral que, hasta el momento, los contextos de intervención profesional son:

- Contexto informativo. En principio, se trata de dar una información puntual, pero eso sí, es una información contextualizada y adecuada a la persona/familia y a la situación planteada. Cabe señalar que esta demanda inicial de información puede tener una función de enganche, por lo que, en este sentido, se puede considerar que el contexto informativo supone realizar una intervención con función preventiva.
- Contexto de asesoramiento. Se caracteriza por una demanda de ayuda que inicia la persona/familia con el objetivo de solventar un problema o cambiar alguna situación (normalmente por cambios o desajustes en el ciclo vital).

- Contexto clínico. A partir de una demanda de ayuda relacionada con la salud mental o un malestar existencial de la persona/familia, el profesional y el cliente estructuran una relación de trabajo con el objetivo de producir, bien cambios de comportamiento, bien adaptaciones al entorno, para mejorar su bienestar bio-psico-social.
- Contexto asistencial. Se caracteriza por una demanda que se presenta, al menos inicialmente, como un problema o dificultad más estrictamente material. Suelen ser peticiones complejas a nivel relacional, ya que implican, en muchas ocasiones, propuestas de delegación por parte de la persona/familia. Con frecuencia, estas demandas contienen implícitas cuestiones que se pueden trabajar desde un contexto de asesoramiento, y cuya resolución puede impactar positivamente en los resultados del contexto asistencial. Si tenemos en cuenta las especificidades de las familias en situación de especial complejidad, se comprende la necesidad de que se trabaje con estas familias de modo simultáneo desde diferentes contextos de intervención, con especial incidencia de los contextos asistencial y de asesoramiento.
- Contexto de control. En este caso, la demanda no parte del cliente, sino de otro servicio, y, por tanto, la motivación inicial de la persona/familia es extrínseca. El principal reto de este contexto es el planteamiento claro de lo que significa ese contexto de control, sin realizar maniobras que encubran ese control.
- Contexto de formación. Se desarrolla con el objetivo de desarrollar competencias personales relacionadas con la vida cotidiana del cliente, y el formato es grupal.
- Contexto de evaluación. Su objetivo es valorar la idoneidad de la persona/familia para el acceso a determinadas cuestiones, como la idoneidad en procesos de adopción o la valoración de la situación de arraigo social de personas que desean regular su situación legal en España.
- Contexto de mediación. La demanda se realiza por un conflicto de intereses, es voluntaria y suele darse en situaciones de separación o divorcio, o en situaciones de conflicto intra-familiar.

Como vemos, en función del contexto se genera un tipo de relación u otra, así como determinadas metodologías de intervención -adaptadas a cada contexto-. Por tanto, no se trabaja del mismo modo en un contexto de control que en un contexto asistencial. Tal como explica Cardona (2012), si bien en cada contexto puede predominar un modelo específico o una serie de técnicas determinadas, hay cuestiones transversales que se dan en todos los contextos, y son justamente esos elementos transversales los que ahora nos ocupan, y que tienen más que ver, como decimos, con aspectos relacionales y actitudinales del profesional a la hora de establecer una relación cooperativa y basada en la confianza con el cliente. En este sentido, Cunningham y Henggeler (1999) señalan que la intervención psicosocial efectiva requiere de la participación activa de los miembros de la familia en el proceso de tratamiento, ayudando a definir la situación-problema, los objetivos que se plantean, así como qué medidas van a implementar conjuntamente para conseguir esos objetivos. Así, más allá de las técnicas empleadas por el profesional, si no se genera previamente una fuerte alianza terapéutica con la persona/familia,

las estrategias usadas no serán efectivas. De hecho, estos autores afirman que cuando el progreso clínico se ralentiza o se frena, puede deberse a que los miembros adultos de la familia no están realmente involucrados en el plan de intervención (Cunningham y Henggeler, 1999). Coincidimos con Leigh y Miller (2004) en considerar que el primer contacto (o los primeros encuentros) de la persona/familia con el servicio es crucial para la relación de ayuda que se establece, así como para prestar un servicio efectivo. Así, estos primeros encuentros deben considerarse una potencial herramienta para generar compromiso e involucrar adecuadamente a la persona/familia en el proceso de cambio.

Así pues, la definición del contexto es el resultado de la voluntad de las partes que unen sus esfuerzos de modo colaborativo para alcanzar cambios. Nótese que el poder aquí se desdibuja, y en cambio el profesional elige, conscientemente, vincularse a sus clientes desde posiciones de “no saber” (Anderson y Goolishian, 1992), aspecto ampliado en la segunda dimensión de este modelo. No es objeto de esta tesis profundizar sobre el establecimiento de los contextos de intervención profesional, para lo cual remitimos al lector a la tesis de Cardona (2012), sino que nos centramos en aquellos elementos transversales que el profesional puede -y debe- tener en cuenta a la hora de establecer, junto con el cliente, el contexto o contextos de intervención a partir de los cuales van a desarrollar la intervención, ya que clarificar y determinar conjuntamente ese acuerdo relacional es un punto clave -necesario pero no suficiente- para desarrollar adecuadamente el proceso de intervención. Por tanto, nuestro interés se centra en aquellas actitudes y destrezas colaborativas que los trabajadores sociales activan en la definición del contexto de intervención, como la escucha activa, la suspensión de juicios de valor o el interés genuino por la historia que cuenta la persona/familia, que contribuyen a forjar esa alianza de ayuda.

Consideramos que la definición del contexto constituye un elemento inherente al establecimiento de la alianza de ayuda, ya que ese acuerdo relacional facilita la generación de la alianza, y ésta, a su vez, influye positivamente en la facilitación de ese acuerdo relacional.

A.2.c. Acuerdo en objetivos y tareas con familias en situación de especial dificultad

Respecto a la definición conjunta de los objetivos del proceso de intervención, Madsen (2007) explica que los objetivos facilitan un marco organizativo para el proceso de cambio, y tanto pueden usarse para aumentar la motivación del cliente, como para asegurar que el trabajo del profesional es responsable hacia sus clientes. Así, este autor propone que, en el contrato que se elabore con la familia tras el diagnóstico y el ajuste del diagnóstico mediante el co-diagnóstico, se plantee un enfoque acordado del proceso (objetivos a largo plazo); objetivos a corto plazo; plan de intervención (conjunto de tareas para llevar a cabo por parte de los diferentes miembros del macrosistema de ayuda generado; definir cómo se notarán las mejoras en cuanto comience, así como indicadores de que los objetivos se han conseguido.

Por otra parte, las especificidades de las familias en situación de especial dificultad suponen un reto para los profesionales, entre otras cuestiones, por el hecho de que los problemas de estas familias no suelen remitir, y en muchas ocasiones, el proceso de desarrollar objetivos en ese proceso de intervención puede vivirse como algo imposible de alcanzar (Madsen, 2007). En cada nueva sesión aparecen nuevas crisis, y los objetivos pueden parecer cambiantes cada día. Para responder a estas situaciones, hay que mantener el equilibrio entre la flexibilidad y el mantenimiento de un enfoque adecuado. Así, si se reconoce que las intervenciones tienen resultados no predecibles, cada interacción con la persona/familia por parte del profesional, supone una intervención (O'Hanlon, 2001).

Es fundamental que los problemas y objetivos surjan realmente de la propia familia, y no de las teorías del profesional o de algún modelo normativo. O'Hanlon (2001) considera que encontrar o crear esos objetivos y tareas compartidos por familia y profesional, se convierte en un proceso de coordinación de los problemas y objetivos individuales. Para coordinar estos problemas, objetivos y tareas se pueden utilizar estrategias de reconocimiento, de enlace y de rastreo. Así, en primer lugar, se reconoce la perspectiva de cada miembro de la familia, replanteándola de modo que resulte lo menos agresiva posible -pero eso sí, sin despojarla de su significado-. Mediante la estrategia de enlace (a veces basta con utilizar el conector “y”) se conectan estas afirmaciones individuales, describiendo las secuencias de acciones que parecen integrar ese problema compartido. Una vez obtenida una descripción que sea aceptable por todas las partes implicadas, se pueden comenzar a desarrollar la dirección y los objetivos del tratamiento (O'Hanlon, 2001).

A continuación, se presentan los 20 criterios de intervención propuestos en esta segunda dimensión. El número situado a la izquierda corresponde a la posición que ocupan en el conjunto del inventario.

A.2. CO-CONSTRUCCIÓN DEL CONTEXTO DE INTERVENCIÓN: LA FAMILIA ES LA PROTAGONISTA DEL PROCESO (19)

6. Demostrar interés por conocer si, además del motivo inicial de la consulta, existen otras preocupaciones que quiera/n compartir en este espacio.
7. Transmitir a la persona/familia que ella es la protagonista del proceso, invitarles a ser activos en la toma de decisiones en relación al proceso de intervención.
19. Reconocer y normalizar la hostilidad de los clientes involuntarios, escuchando sus razones y negociando con ellos unos objetivos mínimos.
24. Interesarse por conocer las expectativas que tiene la persona/familia en relación al servicio.
25. Interesarse por conocer las expectativas que tiene la persona/familia en relación al profesional.

26. Concretar con la familia un acuerdo inicial de trabajo: clarificar en el acuerdo los objetivos iniciales (que justifican que la relación de ayuda se inicie), es decir, qué cosas acordamos que trabajaremos juntos.
27. Explicitar qué características va a tener la relación de ayuda (cómo trabajaremos), en base a cada uno de los objetivos iniciales acordados.
28. Al explicar cómo trabajaremos, explicitar cuestiones transversales relativas al proceso de ayuda: acompañamiento por parte del profesional, toma de decisiones y liderazgo del proceso por parte de la familia, confidencialidad del proceso, conexión con el resto de profesionales implicados, y trabajo en equipo.
29. Manifiestar a la persona/familia que nos vamos a interesar durante todo el proceso por su opinión sobre cómo va dicho proceso, si le está resultando útil, si considera que va generando pequeños cambios, si siente que el trato recibido es respetuoso, etc. (retroalimentación o feedback).
30. A partir del feedback recibido por parte de la persona/familia sesión a sesión, ambos iremos introduciendo las reflexiones y los cambios que se consideren adecuados.
48. Cuando la comprensión de la situación se considera suficiente, dar paso a una entrevista para construir de manera compartida con la persona/familia el co-diagnóstico.
49. Respetar los deseos de la persona/familia, y trabajar junto a ella para la construcción conjunta de objetivos y tareas.
50. Definir conjuntamente los objetivos a alcanzar, teniendo en cuenta los otros proyectos de intervención presentes en otros servicios que están interviniendo con esta persona/familia.
52. Redactar conjuntamente con la persona/familia objetivos y tareas de modo que sean fácilmente comprensibles, alcanzables, y que estén lo suficientemente acotados como para poder evaluar su grado de cumplimiento.
53. Establecer temporalización (flexible) para cada uno de los objetivos y tareas acordados.
56. Construir conjuntamente y firmar un acuerdo/plan de intervención, de modo que tanto el profesional como la persona/familia asuman una responsabilidad compartida en ese plan acordado.
58. En base a la dirección del cambio acordada, proponer a la persona/familia, si cabe, la realización de determinadas tareas entre sesiones.
59. Solicitar a la persona/familia una retroalimentación al final de cada encuentro, interesándose por saber si el proceso se ajusta a sus expectativas, si el proceso les está resultando útil.
60. En caso de que sea necesario modificar el contexto de intervención profesional (por ejemplo, ante situaciones de desprotección de menores), explicar a la persona/familia las responsabilidades legales y éticas del profesional, manteniendo una posición honesta ante la persona/familia, de manera que se faciliten alternativas de acción que no pongan en peligro la continuidad en la relación de ayuda.

A.3. Enfoque centrado en capacidades

En primer lugar, hay que tener en cuenta que las historias de vida facilitan marcos para ordenar e interpretar nuestras experiencias en el mundo. Así, las narraciones organizan nuestro campo experiencial, promoviendo una atención selectiva a determinados eventos y experiencias, y realizando una “inatención” selectiva acerca de otros eventos y experiencias (Madsen, 2007).

Por tanto, lo que cuenta la persona/familia al profesional será la narrativa dominante que se ha ido conformando a partir de la selección de determinadas experiencias, omitiendo de manera inconsciente narrativas alternativas (Ramos, 2015; Ramos y Borrego, 2006). Del mismo modo, lo que se busca moldea lo que se percibe; así, la percepción no es proceso pasivo de observación, sino que es un proceso activo en el que realizamos distinciones que, a su vez, promueven una atención selectiva a unos eventos determinados, así como una desatención selectiva de otros. Por tanto, las asunciones que el profesional tenga sobre los clientes, van a influenciar su respuesta hacia ellos, y esto, a su vez, generará una respuesta determinada en el cliente.

También hay que tener en cuenta que, cuando una persona/familia narra la historia que sostiene sobre su vida, invita al profesional a participar en esa historia, y de alguna manera esa participación condiciona, moldea, transforma esa historia (Madsen, 2007). En efecto, las maneras en las que los demás responden -en este caso, los trabajadores sociales-, confirman o ponen en tela de juicio las historias de vida -de la persona/familia-. Así, a menudo los profesionales son invitados a participar en esas narrativas familiares, y la manera en la que respondan a esa invitación puede tener profundos efectos en la relación que se entreteje entre profesional y cliente, y, por ende, en el rumbo que tome la intervención.

Cuando se analizan las limitaciones que se aprecian en esa narrativa de historia de vida, resulta útil que el profesional tenga en cuenta el contexto cultural que envuelve a la familia y los sistemas más amplios que interactúan con ella, ya que esto enriquece el trabajo de comprensión de la vida del cliente, facilitando conexiones más profundas, y contribuyendo a un trabajo más efectivo. En este sentido, Madsen (2007) propone la metáfora de la negociación transcultural. Ya hemos comentado anteriormente que las historias de vida están moldeadas por las experiencias. Además, las historias individuales están mediadas por narrativas culturales más amplias. Así, las ideas acerca de cómo debería ser la persona, se apoyan en cuestiones culturales, por lo que el profesional debe ser consciente de la influencia del contexto social, cultural, económico y político en la narrativa que presenta la persona/familia acerca de su situación, de cómo consideran que se debe funcionar en el mundo. Siguiendo a Madsen (2007), la comprensión de los retos que plantea la práctica profesional con familias en situación de especial complejidad puede facilitarse mediante la metáfora de la negociación transcultural. Sugiere que se conciba a profesional y cliente como entidades con culturas diferentes, con

creencias particulares y estilos determinados de interacción, que están incrustados en una serie de asunciones que unos y otros han integrado como ciertas. El proceso de intervención psicosocial puede entenderse, de este modo, como una negociación intercultural, en la que dos culturas interactúan, en una relación de influencia mutua.

La propuesta para comprender la complejidad única de cada familia es justamente esa, la de que el profesional se aproxime a la familia como si ésta fuera una cultura única. Así, el profesional se convierte en un antropólogo que trata de conocer todo lo que pueda de esa nueva cultura. Madsen (2007) advierte de la tendencia de los profesionales a considerar sus categorías de comprensión como hechos objetivos, con el consiguiente riesgo de perder información valiosa, así como que el cliente sienta que sus categorías de comprensión tienen menos peso que las del profesional. El arte y la habilidad en este proceso subyace en cómo realizamos las preguntas adecuadas para obtener la información. Además, en el proceso, emergen nuevas ideas, y el cliente tiene la oportunidad de tener una experiencia de sí mismo diferente. Como señala Anderson (1999), el objetivo del profesional es facilitar el diálogo, teniendo así la oportunidad de que emerjan nuevos significados, nuevas narrativas, nuevas conductas y emociones. Cabe señalar que la responsabilidad es compartida, ya que ambos participan en ese proceso discursivo; en efecto, en la conversación dialógica se produce una indagación compartida, profesional y cliente intercambian ideas, visiones, opiniones, preferencias, emociones, etc. Y ambos se comprometen a aprender sobre el otro, diluyéndose así esa “posición de experto” que tradicionalmente han ocupado los profesionales socio-relacionales.

A.3.a. Arquitectura conversacional

No podemos soslayar el hecho de que las interacciones entre el trabajador social y la persona/familia pueden invitar al desarrollo de historias de vida limitantes, que desarrollen patrones patológicos, o bien pueden invitar al desarrollo de historias de vida liberadoras y que empoderen al cliente. En efecto, algunos patrones de interacción pueden ayudar a las personas a sentirse competentes y conectadas con los demás, y a la inversa. De este modo, se concibe el patrón de interacción como una serie de invitaciones mutuas en las que las acciones de una persona invitan a una respuesta particular de la otra persona, y esa respuesta, a su vez, invita a otra respuesta de la primera. En el caso que nos ocupa se trata, pues, de ayudar a los clientes a examinar las historias que dan forma a sus vidas, reflexionando sobre los posibles efectos limitantes, de modo que puedan decidir si esas historias realmente encajan con ellos. Asimismo, el profesional puede ayudar a los clientes a desarrollar historias de vida que ofrezcan más oportunidades y posibilidades de acción. Se trata, pues, de dibujar eventos que contradigan de algún modo a esa historia dominante, para elaborar posibles historias más amplias, a través de las cuales pueda filtrarse la experiencia, y así ayudar a los clientes a expandir ese abanico de historias que moldean su vida (Madsen y Gillespie, 2014).

Creemos en un mundo de conversaciones, algunas en las que estamos involucrados, otras que tratan simplemente sobre nosotros, y estas conversaciones externas se internalizan y forman historias que contamos acerca de nosotros. A lo largo del tiempo, estas conversaciones se internalizan y operan como marcos que dan sentido a nuestra vida (Madsen, 2007; O'Hanlon, 2001). Por tanto, si se asume que las conversaciones que tienen los profesionales sobre los clientes –así como las conversaciones que mantienen con ellos- tienen importantes efectos en cómo son en sus vidas, conviene que los profesionales reflexionen acerca de cómo pueden organizar sus conversaciones internas sobre los clientes, así como los diálogos interpersonales que mantienen con ellos. En este sentido, las prácticas narrativas aportan una concepción de las historias de vida que permite una comprensión amplia de las mismas, de modo que se pueden abrir posibilidades de acción diferentes. Tal como señala Anderson (1999), los profesionales que trabajan a nivel socio-relacional no describen, explican o interpretan las acciones de los clientes, sino que se centran en participar en una conversación junto al cliente. Así, la narrativa de la persona es producto del intercambio social, y en el transcurso de las sesiones tanto el profesional como el cliente participan en este proceso creativo generador de nuevos conocimientos. Anderson (1999) señala una serie de influencias que considera útiles para que el profesional pueda llevar a cabo una indagación verdaderamente colaborativa con el cliente:

- Conversar utilizando el lenguaje cotidiano del cliente, ya que éste ofrece claves para la definición de problemas, objetivos de intervención e intervenciones propiamente dichas.
- Mantener una curiosidad genuina en la historia que narra el cliente.
- Tener en cuenta el lenguaje de cada miembro de la familia, comprendiendo que cada uno de ellos describe a su manera tanto el problema como las posibilidades de solución.
- Priorizar el conocimiento del cliente al conocimiento del profesional, tomando los profesionales una posición de aprendices. De este modo, se unen profesionales y clientes en un diálogo, un intercambio, una conversación de doble vía, tal como señala Madsen (2007).
- Tener en cuenta que es imposible predeterminedar el resultado de las conversaciones.

Madsen y Gillespie (2014) proponen un mapa para guiar los esfuerzos de ayuda colaborativa entre el profesional y la persona/familia, centrándose en el desarrollo de conversaciones en torno a cuatro áreas:

- A) Desarrollar una visión acerca de dónde desearía la persona/familia dirigir su vida. Se trata de desarrollar una visión mutuamente compartida, proactiva, que sea significativa para esa persona/familia, y que sea lo suficientemente concreta. Además, esa visión se construye sobre una base de motivación y de ingenio, y al mismo tiempo se tiene en cuenta a la comunidad que rodea a esa persona/familia.
- B) Analizar obstáculos y retos que se están interponiendo en ese camino deseado en su vida. Para ello será útil el desarrollo de conversaciones externalizantes.

- C) Analizar los apoyos disponibles, que ayudan a avanzar en la dirección deseada. Será útil el desarrollo de conversaciones sobre fortalezas externalizadas.
- D) Desarrollar un plan acerca de lo que debe suceder a partir de ahora. Se trata de decidir conjuntamente quién hará qué, cuándo y con quién, para generar apoyos y enfrentar esos obstáculos que se interponen en esa visión de la vida deseada y hacia la que la persona/familia desea dirigirse.

A.3.b. Desarrollar conversaciones externalizantes

La externalización es un concepto del modelo narrativo que resulta especialmente útil para sustentar el hecho de ver a las personas “en una relación con” los problemas. En efecto, cuando el profesional considera que la persona tiene un problema, corre el riesgo de solapar la identidad de la persona con el problema. En cambio, situar a la persona fuera del problema, viéndola como alguien que tiene “una relación con” el problema, permite generar un poco de distancia con respecto al problema, y eso ayuda a aliviar sentimientos de desesperación, vergüenza y culpa, minimizando la actitud defensiva que en ocasiones presentan las personas que se encuentran en situaciones de especial complejidad.

Desde esta perspectiva, la persona no es el problema, sino que el problema es el propio problema, o bien la relación que tiene esa persona con ese problema (O’Hanlon, 2001). También se pueden externalizar las interacciones y las creencias limitantes, permitiendo la creación de un espacio en el que poder examinar la relación de la persona/familia con ese elemento limitante (Madsen, 2007). Relacionando esto con los patrones de interacción a los que nos hemos referido anteriormente, vemos que el hecho de poner el foco de atención en el patrón de interacción, en lugar de poner el foco en la persona, se realiza un importante cambio de perspectiva. Así, la familia “está en relación con” un patrón determinado, que influye en la vida de la familia, y la familia, a su vez, tiene influencia en el mantenimiento de ese patrón. Esto supone que la persona no es una simple víctima del patrón, sino que tiene oportunidades para “resistirse” a ello, y de hecho a menudo ya han experimentado situaciones en las que se encuentran fuera de ese patrón. La misión del profesional será la de obtener y elaborar esas experiencias de la persona/familia fuera de la influencia del problema (o del patrón de interacción), como una base para construir alternativas de acción.

Mapa para desarrollar conversaciones externalizantes sobre problemas

Madsen y Gillespie (2014) proponen centrarse en cuatro áreas, para separar a la persona del problema, considerando que la persona es la persona y el problema es el problema, y que la persona mantiene una relación con el problema. Las áreas y las preguntas-tipo que proponen son las siguientes (donde XX será un sustantivo que identifique al problema):

- 1- Experiencia del problema.

¿Cuándo y dónde es más probable que aparezca XX en tu vida?

¿Cómo notas que XX se muestra?

¿Cómo es tener XX en tu vida?

2- Efectos del problema

Cuando XX aparece en tu vida, ¿cómo te afecta?

¿Qué intenta XX que hagas, que va contra la mejor versión de ti mismo?

¿Te ha generado XX problemas en tus relaciones? ¿De qué modo?

¿Sobre qué trata XX de convencerte acerca de ti?

Si XX se hiciera más fuerte durante los próximos 6 meses, ¿cómo afectaría a tu vida?

3- Preferencias respecto de esos efectos

Si piensas en cómo XX ha afectado a tu vida, ¿es más positivo o negativo?

¿Hay algo que te gustaría tener más o tener menos en tu vida?

¿Por qué es eso? ¿De qué modo estos efectos encajan o no con tus esperanzas para tu vida?

¿Hacia dónde deseas dirigir tu vida?

¿Qué dicen esas preferencias acerca de lo que te preocupa, de lo que valoras en tu vida?

4- Respuestas dadas al problema

Dices que no te gustan los efectos de XX y que te gustaría encontrar un modo de mantener a XX en su lugar. ¿Puedo preguntarte sobre modos en que ya lo has hecho? ¿Puedes pensar en un momento en el que fuiste capaz de mantener XX en su lugar, aunque solo fuera un poco?

¿Qué hiciste diferente? ¿Cómo lo hiciste? ¿Quién y qué modo te ayudó? ¿Eso fue nuevo, o bien ya había ocurrido en momentos similares?

¿Qué significa para ti haber sido capaz de hacerlo? ¿Qué te dice sobre ti mismo?

¿Qué capacidades, o saber-hacer, muestra eso? ¿Cómo has desarrollado esas capacidades?

¿Quién y de qué modo o en qué te ayudó a desarrollarlas?

Si continúas en ese nuevo camino, ¿cómo afectará a otras partes de tu vida?

A.3.c. Desarrollar conversaciones basadas en fortalezas

Para crear un clima que favorezca la cooperación, el profesional puede comenzar reconociendo las aptitudes y capacidades del cliente (O'Hanlon, 2001). Es cierto que, en muchas ocasiones, los clientes acuden al servicio con dos expectativas básicas: o bien esperan que el profesional les libre de su problema, o bien esperan ser culpados por tenerlo. Y esto es especialmente cierto con familias que mantienen relaciones crónicas con los sistemas formales de ayuda. Sin embargo, O'Hanlon (2001) apuesta por tratar de que el cliente abandone esas expectativas poco productivas, y por hacer que participe activamente en la producción del cambio que desea. Esta actitud de cooperación debe extenderse al resto de profesionales que puedan estar trabajando

con la familia, aunque nos centraremos en ello cuando desarrollemos la dimensión de “colaborar de forma cooperativa con los SMAF”.

Volviendo de nuevo al construccionismo social, los profesionales influyen en las descripciones que los clientes dan de sus situaciones (O’Hanlon, 2001). Así, no se trata de problemas “reales y objetivos”, sino que normalmente se obtienen y aceptan descripciones de problemas que encajen con las teorías del receptor. Por tanto, el profesional influye en los datos que recaba, en la descripción que se hace de las situaciones, haciendo que encajen con sus modelos teóricos. Por tanto, el profesional no toma una posición meramente pasiva, sino que siempre influye en el cliente, del mismo modo que el cliente influye en el profesional. El profesional forma parte de ese sistema circular interactivo que han creado conjuntamente mediante los procesos dialógicos que tienen lugar en los diferentes encuentros entre profesional y clientes (Anderson y Goolishian, 1991; Anderson, 1999).

La expresión “desarrollar conversaciones sobre posibilidades”, acuñada por O’Hanlon (2001), se refiere al desarrollo de una visión proactiva para guiar el trabajo con el cliente. Esto supone focalizarse en las posibilidades, en cómo quiere la persona/familia que sea su “futuro no problemático”. Los profesionales centrados en soluciones no se centran solamente en lo que se debe modificar, sino que también se interesan por cómo se verá ese cambio de estado, esto es, cómo será ese futuro sin problemas. Se trata de reconocer los problemas, pero centrándose en dar soporte a la manera preferida por el cliente para hacer frente a esas dificultades. Madsen (2007) señala que las conversaciones sobre posibilidades son beneficiosas porque invitan a las familias a situarse fuera del peso de los problemas cotidianos, de modo que pueden reflexionar sobre sus relaciones con el problema o problemas, examinar las limitaciones que esta relación ha supuesto hasta el momento, y orientarse hacia el futuro deseado. La pregunta del milagro - que se enmarca en el enfoque de solución de problemas- es un ejemplo de cómo esa orientación hacia el futuro supone una intervención que abre posibilidades de cambio. Otra manera de desarrollar una visión proactiva es pasar de imaginar el futuro deseado, a enfocarse en el presente que les gustaría tener. Esto resulta especialmente útil cuando las preguntas sobre escenarios de futuro están fuera de lugar, como en aquellos casos en los que la vida en el presente resulta demasiado abrumadora o desmoralizante.

Mapa para guiar conversaciones centradas en fortalezas

1. Identificar fortalezas como prácticas intencionales

Madsen y Gillespie (2014) proponen que consideremos las fortalezas, en lugar de como algo inherente a la persona, como una práctica intencional que realizan en su vida. El hecho de ver las fortalezas como prácticas intencionales, permite cultivar y desarrollar dichas fortalezas.

Estas conversaciones se pueden iniciar preguntando sobre elementos que dan soporte o apoyo a esa dirección deseada (transformando los adjetivos de esas capacidades en sustantivos), o bien preguntando por excepciones a los obstáculos que están en el camino hacia la dirección deseada, es decir, momentos en los que la persona ha sido un poco más capaz de resistir el empuje de un problema particular. Así, se trata de pensar en fortalezas de un modo externalizante, viéndolas como prácticas que uno desarrolla en la vida, y no tanto como meras características personales. Algunos ejemplos de preguntas (sustituyendo XX por la capacidad sustantivada):

¿Puedes hablarme más de XX?

Si XX no fuera una cualidad que tienes, sino algo que haces, ¿cómo sería eso para ti? ¿Cuáles son, para ti, las prácticas en que se concreta XX?

¿Cómo desarrollaste esas prácticas?

¿Quién y qué contribuyó al desarrollo de esas prácticas?

¿Qué es lo que hace eso importante para ti?

2. Indagar sobre posibles intenciones, valores y creencias, esperanzas, sueños y compromisos en la vida, que pueden estar tras esas prácticas intencionales.

Se trata de conectar a la persona con los apoyos que están presentes en su vida, hablando de esas capacidades como prácticas intencionales. Algunos ejemplos de preguntas (sustituyendo XX por la capacidad sustantivada), teniendo en cuenta que son una progresión de preguntas inspiradas en White (2016):

Cuando haces este XX, ¿cuál es tu intención? ¿A dónde tratas de llegar? ¿Qué esperanzas tienes en ello?

Si piensas en esos valores, ¿qué esperanzas o sueños hay detrás, qué reflejan?

¿Qué dirían estas esperanzas y sueños acerca de a qué estás comprometido en tu vida?

Madsen y Gillespie (2014) señalan que el movimiento desde las prácticas hasta las intenciones que subyacen a las mismas puede entrañar dificultades, pero aun así es de vital importancia realizar este proceso, esta progresión deliberada de preguntas, puesto que cada conjunto de preguntas posibilita un nuevo nivel para subsiguientes preguntas, e impulsa pequeños pasos que apoyan las habilidades de la persona para considerar y responder a esas cuestiones.

Cabe señalar que, tanto el mapa para guiar las conversaciones externalizantes como el mapa para desarrollar conversaciones sobre fortalezas son principios que guían la intervención, no una simple retahíla de preguntas a seguir. En este sentido toma importancia de nuevo la afirmación de que estas intervenciones deben seguir una “improvisación disciplinada”, esto es, un balance entre seguir un mapa o guía en el proceso de preguntas, y la práctica improvisada que permita la acomodación de respuestas no esperadas.

3. Desarrollar una comunidad que pueda dar soporte a la persona/familia en esas prácticas intencionales.

Para afianzar estas prácticas intencionales de fortalezas, estos autores proponen una serie de preguntas, que permiten el desarrollo de una comunidad que dé soporte a la persona/familia en la implementación de dichas prácticas:

Cuando echas la mirada atrás en tu vida, ¿quién crees que aprecia de modo particular tu propósito de XX (capacidad), a la hora de enfrentarte a X (efecto sustantivado), provocado por X (problema sustantivado)?

¿Cómo han contribuido esas personas a tu desarrollo de X (capacidad sustantivada)?

Si fueran testigos de cómo pones X (capacidad sustantivada) en práctica, ¿qué crees que dirían de ti?

¿Qué tal es para ti hablar y pensar sobre ellos ahora mismo?

¿Te gustaría tener esto más presente en tu vida? Si es así, ¿qué te ayudaría a hacerlo?

A.3. ENFOQUE CENTRADO EN CAPACIDADES (11)

11. Potenciar, en la fase de estudio, valores y competencias de la persona/familia, al tiempo que se construye conjuntamente una comprensión de la situación.

12. Reconocer la sabiduría de la persona/familia, y honrarla manifestándole que ella es la verdadera experta de su vida, solicitando su ayuda para poder comprender la situación-problema.

13. Transmitir a la persona/familia la esperanza de que el cambio es posible, con expresiones alentadoras y honestas acerca de sus posibilidades de cambio.

18. Considerar que la persona/familia dispone de las capacidades y recursos necesarios para el cambio, y manifestárselo explícitamente.

20. Potenciar las interacciones que aparecen en las conversaciones, que reflejan fuerza y competencia, y ponerlas en valor.

21. Reformular las afirmaciones negativas que se dan en la expresión de la queja, transformándolas en peticiones sobre lo que necesitan o desean los miembros de la familia (“yo necesito que”, “a mí me gustaría que”, etc.).

23. Interesarse por la vida de la persona/familia más allá de la influencia del problema, subrayando y amplificando sus recursos y competencias, así como su disposición al cambio.

31. Considerar que la persona/familia no es el problema, sino que “mantiene una relación con” el problema.

32. Manifestar interés en conocer los esfuerzos que la persona/familia ha realizado para desarrollar un cambio en la relación con el problema.

65. Ante atascos y trabas que puedan darse en el proceso de ayuda, entender que la dificultad está en la interacción, más que en la familia o en el profesional.

66. Construir con la persona/familia conversaciones sobre sus valores y potencialidades, de modo que la familia pueda anclar narrativas alternativas que rescaten sus competencias por encima de sus déficits.

B. RELACIÓN COLABORATIVA CON SMAF (24 ítems)

B.1. Multi-asistencia profesional

Las familias en situación de especial dificultad tienden a interactuar con diferentes servicios personales de modo simultáneo. De hecho, tal como señala Imber-Black (2000, p.34), “todas las familias establecen vínculos con sistemas amplios”. En muchas ocasiones, estas relaciones se desarrollan de manera exitosa, pero también sucede -especialmente con familias vulnerables- que esta relación o vínculo con otros sistemas es una fuente de conflictos que afecta de modo negativo a las posibilidades de cambio de la familia (Imber-Black, 2000). Cabe señalar, asimismo, que las familias tienen una serie de “reglas” particulares acerca del modo de relacionarse con otros sistemas. Así, para algunas familias no resulta aceptable utilizar determinados sistemas de soporte formal (por ejemplo, un servicio de salud mental), o tienen reglas no escritas acerca de quién puede y debe ser ayudado -y de qué modo-. Como decimos, estas situaciones se dan de manera más acentuada en familias que se encuentran en situación de especial dificultad, en parte debido a la cronicidad de las relaciones con los sistemas de ayuda (formal e informal), en parte debido al “contexto de la prestación y la recepción de la ayuda en nuestra cultura” (Imber-Black, 2000, p.44).

La participación de las instituciones con este tipo de familias suele acarrear dos consecuencias principales: la sustitución y la fragmentación (Matos y Sousa, 2004). Así, el ansia de sustitución de determinadas funciones propias de las familias, lleva en muchas ocasiones a los profesionales a despojar a la familia de competencias que debería asumir; se produce entonces lo que Colapinto (1995) denomina “dilución del proceso familiar”. A esto debemos sumarle el hecho de que cada agencia, cada servicio, tiene un mandato determinado, tendiendo a proteger su servicio de la interferencia de los demás, lo que contribuye a la fragmentación.

En ocasiones, los motivos e intenciones que subyacen en intervenciones sustitutorias tienen efectos negativos no previstos. Por ejemplo, en vez de potenciar el desayuno en familia dando una ayuda económica a la familia, se pone en marcha un programa que da el desayuno en el colegio (acudiendo media hora antes). En este caso, se está privando a la familia de la oportunidad de generar un espacio de interacción familiar que podría ser positivo (Colapinto, 2005). De hecho, este autor sostiene que el mero hecho de que los servicios sociales intervengan en la vida de una familia, ya tiende a debilitar las relaciones familiares. En una situación de

riesgo, por tanto, una intervención protectora puede diluir las conexiones familiares (por ejemplo, dejando patente delante de un adolescente la opinión de los servicios sociales sobre el estilo de crianza de sus padres). En caso de retirada del menor del hogar familiar, las visitas entre padres e hijos se tornan infrecuentes, tanto por motivo logístico como por “incumplimientos” de los progenitores del plan de trabajo (ausencia a entrevistas, retrasos, no acudir a rehabilitación, etc.) (Colapinto, 2005). Para que la reunificación pueda ser exitosa, la relación entre los padres y sus hijos debe mantenerse pese a la distancia física, favoreciendo contactos tan frecuentes como sea posible.

Se han desarrollado diversos estudios que pretenden dirimir el número medio de sistemas más amplios implicados en la red social personal de cada familia. Así, Sousa (2005) concluye en su estudio que la media de SMAF es de 6.2, y señala que el rango es amplio, de 0 a 23, con una desviación estándar de 4.3. Ramos (2007) señala en su estudio que el promedio de profesionales que intervienen de manera simultánea con estas familias es de 7. Rodríguez (2013) sostiene que, en los casos analizados en su tesis doctoral, se constata la existencia de un elevado número de organizaciones que intervienen con las familias, con una intensidad variable. Revisa en su tesis 32 casos, en los que están presentes un total de 91 organizaciones.

Sluzki (1996) señala que las redes de tamaño medio son las más efectivas, ya que si son muy pequeñas no resultan eficaces en una situación de crisis, pero si son demasiado amplias pueden ser inactivas, ya que cada miembro presupone que alguien más ya ha prestado su ayuda a esa persona en situación de necesidad. En cuanto a la densidad de la red, Sluzki (1996) sostiene que una densidad media (fragmentada) promueve la eficacia de la red, ya que se organiza en subgrupos que no se conocen entre sí. En cambio, un alto nivel de densidad (cohesivo) significa que los miembros se conocen entre sí, facilitando la conformidad entre ellos, hecho que promueve la pasividad. En el caso del estudio de Sousa (2005), el 77% de las redes analizadas tienen un carácter cohesivo, frente al 15% que presenta una red fragmentada. La familia constituye el principal sector de apoyo, seguido por amigos, servicios sociales, compañeros de trabajo y vecinos. El nivel de proximidad relacional de los profesionales es idéntico al de los amigos (segundo cuadrante con mayor peso). En cuanto a las correlaciones, los resultados parecen indicar que los sujetos con menos apoyo de familiares y amigos, tienden a desarrollar relaciones más estrechas con los profesionales. Además, cabe señalar que la proximidad relacional de la familia y de los vecinos presenta una correlación significativa y positiva, así como el apoyo de los servicios sociales y de los amigos. También correlacionan de manera positiva la proximidad relacional con compañeros de trabajo y con servicios sociales (Sousa, 2005).

La coordinación entre los elementos de la red organizacional está caracterizada por la fragmentación de los recursos que ofrecen, consiguientemente por una disminución de eficacia de los mismos y un impacto negativo en la resolución de los problemas. En segundo lugar, se

constata que la “mirada” de los servicios contribuye a la fragmentación de la familia, dado que las perspectivas de los diferentes servicios entran en colisión, confunden y hacen ineficaz la intervención, contribuyendo a una hipotética cronificación de la relación familia-servicios. Por último, Rodríguez (2013) señala que el papel que desempeña la organización decisoria en materia de menores es clave, pudiendo virar el rumbo de toda la intervención. En este sentido, el profesional debe ser consciente del papel que le ha encomendado su servicio, y si sobre él recae la responsabilidad de realizar tareas asistenciales, pero también de control, debe explicitar dicho contexto de control, tanto a la red profesional como a la familia. También puede ocurrir que el profesional sienta que es incompatible realizar esa tarea de control y ayudar a la vez a la familia con los problemas que ésta define (Dimmock y Dungworth, 1983). Se aprecia, por tanto, una diferencia entre la intervención psicosocial realizada en un contexto clínico, y la intervención realizada desde Servicios Sociales. En efecto, en un contexto clínico se enfatiza la importancia del enganche con la familia. Sin embargo, en Servicios Sociales el rol puede venir impuesto por el servicio. Por tanto, estos autores abogan por mejorar las habilidades de maniobrabilidad de los trabajadores sociales en relación a los servicios en los que se ubican, ya que eso podrá romper las secuencias que causan y ayudan a mantener los problemas de la familia.

Numerosos autores han teorizado sobre los efectos negativos que genera la multi-asistencia. Así, algunos señalan que los problemas de la familia tienden a acentuarse, y con frecuencia surgen nuevas dificultades (Cleek, Wofsy, Boyd-Franklin, Mundy, y Howell, 2012). Además, la intervención tiende a ser fragmentada, y la familia se encuentra lidiando con múltiples instituciones y recursos, con las contradicciones que esto conlleva en determinadas ocasiones (Imber-Black, 2000, 2010; Madsen, 2007; Minuchin et al., 2009). Además, se produce la dilución de los procesos familiares (Colapinto, 1995), al estar profundamente imbricados con el sistema de servicios sociales, tendiendo a perder esa cohesión familiar (Sousa y Rodrigues, 2012).

La reciente investigación llevada a cabo por Visscher et al. (2018), que analiza 15 programas dirigidos a familias multiproblema en los Países Bajos, señala ocho categorías principales de prácticas que suelen llevarse a cabo: evaluación de problemáticas; planificación y evaluación; trabajar para el cambio; aprendizaje de competencias parentales; ayuda con necesidades concretas; activación de la red social; activación de la red profesional; mantener la colaboración profesional-cliente. En esta última categoría, incluyen conversar sobre las expectativas de la familia, tanto en relación al profesional como en relación al servicio en cuestión. En cuanto a los elementos de los programas de intervención, señalan: duración e intensidad de la intervención; supervisión; reflexión con pares; consulta con experto externo, y disponibilidad las 24 horas. Todos estos elementos contribuyen a la efectividad de las intervenciones, por lo que pueden tenerse en cuenta a la hora de diseñar los programas de intervención.

Las nuevas líneas de trabajo social con familias en situación de especial dificultad apuntan a la necesidad de modificar el modo en que los trabajadores sociales comprenden los sentimientos y experiencias de sus clientes, la manera en que el profesional acomete la relación interpersonal, así como los paradigmas organizacionales que determinan el modo en que se lleva a cabo la intervención (Krumer-Nevo, 2003). En este sentido, consideramos fundamental que los profesionales puedan evaluar las relaciones existentes entre la familia y el resto de sistemas implicados, precisamente para poder analizar las posibles dificultades relacionales que puedan estar afectando negativamente al proceso de intervención, y tratar así de reconducir la situación.

B.2. Evaluación de las relaciones entre la persona/familia y los SMAF implicados.

La evaluación del vínculo de la familia con los distintos sistemas implicados responde a una serie de objetivos (Imber-Black, 2000), entre ellos, los siguientes:

- Determinar modos de introducirse en el sistema de ayuda sin repetir intentos que no resultaron eficaces anteriormente, dando al profesional la oportunidad de establecer una relación nueva y no prevista con esa familia.
- Idear un tipo distinto de relación con la familia -una vez evaluado el vínculo existente-, de modo que se introduzca nueva información, además de conocer las limitaciones o elementos de ese macro-sistema de ayuda que por el momento no pueden ser modificados
- Mantener relaciones adecuadas y viables con los sistemas amplios.
- Planificar y ejecutar las intervenciones necesarias en el nivel que se considere apropiado, adaptándose a cada situación -de nuevo, en función del análisis realizado-.

Para realizar esta evaluación de las relaciones entre la familia y los sistemas más amplios, Imber-Black (2000, p.79) señala una serie de elementos que no pueden ser soslayados:

- 1) La determinación de los sistemas involucrados.
- 2) Las definiciones que dan del problema los principales sistemas.
- 3) Las disposiciones diádicas y triádicas entre la familia y los sistemas amplios.
- 4) Los límites entre la familia y los sistemas mayores.
- 5) Los mitos y las creencias.
- 6) Las conductas de solución en el pasado y en el presente.
- 7) Las trabas.
- 8) Las transiciones en los macrosistemas.
- 9) Las predicciones

Por otra parte, esta investigadora plantea que se puede obtener información acerca de la relación entre la familia y los sistemas amplios mediante diferentes formatos de entrevista. Así, se puede entrevistar a la familia, preguntando por sus relaciones pasadas y actuales con los sistemas más amplios. También se puede mantener una reunión conjunta entre la familia y

representantes de diferentes sistemas amplios. Por último, Imber Black (2000) plantea que también se puede entrevistar a representantes o delegados de dichos sistemas amplios, para conocer tanto la relación que mantienen con el resto de sistemas, como la relación (pasada y presente) que tienen con la familia.

Como vemos, la evaluación de la relación de los sistemas más amplios con la familia (y viceversa) presenta una triple vertiente. Así, resulta necesario evaluar la relación que tienen los miembros de la familia con los diferentes profesionales implicados, no sólo respecto a los datos más “objetivos” (por ejemplo, quién comenzó a intervenir y en qué momento), sino también las impresiones, sentimientos y percepciones que tienen respecto de los servicios, organizaciones e instituciones, y de los profesionales que se ubican en ellos. En segundo lugar, también es importante evaluar la relación con los diferentes miembros de la familia desde la perspectiva de los representantes de los diferentes sistemas amplios implicados. Finalmente, es necesario realizar un análisis de las relaciones que mantienen los diferentes profesionales entre ellos, teniendo en cuenta, además, que estas relaciones pueden estar marcadas por cuestiones ideológicas o políticas de las instituciones o servicios en los que se ubican, y esto puede influir en las interacciones entre dichos profesionales.

El desarrollo de un enfoque colaborativo en relación a los sistemas más amplios, en nuestra opinión, deberá incluir tres sub-dimensiones: prácticas a desarrollar en relación a la familia y a los sistemas amplios; actuaciones a desarrollar con la familia (en relación a los sistemas amplios); actuaciones a desarrollar con los sistemas amplios. A continuación, se detallan los ítems de cada una de estas tres sub-dimensiones, señalando el número de orden que cada ítem presenta en el conjunto del inventario.

B.1. PRÁCTICAS A DESARROLLAR EN RELACIÓN A FAMILIA Y A SMAF's (6)

33. Identificar a los servicios implicados que mantienen una relación con los diferentes miembros de la familia.
34. Identificar el número de profesionales implicados, desde cuándo intervienen, y la frecuencia con que interaccionan con los miembros de la familia.
41. Detectar sistemas más amplios que la familia que proporcionan soporte informal, poniendo en valor esas fuentes de apoyo social.
42. Detectar las competencias de la familia y sumarlas a las de otros profesionales para generar sinergias de cambio.
51. Ajustar con la persona/familia y los otros sistemas implicados, la dirección de los objetivos, sin perder de vista el balance entre los deseos, competencias, puntos fuertes y las posibilidades reales de cada servicio y de la persona/familia.

64. En caso de conflicto relacional, plantear un encuentro entre los/las profesionales afectados/as y la persona/familia, a fin de poder reflexionar sobre el proceso de ayuda y tomar conjuntamente las decisiones que se precisen.

B.2. PRÁCTICAS A DESARROLLAR CON LA FAMILIA (7)

35. Reflexionar, junto a la persona/familia, acerca de sus relaciones con los sistemas más amplios que la familia (SMAF) implicados, elaborando conjuntamente un ecomapa que permita visualizar ese macrosistema de ayuda.

36. Identificar posibles sentimientos negativos en relación con algún servicio o profesional, reflexionando con la familia sobre ello.

37. Detectar relaciones caracterizadas por un vínculo positivo con algún servicio o profesional, poniendo en valor la generación de ese vínculo.

38. Conversar con la familia acerca de cómo creen que serán las relaciones en el futuro con los diferentes SMAF.

39. Detectar posibles conflictos entre la familia o alguno de sus miembros y los diferentes SMAF implicados, tratando de comprender, junto a la familia, cómo se ha iniciado el conflicto, y cómo se ha mantenido hasta el momento actual.

40. Detectar posibles mensajes contradictorios de diferentes profesionales, reflexionando junto a la persona/familia acerca de la naturaleza de la contradicción y acerca de su posible gestión.

54. Valorar la disposición y el momento vital de cada miembro de la familia para ampliar o mejorar sus conexiones con el exterior.

B.2. PRÁCTICAS A DESARROLLAR CON LOS SMAF (11)

43. Reflexionar, junto con el resto de profesionales, acerca de las relaciones existentes entre la familia (o algunos de sus miembros) y los SMAF, teniendo en cuenta los mandatos de los diferentes servicios e instituciones implicados.

44. Detectar posibles vínculos positivos entre los diferentes SMAF implicados y la familia, identificando los aspectos que han facilitado la generación de dicho vínculo.

45. Valorar posibles estrategias que puedan neutralizar cualquier efecto negativo en la relación SMAF-persona/familia.

46. Convocar a los SMAF implicados en el caso (o asistir a la reunión si la convoca otro SMAF) para conocer la definición del problema que cada SMAF realiza, las intervenciones ya realizadas y las que se han planificado.

47. Reflexionar junto al resto de profesionales acerca de los posibles desajustes entre las visiones de todas las partes implicadas (los SMAF y la familia), construyendo una visión consensuada.

55. Utilizar los recursos disponibles a nivel local y comunitario, de modo que el proceso de intervención contribuya a mejorar y/o a aumentar la red de apoyo social de esa persona/familia.
57. En la reunión de red, una vez construida de forma conjunta la definición de la situación, planificar conjuntamente estrategias de intervención que eviten duplicidades y contradicciones en las intervenciones de los diferentes SMAF implicados.
61. Acordar periódicamente reuniones de red entre los diferentes profesionales que están trabajando con la persona/familia, ajustando las diferentes intervenciones, y compartiendo cualquier tipo de avance, por pequeño que éste sea.
62. Mantener contacto telefónico o por correo electrónico entre profesionales para compartir informaciones y avances de la familia, así como para ir ajustando las diferentes intervenciones.
63. En un marco de colaboración, decidir conjuntamente qué profesional va a liderar la coordinación del macro-sistema de ayuda creado.
67. Apoyar y/o acompañar a la red de soporte formal e informal, de forma que los cambios, por pequeños que sean, se vean reconocidos y ampliados.

SEGUNDA PARTE: METODOLOGÍA Y RESULTADOS

**CAPÍTULO V:
METODOLOGÍA**

METODOLOGÍA

5.1 Justificación y delimitaciones

Con esta investigación se pretende conocer el grado de importancia y de realización efectiva que el colectivo de trabajadores/as sociales de servicios de atención primaria de la red pública de Mallorca otorgan al desarrollo de un enfoque colaborativo con familias en situación de especial dificultad. Además, se pretende conocer sus niveles de *engagement*, así como su autoeficacia, locus de control y expectativas de éxito. También se quiere conocer la posible relación o correspondencia entre los niveles de *engagement*, locus de control, autoeficacia y expectativas de éxito, y los niveles de importancia y realización que otorgan a cada una de las dimensiones del inventario de prácticas colaborativas (diseñado específicamente para este estudio). Finalmente, se quiere conocer si existen diferencias significativas entre las medias de los puntajes de las escalas y dimensiones mencionadas, en función de variables relacionadas con las condiciones sociodemográficas, personales y laborales de las personas participantes.

5.2 Preguntas de investigación

¿Qué valoración realizan los y las trabajadores sociales de servicios sociales de atención primaria de la red pública de Mallorca, acerca del proceso de intervención con familias multi-asistidas, desde el enfoque colaborativo planteado en la investigación?

¿Qué estrategias, habilidades, técnicas, estrategias, habilidades y actitudes específicas valoran los y las trabajadores sociales de servicios sociales de atención primaria de la red pública de Mallorca cuando intervienen con una familia multi-asistida? ¿A cuáles les conceden mayor importancia?

¿Qué estrategias consideran importantes los y las trabajadores sociales de servicios sociales de atención primaria de la red pública de Mallorca cuando trabajan con la red profesional que atiende a una determinada familia?

¿Qué estrategias desarrollan los y las trabajadores sociales de servicios sociales de atención primaria de la red pública de Mallorca cuando trabajan con la red profesional que atiende a una determinada familia?

¿Qué relación existe entre el tipo de servicio (meta-contexto) y el tipo de intervención que realizan los y las trabajadores sociales de servicios sociales de atención primaria de la red pública de Mallorca con las familias en situación de especial vulnerabilidad?

¿Qué relación existe entre las características personales, el desarrollo profesional y el nivel de intervención que realizan los y las trabajadores sociales de servicios sociales de atención primaria de la red pública de Mallorca?

¿Qué nivel de expectativas de control (autoeficacia, expectativas de éxito, contingencia, indefensión y suerte) presentan los y las trabajadores sociales de servicios sociales de atención primaria de la red pública de Mallorca? ¿Qué nivel de *engagement* presentan?

¿Se da una relación estadísticamente significativa entre los niveles obtenidos en las expectativas de control y los niveles de *engagement*, y desarrollar un alto grado de intervención en prácticas colaborativas?

5.3 Objetivos

Las preguntas de investigación expuestas anteriormente llevan a plantear los siguientes objetivos.

5.3.1 *Objetivo general*

Conocer qué herramientas, técnicas, estrategias, habilidades y actitudes desarrollan los trabajadores sociales en el proceso de intervención con familias multi-asistidas, tanto en su trabajo con las familias como con la red profesional que se establece.

5.3.2 *Objetivos específicos*

1. Conocer el perfil sociodemográfico de los y las trabajadoras sociales de servicios sociales de atención primaria de la isla de Mallorca.
2. Analizar el grado de importancia y de realización, en relación a las micro-prácticas descritas en el *inventario para el desarrollo de prácticas colaborativas desde el Trabajo Social con familias en situación de especial dificultad*, que los y las trabajadores sociales participantes otorgan a cada uno de los ítems operativizados.
 - 2.1. Descripción de los niveles de importancia y de realización de cada uno de los ítems del inventario, analizando cada una de las seis dimensiones que lo componen.
 - 2.2. Realización de un ránking de los niveles de importancia en cada dimensión del inventario, analizando los ítems más y menos valorados por los y las participantes.
 - 2.3. Realización de un ránking de los niveles de realización en cada dimensión del inventario, analizando los ítems más y menos valorados por los y las participantes.

- 2.4. Comparación de los niveles de importancia y los niveles de realización que han otorgado los y las participantes en cada una de las dimensiones.
- 2.5. Análisis de las diferencias entre los niveles más bajos de importancia y de realización en cada una de las dimensiones.
- 2.6. Analizar las correlaciones entre los niveles de importancia y realización y los aspectos sociodemográficos de los y las participantes.
- 2.7. Analizar las correlaciones entre los niveles de importancia y realización, y las condiciones del meta-contexto en el que se ubican los y las trabajadoras sociales participantes.
3. Análisis de las expectativas de control, y su relación con el nivel de *engagement* y el nivel de importancia y realización otorgado a cada ítem del inventario sobre prácticas colaborativas.
 - 3.1. Conocer el nivel de expectativas de control (autoeficacia, expectativas de éxito, y locus de control, con el instrumento BEEGC-20) de los y las trabajadoras sociales de servicios sociales de atención primaria de la isla de Mallorca.
 - 3.2. Analizar las correlaciones entre las escalas de control y aspectos sociodemográficos de los y las participantes.
 - 3.3. Analizar las correlaciones entre las escalas de control y aspectos relacionados con las condiciones del meta-contexto en el que se ubican los y las trabajadoras sociales participantes.
 - 3.4. Analizar las posibles correlaciones entre las escalas del instrumento BEEGC-20 y las escalas de *engagement* (vigor, dedicación y absorción, en base al instrumento UWES).
 - 3.5. Analizar las posibles correlaciones entre las escalas del instrumento BEEGC-20 y cada una de las dimensiones del inventario de prácticas colaborativas, tanto en relación al nivel de importancia como en relación al nivel de realización otorgado por los y las participantes a cada uno de los ítems operativizados.
4. Análisis del nivel de *engagement* de los y las participantes de la muestra, incidiendo en cada una de las escalas que componen este constructo: vigor, dedicación y absorción.
 - 4.1. Conocer el nivel de *engagement* (vigor, dedicación y absorción, en base al instrumento UWES), de los y las trabajadoras sociales de servicios sociales de atención primaria de la isla de Mallorca.
 - 4.2. Analizar las posibles correlaciones entre las escalas de *engagement* y aspectos sociodemográficos de los y las participantes.
 - 4.3. Analizar las posibles correlaciones entre las escalas de *engagement* y aspectos relacionados con las condiciones del meta-contexto en el que se ubican los y las trabajadoras sociales participantes.

- 4.4. Analizar las posibles correlaciones entre las escalas del instrumento UWES y cada una de las dimensiones del inventario de prácticas colaborativas, tanto en relación al nivel de importancia como en relación al nivel de realización otorgado por los y las participantes a cada uno de los ítems operativizados.

5.4 Diseño y procedimiento

Este estudio es una investigación descriptiva transversal. El método utilizado en este estudio es el de encuesta. La población sobre la cual queremos investigar es el conjunto de trabajadores/as sociales de los servicios sociales de atención primaria de la red pública de Mallorca.

En primer lugar, se ha realizado una profunda revisión de la literatura relacionada con el tema objeto de estudio, a través de una búsqueda exhaustiva de artículos científicos, actas de congresos y libros. Una vez estudiada la literatura existente, se definieron las preguntas que guían la investigación, así como las hipótesis y objetivos del estudio.

Se han diseñado dos instrumentos para la presente investigación: el Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas desde el Trabajo Social con Familias en Situación de Especial Dificultad, y un cuestionario anexo estructurado. Además, se han utilizado dos instrumentos validados en español. En primer lugar, la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control, en su versión revisada de 20 ítems (BEEGC-20), diseñada por Palenzuela, Prieto, Almeida y Barros (1994). En segundo lugar, la Escala de Bienestar en el Trabajo (UWES, por sus siglas en inglés), en su versión revisada de 9 ítems, diseñada por Schaufeli y Bakker (2003). En el caso de la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control, se pidió permiso por escrito al primer autor para su utilización en esta investigación. En el caso de la Escala de Bienestar en el Trabajo, sus autores han publicado un manual del instrumento, autorizando el uso libre y gratuito de esta escala para investigaciones científicas sin ánimo de lucro.

5.5 Población y muestra

La muestra está formada por 121 profesionales del Trabajo Social, que desarrollan sus funciones en servicios sociales de atención primaria de la red pública de Mallorca. El universo muestral está compuesto por 146 profesionales, por lo que la muestra constituye el 82.88% del total correspondiente a la población objeto de estudio.

El tamaño de la muestra requerido, teniendo en cuenta el tamaño de la población, con un nivel de confianza del 95% y con un margen de error del 5%, es de 106 personas. Si se disminuye el margen de error al 4%, el tamaño de muestra requerido es de 118 personas. Así, el tamaño de la muestra obtenida (121 personas) es superior al tamaño de la muestra requerido.

Con este tamaño muestral se certifican las condiciones aceptadas para su generalización (confianza, variabilidad y error). La muestra, por tanto, reflejará de forma precisa las actitudes de la población de referencia con una probabilidad del 95%, y un margen de error del 4%.

Los criterios de inclusión en el estudio fueron los siguientes:

- Estar en posesión del título de Trabajo Social (diplomados o graduados).
- Estar trabajando en su puesto de trabajo con una antigüedad mínima de un mes (a fin de garantizar que conocen las principales dinámicas y protocolos del servicio).
- Desarrollar, entre otras funciones, atención a familias conocidas tradicionalmente como “multiproblema”.

5.5.1 Representatividad de la muestra

Se ha realizado un análisis de la representatividad de la muestra con respecto a la población de referencia, en relación a las variables sexo, tamaño de población del municipio, y ubicación (Palma o Part Forana, así como por Mancomunitat).

La muestra es representativa respecto a la variable sexo (tabla 3), ya que la población total está formada por un 92.5% de mujeres y un 7.5% de hombres, mientras que la muestra está formada por un 92.6% de mujeres y un 7.4% de hombres.

Tabla 3			
Población total y muestra, según sexo			
Sexo	Muestra	Perdidos	Total
	n (%)	n (%)	N (%)
Mujer	112 (92,6)	23 (92)	135 (92,5)
Hombre	9 (7,4)	2 (8)	11 (7,5)
Total N (%)	121 (100)	25 (100)	146 (100)

Con respecto a la distribución de la muestra respecto al tamaño de población de los municipios en que se ubican (tabla 4), también es representativa de la población total. Así, la población total objeto de esta investigación en municipios de menos de diez mil habitantes es de un 15.7%, y la muestra representa un 16.5%; en los municipios de entre diez mil y veinte mil habitantes la población supone un 19.2%, y la muestra es de 18.2%; los municipios de entre veinte mil y cincuenta mil habitantes representan un 19.9%, mientras que en la muestra suponen

un 18.2%; finalmente, en los municipios que superan los cincuenta mil habitantes se ubica un 45.2% de la población total, mientras que en la muestra representan un 47.1%.

Tabla 4			
Población total y muestra, según tamaño de población del municipio			
Población municipio	Muestra n (%)	Perdidos n (%)	Total N (%)
Menos 10000 hab.	20 (16,5)	3 (12)	23 (15,7)
Entre 10001 y 20000 hab.	22 (18,2)	6 (24)	28 (19,2)
Entre 20001 y 50000 hab.	22 (18,2)	7 (28)	29 (19,9)
Más de 50000 hab.	57 (47,1)	9 (36)	66 (45,2)
Total N (%)	121 (100)	25 (100)	146 (100)

La muestra es representativa de la población total en relación a la ubicación (Palma o Part Forana) de los y las profesionales objeto de estudio (tabla 5). Así, un 45.2% de profesionales desarrollan su labor en Palma, mientras que un 54.8% se sitúa en Part Forana. En la muestra obtenida, un 47.1% de profesionales se ubican en Palma, y un 52.9% desarrolla su labor en Part Forana.

Tabla 5			
Población total y muestra, según ubicación			
Ubicación	Muestra n (%)	Perdidos n (%)	Total N (%)
Palma	57 (47,1)	9 (36)	66 (45,2)
Part Forana	64 (52,9)	16 (64)	80 (54,8)
Total N (%)	121 (100)	25 (100)	146 (100)

En el caso de desarrollar su labor en Part Forana, se ha distinguido en función de la mancomunitat en la que trabajan, analizando si la muestra es representativa respecto a la población total en cuanto a la Mancomunitat en la que se ubican (tabla 6). Como vemos, los porcentajes de población total y muestra son similares.

Tabla 6			
Población total y muestra, según Mancomunitat			
Mancomunitat	Muestra n (%)	Perdidos n (%)	Total N (%)
Palma	57 (47,1)	9 (36)	66 (45,2)
Llevant	14 (11,6)	5 (20)	19 (13)
Migjorn	10 (8,3)	0 (0)	10 (6,8)
Tramuntana	15 (12,4)	1 (4)	16 (11)
Raiguer	9 (7,4)	6 (24)	15 (10,3)
Pla	5 (4,1)	0 (0)	5 (3,4)
Nord	11 (9,1)	4 (16)	15 (10,3)
Total N (%)	121 (100)	25 (100)	146 (100)

5.6 Instrumentos

A continuación, se detallan los instrumentos utilizados en esta investigación, explicando bien el proceso de elaboración -en el caso de los que se han diseñado para este estudio-, bien el proceso de selección y obtención de permisos para su uso -en el caso de los que ya existían con anterioridad a la elaboración de este estudio-. En el anexo 1 se presenta una copia del cuadernillo que recoge los instrumentos utilizados en este trabajo.

5.6.1 Instrumentos diseñados para este estudio

5.6.1.1 Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas

Este instrumento se ha diseñado específicamente para esta investigación, y es fruto de una revisión profunda de la literatura sobre diversos conceptos que sustentan el uso de un enfoque colaborativo desde el trabajo social con familias en situación de especial dificultad. Asimismo, la experiencia profesional de la doctoranda (dos años en servicios sociales de atención primaria de un ayuntamiento en Part Forana, y tres años en servicios sociales de atención primaria en un centro municipal de servicios sociales de Palma) ha contribuido a la elaboración de los diferentes ítems que componen el inventario. Además, el inventario ha sido sometido a una revisión por parte de jueces expertos. En un primer momento, 2 profesionales en activo realizaron una revisión inicial, a la que se sumó una revisión por parte de 4 profesores universitarios expertos en la materia de trabajo social. En estas revisiones se clarificaron algunos ítems, y se propuso la modificación o eliminación de otros, a fin de facilitar su comprensión. En un segundo momento, se revisó de nuevo la literatura, incluyendo algunos

ítems nuevos. A continuación, se realizó un profundo análisis de cada uno de los ítems con cada una de las Directoras de Tesis (especialmente con la experta en Trabajo Social de Casos). Finalmente, 4 profesores universitarios especializados en este campo revisaron la versión final del inventario. Además, se realizó una revisión del Inventario durante un seminario para doctorandos en la Universidad de Aveiro, donde la doctoranda realizó una estancia de investigación entre febrero y mayo de 2018.

Este inventario tiene un total de 67 ítems, que hacen referencia a criterios de intervención relacionados con el desarrollo de un enfoque colaborativo desde el trabajo social con familias en situación de especial dificultad. Estos criterios de intervención se ordenan en dos grandes áreas: A) familia, con un total de 43 ítems, y B) sistemas más amplios que la familia (SMAF), con un total de 24 ítems. Como se puede observar, el área relacionada con la familia contiene un número mucho mayor de criterios de intervención que el área relacionada con los sistemas. Esto se explica porque el grueso del trabajo que se desarrolla en el marco del trabajo social familiar se realiza con los miembros de la familia. Sin embargo, también hay una parte que se realiza con los sistemas más amplios, que, si bien en la literatura no está tan desarrollada como la que atañe a la familia, es especialmente importante cuando se trabaja con familias en situación de especial dificultad. En efecto, son familias que tienden a estar relacionadas con diversos servicios formales y, por ende, con diferentes profesionales al mismo tiempo, por lo que consideramos que estos criterios deben formar parte de un área diferenciada.

Estas dos áreas, a su vez, se pueden dividir en tres dimensiones cada una. Cabe señalar que los ítems no se presentan, en el instrumento final, ordenados por áreas y dimensiones, sino que se ha tratado de seguir una lógica procesual, comenzando por ítems que tienen que ver con los momentos iniciales con la familia, y terminando con ítems que están más relacionados con el trabajo a desarrollar con el macrosistema de ayuda durante el desarrollo del plan de intervención.

A continuación, se presentan las dos áreas que pueden distinguirse a nivel teórico en el inventario, divididas a su vez por las dimensiones que integran cada una de estas áreas. Entre paréntesis se indica el número de criterios de intervención que se ubican en cada una de las dimensiones.

- Área A. Investigación colaborativa con la persona/familia (43 criterios de intervención)

- Dimensión A1. Postura relacional del/de la profesional: respeto, empatía, conexión (13 criterios de intervención)

1. Demostrar interés genuino por la persona/familia, más allá del problema.
2. Activar la escucha activa, atendiendo y conectando con la narrativa de la persona/familia, suspendiendo los juicios de valor.

3. Mostrar respeto incondicional hacia la persona/familia, independientemente de lo que haga, crea o sienta.
4. Mantener una posición neutral con respecto a los diferentes miembros de la familia, evitando coaliciones y alianzas.
5. Compartir con la persona/familia lo que siente (empatía) en relación a las dificultades que manifiesta.
8. Transmitir la necesidad de comprender lo que nos dicen, desde una posición de “no saber”, de curiosidad genuina.
9. Tener en cuenta a todo el sistema familiar, aunque no estén todos presentes en los encuentros.
10. Acercarse a esa persona/familia única: solicitar su permiso para adentrarse en esa “nueva cultura”.
14. Hacer uso del humor, cuando la situación lo permita.
15. Si cabe, compartir sentimientos personales con la persona/familia en relación a la situación que atraviesan.
16. Compartir similitudes con el cliente en sus valores o experiencias.
17. Introducir preguntas que permitan a los miembros escucharse a sí mismos, sentirse escuchados por otros, generando un espacio de conexión emocional entre los miembros y el profesional.
22. Escuchar la historia de vida que narra la persona/familia, sin perder de vista que esa narrativa está inscrita en un sistema cultural y de valores dominantes, propios de un contexto socio-cultural más amplio.

- Dimensión A2. Co-construcción del contexto de intervención: la familia es la protagonista del proceso (19 criterios de intervención)

6. Demostrar interés por conocer si, además del motivo inicial de la consulta, existen otras preocupaciones que quiera/n compartir en este espacio.
7. Transmitir a la persona/familia que ella es la protagonista del proceso, invitarles a ser activos en la toma de decisiones en relación al proceso de intervención.
19. Reconocer y normalizar la hostilidad de los clientes involuntarios, escuchando sus razones y negociando con ellos unos objetivos mínimos.
24. Interesarse por conocer las expectativas que tiene la persona/familia en relación al servicio.

25. Interesarse por conocer las expectativas que tiene la persona/familia en relación al profesional.
26. Concretar con la familia un acuerdo inicial de trabajo: clarificar en el acuerdo los objetivos iniciales (que justifican que la relación de ayuda se inicie), es decir, qué cosas acordamos que trabajaremos juntos.
27. Explicitar qué características va a tener la relación de ayuda (cómo trabajaremos), en base a cada uno de los objetivos iniciales acordados.
28. Al explicar cómo trabajaremos, explicitar cuestiones transversales relativas al proceso de ayuda: acompañamiento por parte del profesional, toma de decisiones y liderazgo del proceso por parte de la familia, confidencialidad del proceso, conexión con el resto de profesionales implicados, y trabajo en equipo.
29. Manifestar a la persona/familia que nos vamos a interesar durante todo el proceso por su opinión sobre cómo va dicho proceso, si le está resultando útil, si considera que va generando pequeños cambios, si siente que el trato recibido es respetuoso, etc. (retroalimentación o feedback).
30. A partir del feedback recibido por parte de la persona/familia sesión a sesión, ambos iremos introduciendo las reflexiones y los cambios que se consideren adecuados.
48. Cuando la comprensión de la situación se considera suficiente, dar paso a una entrevista para construir de manera compartida con la persona/familia el co-diagnóstico.
49. Respetar los deseos de la persona/familia, y trabajar junto a ella para la construcción conjunta de objetivos y tareas.
50. Definir conjuntamente los objetivos a alcanzar, teniendo en cuenta los otros proyectos de intervención presentes en otros servicios que están interviniendo con esta persona/familia.
52. Redactar conjuntamente con la persona/familia objetivos y tareas de modo que sean fácilmente comprensibles, alcanzables, y que estén lo suficientemente acotados como para poder evaluar su grado de cumplimiento.
53. Establecer temporalización (flexible) para cada uno de los objetivos y tareas acordados.
56. Construir conjuntamente y firmar un acuerdo/plan de intervención, de modo que tanto el profesional como la persona/familia asuman una responsabilidad compartida en ese plan acordado.
58. En base a la dirección del cambio acordada, proponer a la persona/familia, si cabe, la realización de determinadas tareas entre sesiones.

59. Solicitar a la persona/familia una retroalimentación al final de cada encuentro, interesándose por saber si el proceso se ajusta a sus expectativas, si el proceso les está resultando útil.

60. En caso de que sea necesario modificar el contexto de intervención profesional (por ejemplo, ante situaciones de desprotección de menores), explicar a la persona/familia las responsabilidades legales y éticas del profesional, manteniendo una posición honesta ante la persona/familia, de manera que se faciliten alternativas de acción que no pongan en peligro la continuidad en la relación de ayuda.

- Dimensión A3. Enfoque centrado en capacidades (11 criterios de intervención)

11. Potenciar, en la fase de estudio, valores y competencias de la persona/familia, al tiempo que se construye conjuntamente una comprensión de la situación.

12. Reconocer la sabiduría de la persona/familia, y honrarla manifestándole que ella es la verdadera experta de su vida, solicitando su ayuda para poder comprender la situación-problema.

13. Transmitir a la persona/familia la esperanza de que el cambio es posible, con expresiones alentadoras y honestas acerca de sus posibilidades de cambio.

18. Considerar que la persona/familia dispone de las capacidades y recursos necesarios para el cambio, y manifestárselo explícitamente.

20. Potenciar las interacciones que aparecen en las conversaciones, que reflejan fuerza y competencia, y ponerlas en valor.

21. Reformular las afirmaciones negativas que se dan en la expresión de la queja, transformándolas en peticiones sobre lo que necesitan o desean los miembros de la familia (“yo necesito que”, “a mí me gustaría que”, etc.).

23. Interesarse por la vida de la persona/familia más allá de la influencia del problema, subrayando y amplificando sus recursos y competencias, así como su disposición al cambio.

31. Considerar que la persona/familia no es el problema, sino que “mantiene una relación con” el problema.

32. Manifestar interés en conocer los esfuerzos que la persona/familia ha realizado para desarrollar un cambio en la relación con el problema.

65. Ante atascos y trabas que puedan darse en el proceso de ayuda, entender que la dificultad está en la interacción, más que en la familia o en el profesional.

66. Construir con la persona/familia conversaciones sobre sus valores y potencialidades, de modo que la familia pueda anclar narrativas alternativas que rescaten sus competencias por encima de sus déficits.

- Área B. Relación colaborativa con los sistemas más amplios que la familia (SMAF) (24 criterios de intervención)

- Dimensión B1. Actuaciones a desarrollar en relación a la familia y los sistemas más amplios (SMAF) (6 criterios de intervención)

33. Identificar a los servicios implicados que mantienen una relación con los diferentes miembros de la familia.

34. Identificar el número de profesionales implicados, desde cuándo intervienen, y la frecuencia con que interaccionan con los miembros de la familia.

41. Detectar sistemas más amplios que la familia que proporcionan soporte informal, poniendo en valor esas fuentes de apoyo social.

42. Detectar las competencias de la familia y sumarlas a las de otros profesionales para generar sinergias de cambio.

51. Ajustar con la persona/familia y los otros sistemas implicados, la dirección de los objetivos, sin perder de vista el balance entre los deseos, competencias, puntos fuertes y las posibilidades reales de cada servicio y de la persona/familia.

64. En caso de conflicto relacional, plantear un encuentro entre los/las profesionales afectados/as y la persona/familia, a fin de poder reflexionar sobre el proceso de ayuda y tomar conjuntamente las decisiones que se precisen.

- Dimensión B2. Prácticas a desarrollar con la familia (7 criterios de intervención)

35. Reflexionar, junto a la persona/familia, acerca de sus relaciones con los sistemas más amplios que la familia (SMAF) implicados, elaborando conjuntamente un ecomapa que permita visualizar ese macrosistema de ayuda.

36. Identificar posibles sentimientos negativos en relación con algún servicio o profesional, reflexionando con la familia sobre ello.

37. Detectar relaciones caracterizadas por un vínculo positivo con algún servicio o profesional, poniendo en valor la generación de ese vínculo.

38. Conversar con la familia acerca de cómo creen que serán las relaciones en el futuro con los diferentes SMAF.

39. Detectar posibles conflictos entre la familia o alguno de sus miembros y los diferentes SMAF implicados, tratando de comprender, junto a la familia, cómo se ha iniciado el conflicto, y cómo se ha mantenido hasta el momento actual.

40. Detectar posibles mensajes contradictorios de diferentes profesionales, reflexionando junto a la persona/familia acerca de la naturaleza de la contradicción y acerca de su posible gestión.

54. Valorar la disposición y el momento vital de cada miembro de la familia para ampliar o mejorar sus conexiones con el exterior.

- Dimensión B3. Prácticas a desarrollar con los SMAF (11 criterios de intervención)

43. Reflexionar, junto con el resto de profesionales, acerca de las relaciones existentes entre la familia (o algunos de sus miembros) y los SMAF, teniendo en cuenta los mandatos de los diferentes servicios e instituciones implicados.

44. Detectar posibles vínculos positivos entre los diferentes SMAF implicados y la familia, identificando los aspectos que han facilitado la generación de dicho vínculo.

45. Valorar posibles estrategias que puedan neutralizar cualquier efecto negativo en la relación SMAF-persona/familia.

46. Convocar a los SMAF implicados en el caso (o asistir a la reunión si la convoca otro SMAF) para conocer la definición del problema que cada SMAF realiza, las intervenciones ya realizadas y las que se han planificado.

47. Reflexionar junto al resto de profesionales acerca de los posibles desajustes entre las visiones de todas las partes implicadas (los SMAF y la familia), construyendo una visión consensuada.

55. Utilizar los recursos disponibles a nivel local y comunitario, de modo que el proceso de intervención contribuya a mejorar y/o a aumentar la red de apoyo social de esa persona/familia.

57. En la reunión de red, una vez construida de forma conjunta la definición de la situación, planificar conjuntamente estrategias de intervención que eviten duplicidades y contradicciones en las intervenciones de los diferentes SMAF implicados.

61. Acordar periódicamente reuniones de red entre los diferentes profesionales que están trabajando con la persona/familia, ajustando las diferentes intervenciones, y compartiendo cualquier tipo de avance, por pequeño que éste sea.
62. Mantener contacto telefónico o por correo electrónico entre profesionales para compartir informaciones y avances de la familia, así como para ir ajustando las diferentes intervenciones.
63. En un marco de colaboración, decidir conjuntamente qué profesional va a liderar la coordinación del macro-sistema de ayuda creado.
67. Apoyar y/o acompañar a la red de soporte formal e informal, de forma que los cambios, por pequeños que sean, se vean reconocidos y ampliados.

En relación a cada uno de los 67 criterios de intervención que conforman el inventario, se solicita la respuesta de dos ítems, con cinco alternativas de respuesta (escala Likert, numerada de 1 a 5). Diversos autores recomiendan el uso de escalas tipo Likert cuando se trata de medir la percepción de las personas respecto a algún fenómeno (Cañadas y Sánchez, 1998; López-Roldán y Fachelli, 2015; Ospina, Sandoval, Aristizábal y Ramírez, 2005). El ítem *Nivel de Importancia* se refiere al grado de relevancia que otorga la persona a cada una de las estrategias, técnicas, herramientas o habilidades propuestas en cada uno de los criterios de intervención. Este ítem presenta las siguientes respuestas: 1. Nada o casi nada importante; 2. Poco importante; 3. Bastante importante; 4. Muy importante; 5. Extremadamente importante. El ítem *Nivel de Realización* inquiriere sobre la frecuencia con la que realizan las diferentes estrategias, técnicas, herramientas o habilidades propuestas en cada uno de los criterios de intervención. Este ítem presenta las siguientes respuestas: 1. Nunca o casi nunca; 2. Algunas veces; 3. Bastantes veces; 4. Muchas veces; 5. Todas las veces.

Se ha llevado a cabo un análisis de fiabilidad de cada una de las dimensiones que componen el instrumento, tanto en relación al nivel de importancia como en relación al nivel de realización, expresando el índice de fiabilidad como Alfa de Cronbach. Valores de entre 0.70 y 0.90 indican una adecuada consistencia interna (González y Pazmiño, 2005). Como se observa en la tabla 7, todas las dimensiones presentan valores que permiten concluir la fiabilidad del instrumento en la medición de los diferentes constructos. Cabe señalar que los valores obtenidos para las dimensiones en conjunto (Alfa de Cronbach=0.954 para el conjunto de dimensiones de nivel de importancia; Alfa de Cronbach=0.955 para el conjunto de dimensiones de nivel de realización), superan el rango de adecuación, justificando el uso de las diferentes dimensiones.

Tabla 7. Alfas de Cronbach del Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas desde el Trabajo Social con Familias en Situación de Especial Dificultad.

Dimensiones	Alfa de Cronbach	Observaciones
Importancia		
Conjunto dimensiones importancia	0,954	Eliminando cualquier ítem, el alfa de Cronbach bajaría
A.1 Postura relacional	0,788	Eliminando cualquier ítem, el alfa de Cronbach bajaría
A.2 Familia como protagonista	0,863	Eliminando cualquier ítem, el alfa de Cronbach bajaría
A.3 Centrarse en capacidades	0,828	Eliminando cualquier ítem, el alfa de Cronbach bajaría
B.1 Relación familia-SMAF (ambos)	0,732	Eliminando cualquier ítem, el alfa de Cronbach bajaría
B.2 Relación familia-SMAF (familia)	0,867	Eliminando cualquier ítem, el alfa de Cronbach bajaría
B.3 Relación familia-SMAF (SMAF)	0,805	Eliminando el ítem 53, el alfa de Cronbach aumenta a ,816
Realización		
Conjunto dimensiones realización	0,955	Quitando uno de estos ítems (14, 15, 16, 46), el alfa de Cronbach aumenta a ,956
A.1 Postura relacional	0,783	Eliminando cualquier ítem, el alfa de Cronbach bajaría
A.2 Familia como protagonista	0,882	Eliminando cualquier ítem, el alfa de Cronbach bajaría
A.3 Centrarse en capacidades	0,863	Eliminando cualquier ítem, el alfa de Cronbach bajaría
B.1 Relación familia-SMAF (ambos)	0,703	Eliminando cualquier ítem, el alfa de Cronbach bajaría
B.2 Relación familia-SMAF (familia)	0,810	Eliminando el ítem 54, el alfa de Cronbach aumenta a ,828
B.3 Relación familia-SMAF (SMAF)	0,837	Eliminando cualquier ítem, el alfa de Cronbach bajaría

Considerando que, si se eliminan los ítems indicados en la tabla 7, el alfa de Cronbach solo sube unas centésimas, se ha optado por mantener los 67 criterios de intervención en la realización del análisis.

5.6.1.2 Cuestionario de variables sociodemográficas, laborales y personales

Este cuestionario, diseñado específicamente para esta investigación, se estructura en cuatro apartados. En el primero, datos sociodemográficos, se solicita el sexo y la edad de la persona participante. El segundo apartado corresponde a información sobre datos relacionados con su formación. En concreto, se pregunta el año de finalización de los estudios de trabajo social, si se ha realizado adaptación al Grado, si se han realizado cursos de formación continua (durante los últimos 5 años y relacionados con intervención con familias) y, en caso afirmativo, el total aproximado de esas horas de formación recibida. El tercer apartado hace referencia a la experiencia laboral. Se preguntan los años de experiencia laboral como trabajador/a social, y el tiempo que lleva en su actual puesto de trabajo. También se pregunta por el tipo de contrato que tiene, y por la duración de su jornada laboral, en cómputo semanal. El cuarto y último apartado solicita información relacionada con la dinámica del servicio en que se ubica. Se pregunta si disponen de espacios pre-establecidos de supervisión; si disponen de espacios de reunión de profesionales del servicio; si disponen de espacios de coordinación del equipo de trabajo del caso, y, en caso afirmativo, si toman decisiones en conjunto en ese equipo. También se pregunta por la realización de reuniones de red (con tres o más servicios), y por la toma de decisiones en esas reuniones. Se pregunta si disponen de protocolo o procedimiento escrito para el equipo de trabajo del caso, así como para el desarrollo del trabajo en red con otros/as profesionales. Se pregunta el rango de casos atendidos semanalmente, y cuántos de ellos se consideran de carga emocional elevada. Asimismo, se pregunta el número de casos nuevos que atienden a la semana, y el número aproximado de casos que cierran al mes. Finalmente, se solicita el porcentaje de dedicación semanal a a) la práctica directa con familias; b) gestión, tareas administrativas y coordinación; c) desarrollo de proyectos comunitarios; d) trabajo social con grupos; e) supervisión; f) otros (indicando cuáles en respuesta abierta).

5.6.2 Instrumentos previamente validados, seleccionados para este estudio

5.6.2.1 Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-20)

Las expectativas de control han sido ampliamente explicadas por Palenzuela en su enfoque del control personal (Palenzuela, 1984, 1988, 1991). Estas expectativas se derivan de las teorías del aprendizaje social de Rotter y Bandura. En la década de los años 60, Rotter desarrolla en su teoría la expectativa conocida como locus de control, mientras que Bandura desarrolla en los

años 70 lo que denomina autoeficacia percibida (Palenzuela et al. 1997), que define como la “convicción de que uno puede ejecutar con éxito la conducta requerida para producir los resultados (Bandura, 1977, p.193). Este autor distingue entre las expectativas de resultado y las expectativas de eficacia, señalado que las personas tienen la capacidad de pensar sobre sí mismas, formando juicios sobre sus competencias y habilidades; esta autorreflexión contribuye a que la persona actúe de un modo u otro (Bandura, 1977). Rotter, por su parte, distingue, en las expectativas de resultado, entre las expectativas de locus de control -contingencia entre acontecimientos o resultados y acciones- y la expectativa de éxito -estimación subjetiva acerca de si se va a lograr o no un determinado resultado- (Palenzuela et al., 1997).

El instrumento BEEGC-20, desarrollado por Palenzuela et al. (1997), evalúa tres dimensiones de las expectativas de control: locus de control, autoeficacia y expectativa de éxito. Se realizó un análisis factorial confirmatorio del instrumento, concluyendo que mide cinco factores o escalas: contingencia, indefensión y suerte (que en conjunto conforman el constructo de locus de control), autoeficacia y expectativa de éxito.

Este instrumento está formado por 20 ítems (ver tabla 8), a razón de cuatro ítems por cada escala (Palenzuela et al., 1997). La contingencia se mide con los ítems 1, 6, 11 y 15. La indefensión se mide con los ítems 3, 7, 12 y 16. La suerte se mide con los ítems 5, 9, 13, 20. La autoeficacia se mide con los ítems 2, 10, 14 y 18. Las expectativas de éxito se miden con los ítems 4, 8, 17 y 19.

La validación del instrumento en nuestro país se realizó con una muestra de 331 estudiantes de Psicología de la Universidad de Salamanca. Las cinco escalas mostraron adecuada validez convergente y discriminante. El instrumento presentó una adecuada consistencia interna, con los siguientes coeficientes alfa de Cronbach: Contingencia= 0.83; Indefensión= 0.77; Suerte= 0.87; Autoeficacia= 0.75 y Expectativa de Éxito= 0.86.

La medida que utilizaron inicialmente para medir cada una de las afirmaciones del cuestionario fue una escala de Likert de nueve puntos, desde 1 (totalmente en desacuerdo con la afirmación en cuestión) hasta 9 (totalmente de acuerdo). Pedimos permiso a los autores del instrumento para su uso en esta investigación, y acordamos con el doctor Palenzuela la modificación de la escala de Likert, transformándola en una escala de cinco puntos, desde 1 (totalmente en desacuerdo con la afirmación en cuestión) hasta 5 (totalmente de acuerdo). Los resultados se analizan mediante la suma de los ítems de cada una de las escalas (de 4 a 20 puntos).

Se ha elegido este instrumento por varias razones. El objetivo es poder analizar la relación entre los constructos de autoeficacia y expectativas de éxito, y el desarrollo de prácticas colaborativas con familias en situación de especial dificultad. Este instrumento es breve, mide ambos constructos, presenta validez convergente y discriminante y una adecuada consistencia interna.

Tabla 8. Ítems que componen el instrumento Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control BEEGC-20 (Palenzuela et al., 1997).

1. Lo que yo pueda conseguir en mi vida tendrá mucho que ver con el empeño que yo le ponga
2. Son pocas las ocasiones en las que dudo de mis capacidades
3. No merece la pena en absoluto esforzarse ni luchar en este mundo, todo está corrompido
4. Normalmente, cuando deseo algo pienso que lo conseguiré
5. Lo que pueda sucederme en mi vida tendrá que ver con la suerte
6. Dependiendo de como yo actúe, así me irá en la vida
7. De nada sirve que yo sea o no competente pues la mayoría de las cosas están amañadas
8. Tengo grandes esperanzas en conseguir las cosas que más deseo
9. Sin la suerte poco se puede conseguir en esta vida
10. Me siento seguro de mi capacidad para realizar bien las tareas de la vida diaria
11. En general, lo que pueda sucederme en mi vida estará en estrecha relación con lo que yo haga
12. ¡Para qué engañarnos!, lo único que cuenta en esta vida son los “enchufes”
13. Para poder conseguir mis metas deberá acompañarme la suerte
14. Raramente me invaden pensamientos de inseguridad en situaciones difíciles
15. Si lucho y trabajo duro podré conseguir muchas cosas en la vida
16. Nada importa lo que yo valga, todo está manejado por la gente con poder
17. Soy optimista en cuanto a la consecución de mis metas
18. Me veo con capacidad suficiente para enfrentarme a los problemas de la vida
19. Creo que tendré éxito en las cosas que más me importan de la vida
20. Creo mucho en la influencia de la suerte

A pesar de que es un instrumento ya validado, hemos decidido llevar a cabo un análisis de fiabilidad de cada una de las dimensiones que componen el instrumento, expresando el índice de fiabilidad como alfa de Cronbach. De este modo podemos determinar si la consistencia interna se mantiene con una muestra diferente. Como se observa en la tabla 9, en algunas subescalas se obtienen valores alfa de Cronbach entre 0.7 y 0.9 (indefensión, suerte y expectativas de éxito). Sin embargo, las escalas locus de control y autoeficacia obtienen valores situados entre 0.6 y 0.7, coeficientes que, si bien se consideran aceptables, son ligeramente inferiores a los que se obtuvieron en el estudio de validación realizado por Palenzuela et al. (1997).

Tabla 9. Alfas de Cronbach instrumento BEECG-20

	Alfa de Cronbach	Observaciones
Total BEEGC-20	0,683	Eliminando el ítem 6, el alfa de Cronbach aumenta a 0,690
Locus de control	0,629	Eliminando el ítem 15, el alfa de Cronbach aumenta a 0,672
Contingencia	0,561	Eliminando el ítem 15, el alfa de Cronbach aumenta a 0,624
Indefensión	0,735	Eliminando cualquier ítem, el alfa de Cronbach bajaría
Suerte	0,774	Eliminando cualquier ítem, el alfa de Cronbach bajaría
Auto-eficacia	0,660	Eliminando cualquier ítem, el alfa de Cronbach bajaría
Expectativas éxito	0,824	Eliminando cualquier ítem, el alfa de Cronbach bajaría

5.6.2.2 Encuesta de Bienestar en el Trabajo (UWES)

Este instrumento mide el nivel de *engagement*, que se define como “un estado mental positivo, satisfactorio y relacionado al trabajo, caracterizado por vigor, dedicación y absorción” (Schaufeli y Bakker, 2003, p.6). Siguiendo a estos mismos autores, el vigor se relaciona con la voluntad de esforzarse, así como con la persistencia frente a las dificultades. La dedicación se relaciona con el hecho de sentir entusiasmo, inspiración y orgullo por el trabajo que se realiza. La absorción tiene que ver con el hecho de estar inmerso en el trabajo (en un sentido positivo), teniendo la sensación de que el tiempo pasa rápidamente. El *engagement* en el trabajo se considera como un constructo opuesto al burnout. Así, los profesionales con *engagement* se perciben con las capacidades suficientes para poder atender las demandas que exige su actividad laboral (Schaufeli y Bakker, 2003). Cabe señalar que se ha optado por usar el vocablo inglés porque no disponemos, en lengua castellana, de un término que capte la totalidad de este concepto (la traducción literal es “compromiso, noviazgo”), tal y como explica en su tesis doctoral Borrego (2016).

El UWES, en su versión inicial, contaba con 24 ítems, pero tras varias evaluaciones psicométricas, se eliminaron 7 de ellos, quedando un total de 17 ítems. En algunos estudios se ha utilizado una versión de 15 ítems, eliminando dos que se encontraron inconsistentes

(Demerouti, Bakker, Janssen, y Schaufeli, 2001). También se ha realizado una versión más reducida, de 9 ítems (tres por cada una de las subescalas), que ha obtenido adecuadas evaluaciones psicométricas. Además, se ha realizado una versión de 3 ítems, uno por cada subescala, que ha sido validada en diferentes países, entre ellos España (Schaufeli, Shimazu, Hakanen, Salanova y De Witte, 2017).

El manual de UWES publicado por la Universidad de Utrecht en 2011, en el que Heriberto Valdez y Cynthia Ron traducen el manual original (Schaufeli y Bakker, 2003), recopila datos de diferentes investigaciones que se han llevado a cabo con este instrumento. En esta versión de 9 ítems del instrumento, se obtienen los siguientes valores alfa de Cronbach (N=12631): Vigor= 0.72; Dedicación= 0.84; Absorción= 0.77; Total UWES= 0.90.

El constructo *engagement* presenta, según diversos análisis factoriales realizados con este instrumento, una estructura tridimensional, salvo en la versión reducida de 3 ítems, en la que, tal como señalan Schaufeli et al. (2017), se sacrifica la naturaleza tridimensional de las versiones más ampliadas, en favor de su brevedad. En efecto, los análisis factoriales realizados con muestras de diferentes países confirman que el UWES (en las tres versiones, de 17, 15 y 9 ítems) cuenta con tres escalas que se encuentran altamente relacionadas (Schaufeli y Bakker, 2003). Sin embargo, también puede considerarse, en la versión reducida de 9 ítems, como unidimensional, debido a los elevados valores alfa de Cronbach de la escala total.

Se ha optado por incluir en este estudio la versión de 9 ítems (ver tabla 10), tanto por su brevedad como porque permite contemplar tanto la estructura tridimensional como la unidimensional del constructo *engagement* (Schaufeli et al., 2017).

Tabla 10. Ítems que componen el instrumento Encuesta de Bienestar en el Trabajo UWES-9 (Schaufeli y Bakker, 2003).

1. En mi trabajo me siento lleno/a de energía

2. Soy fuerte y vigoroso/a en mi trabajo

3. Estoy entusiasmado/a con mi trabajo

4. Mi trabajo me inspira

5. Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar

6. Soy feliz cuando estoy absorto/a en mi trabajo

7. Estoy orgulloso/a de lo que hago

8. Estoy inmerso/a en mi trabajo

9. Me “dejo llevar” por mi trabajo

A pesar de que es un instrumento ya validado, hemos decidido llevar a cabo, con nuestra muestra, un análisis de fiabilidad de cada una de las dimensiones que componen el instrumento, expresando el índice de fiabilidad como alfa de Cronbach. De este modo podemos determinar si la consistencia interna se mantiene con una muestra diferente. Como se observa en la tabla 11, tanto la escala general de *engagement* como cada una de las subescalas presentan valores entre 0.7 y 0.9, por lo que podemos concluir que presenta una consistencia interna adecuada. Además, cabe señalar que los valores que se han obtenido con la muestra de este estudio son comparables a los que se han obtenido en estudios anteriores.

Tabla 11. Alfas de Cronbach del instrumento UWES		
	Alfa de Cronbach	Observaciones
Total UWES	0,894	Eliminando el ítem 9, el alfa de Cronbach aumenta a 0,899
Vigor	0,790	Eliminando el ítem 5, el alfa de Cronbach aumenta a 0,845
Dedicación	0,830	Eliminando el ítem 7, el alfa de Cronbach aumenta a 0,832
Absorción	0,710	Eliminando cualquier ítem, el alfa de Cronbach bajaría

5.7 Procedimiento de recogida de datos

En primer lugar, se han recogido datos relativos a la estructura de servicios sociales de atención primaria de la red pública de Mallorca (abril de 2018). Antes de contactar con las diferentes instituciones, se redactó la carta de presentación del estudio, y se solicitó permiso al Comité de Ética de la Investigación de la Universitat de les Illes Balears para llevar a cabo la investigación. La participación en el estudio era confidencial y voluntaria. Una vez aprobada la solicitud (anexo 4, página XIX), se contactó con las personas responsables en los diferentes servicios.

En el caso del Ayuntamiento de Palma, se realizó una solicitud formal de participación a la dirección técnica del Àrea de Benestar Social. Tras una reunión con la dirección técnica, ésta procedió a informar a los/las Jefes de Sector de los diferentes centros municipales de servicios sociales, solicitando su colaboración para facilitar el acceso a los/as trabajadores/as sociales. La investigadora contactó individualmente con cada Jefe/a de Sector, tanto por correo electrónico como por teléfono, y se acordó día y hora para poder presentar la investigación al conjunto de trabajadores sociales del centro. En algunos centros el día de la presentación se procedió a pasar los cuestionarios a las personas presentes que accedieron a participar, mientras

que en otros se agendó otro momento posterior. Además, se agendaron citas individuales con los/as profesionales interesados/as en caso de no poder estar en la sesión grupal.

En los municipios de Part Forana, debido a la especial configuración de la estructura de atención de las diferentes entidades locales, el procedimiento fue diferente. En primer lugar, se realizó una solicitud formal a la Secció de Suport Municipal del Consell de Mallorca. Posteriormente, se contactó con el Jefe de dicha sección, que informó a las responsables de Suport Municipal de las diferentes mancomunidades. La investigadora contactó individualmente con cada una de ellas, a fin de que solicitaran la colaboración de los/as coordinadores/as de servicios sociales de cada municipio. En algunas mancomunidades enviaron un correo electrónico informando sobre la investigación, mientras que en otras no fue posible. Posteriormente, la investigadora contactó individualmente con cada uno/a de las coordinadores/as. En la mayoría de casos se agendó día y hora para que los/as profesionales pudieran participar. En algunos casos, se contactó individualmente con cada profesional, agendando día y hora para que pudieran participar. Entre junio y septiembre de 2018 se pasaron los cuestionarios a las personas participantes (N=121).

5.7.1 Cumplimentación de los cuestionarios

Una vez acordada la cita, ya fuera grupal o individual, la investigadora acude al centro de trabajo. En primer lugar, se explicaban los objetivos de la investigación, facilitando la hoja de información sobre el estudio (que ya se había enviado previamente por correo electrónico). A continuación, firmaban el consentimiento informado. Se recogía el consentimiento informado, y se les facilitaba el cuadernillo con los cuestionarios. Se procedía a explicar oralmente las instrucciones de cumplimentación:

- La duración estimada oscila entre los 20 y los 40 minutos.
- Las respuestas se deben realizar de forma individual, sin comentarlas con las personas presentes.
- Si no comprenden un ítem, pueden no contestarlo.
- La investigadora permanece en la sala, a fin de poder aclarar posibles dudas durante su realización.

En el anexo 1 se presenta el conjunto de cuestionarios, que se presentaron en el siguiente orden: en primer lugar, el Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas con Familias en Situación de Especial Dificultad; en segundo lugar, la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control; a continuación, la Encuesta sobre Bienestar y Trabajo; finalmente, el cuestionario de variables sociodemográficas y laborales. Se optó por situar en

primer lugar el cuestionario más largo, dejando para el final el cuestionario sobre cuestiones laborales.

Al finalizar el conjunto de cuestionarios, los devuelven a la investigadora, que les obsequia con un pendrive con forma de llave, en el que se puede leer “Gracias por tu colaboración” en uno de los lados, y “En la colaboración está la clave” en el otro lado. En su interior encuentran: a) una carta de agradecimiento (anexo 5); b) una ponencia titulada *La relación de ayuda entre una familia multiproblemática y los sistemas más amplios* (Casado, 2016), presentada por la doctoranda en el III Congreso Internacional de la Universidad de Deusto; c) una ponencia titulada *Familias multiproblemáticas y sistemas amplios* (Casado, Cuartero, y Riera, 2016), presentada por la doctoranda en las II Jornadas Doctorales de la Universidad de Murcia; d) la tesis doctoral de Alfonsa Rodríguez (Rodríguez, 2013), primera tesis publicada en España sobre la intervención desde el trabajo social con familias multiproblemáticas.

5.8 Programa estadístico

Para el tratamiento y análisis de datos se ha utilizado el programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 20, para el sistema operativo Windows.

5.9 Análisis de datos

Se han examinado las respuestas obtenidas en todos los cuestionarios: el Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas desde el Trabajo Social con Familias en Situación de Especial Dificultad, la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEECG-20), la Encuesta sobre Bienestar y Trabajo (UWES) y el cuestionario sobre características demográficas, personales y laborales.

Se ha realizado un análisis descriptivo de cada una de las variables recogidas en los diferentes instrumentos. Además, se ha realizado un análisis de relación y comparación de los datos recogidos en las diferentes variables estudiadas.

5.9.1 Análisis descriptivo

Se han obtenido tablas de frecuencias y porcentajes relativos a la muestra de participantes (características demográficas y personales). Con respecto al Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas desde el Trabajo Social con Familias en Situación de Especial Dificultad, se han obtenido tablas de frecuencias y porcentajes para cada uno de los criterios de intervención, tanto en base al nivel de importancia como el nivel de realización otorgado. Además, se han realizado ránquings, ordenando los criterios de intervención de cada dimensión según el nivel de importancia y de realización otorgado. También se han obtenido tablas de

frecuencias y porcentajes de las variables estudiadas mediante los otros dos instrumentos (BEECG-20 y UWES), así como de las variables relacionadas con las características del metacontexto en el que se ubican las personas participantes. Además, se han obtenido las medias y desviaciones típicas de cada una de las dimensiones estudiadas (variables dependientes), en relación a las diferentes variables de agrupación o variables independientes (características sociodemográficas, personales y laborales).

5.9.2 Análisis de correlación y comparación

Con respecto al Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas desde el Trabajo Social con Familias en Situación de Especial Dificultad, se han obtenido tablas de contingencia para cada uno de los criterios de intervención, tanto en base al nivel de importancia como el nivel de realización otorgado. Así, se pretende conocer si existe una relación de correspondencia entre el nivel de importancia que otorgan a cada criterio de intervención, y el nivel de realización efectiva de cada una de las estrategias, técnicas, herramientas y habilidades que constituyen cada uno de los 67 criterios de intervención. Para ello, se ha realizado el Test de Wilcoxon, y se presentan las medianas de cada ítem (importancia y realización). También se establece la frecuencia, para cada ítem, en la que el nivel de importancia otorgado es superior al nivel de realización que consideran realizan de forma efectiva.

Se pretende conocer si existe relación entre el nivel de importancia de cada dimensión del Inventario de Prácticas Colaborativas y las diferentes escalas que componen los instrumentos BEEGC-20 y UWES. Para ello se ha calculado la correlación de Spearman entre las puntuaciones de cada dimensión y las puntuaciones de las escalas de los otros dos instrumentos. Se ha procedido del mismo modo en relación al nivel de realización de cada dimensión del Inventario de Prácticas Colaborativas.

A fin de conocer si existen relaciones o correspondencias entre las escalas que componen el instrumento BEECG-20 y el UWES, se ha calculado la correlación de Spearman entre las diferentes escalas.

También se quiere conocer si hay diferencias significativas en las puntuaciones de las diferentes escalas y dimensiones (en los tres instrumentos), en función de las características sociodemográficas, personales y laborales de las personas participantes. Dado que las variables no cumplían el criterio de normalidad, se han llevado a cabo pruebas no paramétricas. Así, cuando la variable de agrupación presenta dos categorías, se ha realizado el test U de Mann-Whitney mientras que, si la variable de agrupación presenta tres o más categorías, se ha realizado el test de Kruskal-Wallis.

5.10 Consideraciones éticas

Este estudio cuenta con la aprobación de la Comisión Ética de la Universitat de les Illes Balears, que aprobó la solicitud de aceptación en abril de 2018 (anexo 4). Los datos se han tratado de manera que no se identifica la identidad de las personas participantes.

Antes de cumplimentar los cuestionarios, las personas participantes han firmado un consentimiento informado, en el que se explica que esta investigación es confidencial y voluntaria.

CAPÍTULO VI:
RESULTADOS

RESULTADOS

6.1 Guía de resultados

Se presentan los resultados en el orden siguiente:

6.1.1. Análisis del perfil sociodemográfico. Se detallan las características de la muestra, formada por 121 trabajadores/as sociales de servicios sociales de atención primaria de la red pública de Mallorca. Se analizan los estadísticos descriptivos de las características sociodemográficas y personales de la muestra.

6.1.2. Las características del meta-contexto en el que se ubican los y las participantes en este estudio. Se analizan los estadísticos descriptivos de las características laborales de las personas participantes.

6.1.3. Los resultados obtenidos del Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas desde el Trabajo Social con Familias en Situación de Especial Dificultad. Se presentan los resultados obtenidos tanto en nivel de importancia como en el nivel de realización de cada una de las seis dimensiones que conforman el inventario, así como un breve análisis del inventario en su conjunto:

A. Investigación colaborativa con la persona/familia

- A1. Postura relacional del/de la profesional: respeto, empatía, conexión
- A2. Co-construcción del contexto de intervención: la familia es la protagonista del proceso
- A3. Enfoque centrado en capacidades

B. Relación colaborativa con los sistemas más amplios que la familia (SMAF)

- B1. Actuaciones a desarrollar en relación a la familia y los sistemas más amplios (SMAF)
- B2. Prácticas a desarrollar con la familia
- B3. Prácticas a desarrollar con los SMAF

Dentro de cada dimensión, se presentan los resultados siguiendo este orden:

6.1.3.1. Resultados del nivel de importancia y el nivel de realización para cada uno de los criterios de intervención, estableciendo ránquings según la puntuación otorgada a cada uno de ellos.

6.1.3.2. Comparación de la suma de frecuencias 4 y 5 entre los niveles de importancia y realización (en nivel de importancia, muy y extremadamente importante; en nivel de realización, muchas y todas las veces).

6.1.3.3. Mediana y rango intercuartílico de nivel de importancia y nivel de realización; *p* valor del test de Wilcoxon, y frecuencia con la que han otorgado mayor puntuación al nivel de importancia que al de realización en cada criterio de intervención.

6.1.3.4. Análisis de resultados del inventario en su conjunto.

6.1.4. Los resultados obtenidos en la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-20). Medias y desviaciones típicas de los puntajes de cada escala y subescala del instrumento.

6.1.5. Los resultados obtenidos en la Encuesta de Bienestar en el Trabajo (UWES). Medias y desviaciones típicas de cada escala del instrumento.

6.1.6. Correlaciones de Spearman entre las escalas, subescalas y puntaje total de los tres instrumentos (Inventario de Prácticas Colaborativas, BEEGC-20 y UWES).

6.1.7. Análisis de diferencias en las puntuaciones de las escalas, subescalas y puntaje total de los tres instrumentos, en las categorías de diferentes variables de agrupación. Las variables dependientes son: vigor, dedicación, absorción, total UWES, locus de control, contingencia, indefensión, suerte, autoeficacia, expectativas de éxito; total importancia Inventario Prácticas Colaborativas (IPC), total realización IPC; nivel de importancia, total área dimensión familiar; nivel de importancia, total área dimensión SMAF; nivel de realización, total área dimensión familiar; nivel de realización, total área dimensión SMAF; nivel de importancia, cada una de las dimensiones (A1, A2, A3, B1, B2, B3); nivel de realización, cada una de las dimensiones (A1, A2, A3, B1, B2, B3). En concreto, se presentan los resultados en base a las siguientes variables independientes:

6.1.7.1. Ubicación (Palma o Part Forana). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el *p* valor del test U-Mann Whitney.

6.1.7.2. Tamaño municipio (hasta diez mil habitantes; entre diez y veinte mil habitantes; entre veinte y cincuenta mil habitantes; más de cincuenta mil habitantes). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el *p* valor del test de Kruskal-Wallis.

6.1.7.3. Edad (23-35 años; 36-45 años; 46-55 años; 56 o más años). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el *p* valor del test de Kruskal-Wallis.

6.1.7.5. Finalización estudios de Trabajo Social (2013-2018; 2007-2012; 2001-2006) Se presentan las medias, desviaciones típicas y el *p* valor del test de Kruskal-Wallis.

6.1.7.6. Adaptación al grado de Trabajo Social (sí; no; grado cursado directamente). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el p valor del test de Kruskal-Wallis.

6.1.7.7. Formación continua.

6.1.7.7.1. Formación continua en los últimos 5 años, relacionada con la intervención en familias (sí; no). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el p valor del test U-Mann Whitney.

6.1.7.7.2. Horas de formación continua recibidas en los últimos 5 años, relacionada con la intervención en familias (1-25; 26-50; 51-100; más de 100). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el p valor del test de Kruskal-Wallis.

6.1.7.8. Experiencia.

6.1.7.8.1. Experiencia como trabajador/a social (menos de 5 años; entre 6 y 10 años; entre 11 y 15 años; más de 15 años). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el p valor del test de Kruskal-Wallis.

6.1.7.8.2. Experiencia como trabajador/a social en el actual puesto de trabajo (menos de 5 años; entre 6 y 10 años; entre 11 y 15 años; más de 15 años). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el p valor del test de Kruskal-Wallis.

6.1.7.9. Tipo de contrato (temporal menor a 6 meses; interino/a (laboral o funcionario); contrato fijo (laboral o funcionario); otros). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el p valor del test de Kruskal-Wallis.

6.1.7.10. Espacios de supervisión (sí, de forma periódica; sí, de modo voluntario; no). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el p valor del test de Kruskal-Wallis.

6.1.7.11. Espacios de reunión y coordinación.

6.1.7.11.1. Espacios de reunión interprofesional del servicio (sí, reunión semanal; sí, reunión quincenal o mensual; no). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el p valor del test de Kruskal-Wallis.

6.1.7.11.2. Espacios de coordinación equipo de trabajo de caso (en propio servicio) (sí; no). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el p valor del test U-Mann Whitney.

6.1.7.11.3. Toma de decisiones conjunta en el equipo de trabajo de caso (sí, siempre; sí, de forma habitual; algunas veces; no, salvo contadas excepciones). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el p valor del test de Kruskal-Wallis.

6.1.7.11.4. Realización de reuniones de red (con 3 o más servicios) (sí, siempre; sí, de forma habitual; algunas veces; no, salvo contadas excepciones). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el *p* valor del test de Kruskal-Wallis.

6.1.7.11.5. Toma de decisiones conjuntas en reuniones de red (sí, siempre; sí, de forma habitual; algunas veces; no, salvo contadas excepciones). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el *p* valor del test de Kruskal-Wallis.

6.1.7.12. Protocolos o procedimientos escritos.

6.1.7.12.1. Protocolo o procedimiento escrito para equipo de trabajo de caso (sí; no; no lo sé). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el *p* valor del test de Kruskal-Wallis.

6.1.7.12.2. Protocolo o procedimiento escrito para trabajo en red (sí; no; no lo sé). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el *p* valor del test de Kruskal-Wallis.

6.1.7.13. Cargas de trabajo. Rango de casos atendidos (atención directa presencial) a la semana (1-10 casos; 11-20 casos; 21-30 casos; 31 o más casos). Rango de nuevos casos semanales (1-2 casos; 3-45 casos; 5-6 casos; 7 o más casos). Rango de cierre de casos mensual (1-2 casos; 3-45 casos; 5-6 casos; 7 o más casos). Se presentan las medias, desviaciones típicas y el *p* valor del test de Kruskal-Wallis.

6.1.1. Análisis del perfil sociodemográfico

A continuación, se detallan los datos estadísticos del cuestionario sociodemográfico.

Tabla 12		
Datos sociodemográficos de las personas participantes		
	N	Porcentaje
Sexo (N=121)		
Hombre	9	7,4
Mujer	112	92,6
Edad (N=120)		
23-35	25	20,8
36-45	45	37,5
46-55	42	35,0
56 o más	8	6,7
Mancomunitat (N=121)		
Palma	57	47,1
Llevant	14	11,6
Migjorn	10	8,3

Tabla 12		
Datos sociodemográficos de las personas participantes		
	N	Porcentaje
Tramuntana	15	12,4
Raiguer	9	7,4
Pla	5	4,1
Nord	11	9,1
Ubicación (N=121)		
Palma	57	47,1
Part Forana	64	52,9
Población municipio (N=121)		
Hasta 10000 habitantes	20	16,5
10001-20000 habitantes	22	18,2
20001-50000 habitantes	22	18,2
50001 o más habitantes	57	47,1

Sexo. La muestra está formada por 112 mujeres y 9 hombres. Esta diferencia de muestra entre ambos sexos se ve reflejada, con porcentajes muy similares, en la población total de trabajadores/as sociales que desarrollan su labor en servicios sociales de atención primaria de la red pública de Mallorca.

Edad. La media de edad es de 42 años (DT=8.304). Si agrupamos los datos por rangos de edad, vemos que el 3705% de las personas participantes tiene entre 36 y 45 años, mientras que un 35% tiene entre 46 y 55 años. Las personas entre 23 y 35 años suponen el 2008% de la muestra. Las personas de 56 y más años suponen solo el 607% de la muestra.

Ubicación. El 47.1% de la muestra desarrolla su labor en Palma, mientras que el 52.9% trabaja en Part Forana. En Part Forana, se distingue por la Mancomunitat en la que se ubican. Así, 15 participantes de la muestra trabajan en Tramuntana (12.4%); 14 participantes trabajan Llevant (11.6%); 11 en Nord (9.1%); 10 en Migjorn (8.3%); 9 en Raiguer (7.4%) y 5 en Pla (4.1%).

6.1.2 Análisis de los datos laborales

Se detallan, en la tabla 13, las frecuencias (valor absoluto y porcentaje válido) relacionadas con los datos laborales de las personas participantes.

Tabla 13		
Datos laborales de las personas participantes		
	N	Porcentaje
Fin estudios Trabajo Social (N=120)		
2013-2018	7	5,8
2017-2012	18	15,0
2011-2006	16	13,3
2005-2000	30	25,0
1999-1994	12	10,0
1993 o anterior	37	30,8
Adaptación grado (N=121)		
Sí	18	14,9
No	98	81,0
Cursado grado directamente	5	4,1
Modo adaptación a grado (N=17)		
Presencial	6	35,3
A distancia	11	64,7
Formación continua sobre familias últimos 5 años (N=121)		
Sí	93	76,9
No	28	23,1
Rango horas formación recibidas (N=93)		
1-25	14	15,1
26-50	21	22,6
51-100	14	15,1
Más de 100 horas	44	47,3
Experiencia laboral como trabajador/a social (N=121)		
Menos de 5 años	11	9,1
Entre 6 y 10 años	26	21,5
Entre 11 y 15 años	21	17,4
Más de 15 años	63	52,1
Experiencia en actual puesto de trabajo (N=118)		
Menos de 5 años	11	9,3
Entre 6 y 10 años	26	22,0

Tabla 13		
Datos laborales de las personas participantes		
Entre 11 y 15 años	21	17,8
Más de 15 años	60	50,8
Tipo de contrato (N=121)		
Temporal (previsión menor a 6 meses)	4	3,3
Funcionario/a o laboral interino/a	67	55,4
Funcionario/o de carrera o laboral fijo	43	35,5
Otros (autónomo/a, subcontrata empresa privada)	7	5,8
Jornada laboral semanal (N=121)		
20-34 horas	11	9,1
35-37 horas	26	21,5
37,50-40 horas	84	69,4

Formación. En cuanto al año de finalización de sus estudios, más del 30% acabaron entre el año 2000 y el 2011, mientras que solo el 5% terminó hace cinco años o menos. La mayoría de las personas participantes no ha realizado la adaptación al grado en trabajo social (81%). Las personas que sí la han realizado, lo han hecho a distancia en un 64.7% de los casos, y de manera presencial el 35.3% restante. En cuanto a la formación continua (recibida en los últimos cinco años, y relacionada específicamente con la intervención con familias), el 76.9% manifiesta haber realizado algún curso de formación. De éstos, el 47.3% ha realizado más de 100 horas de formación en este campo en los últimos cinco años; un 15.1% ha realizado entre 51 y 100 horas de formación; un 22.6% ha realizado entre 26 y 50 horas formativas; finalmente, el 15.1% manifiesta haber realizado entre 1 y 25 horas de formación.

Experiencia laboral. La experiencia como trabajadores/as sociales es amplia, de más de 15 años de media (DT=8.584). En el actual puesto de trabajo, la media es de casi 11 años (DT=9.064), por lo que hay una baja rotación de personal.

Contrato y jornada. Más de la mitad de las personas encuestadas (55.4%) ocupa puestos de trabajo como interinos/as -ya sea como funcionarios/as o como personal laboral-, mientras que solo un 3.3% tiene un contrato con una duración prevista inferior a seis meses. Un 5.8%

manifiesta ser autónomo/a, o bien estar contratado/a por una empresa privada (subcontrata). En cuanto a la duración en cómputo semanal de su jornada, realizan una media de 36.35 horas semanales (DT=2.856). El 69.4% de las personas encuestadas manifiesta realizar entre 37,5 y 40 horas semanales, mientras que el 21.5% realiza entre 35 y 37 horas. Un 9.1% tiene reducción de jornada, realizando entre 20 y 34 horas semanales.

También se han recogido datos sobre el meta-contexto en el que se ubican. En la tabla 14 se recoge el porcentaje que dedican a diferentes tareas relacionadas con su puesto de trabajo. En la tabla 15, se detallan las ratios de atención. La tabla 16 recoge datos relativos a espacios de coordinación entre profesionales.

Tabla 14		
Dedicación a tareas relacionadas con el puesto de trabajo		
	N	Porcentaje
Práctica directa (N=120)		
0-19%	0	0
20-40%	48	40
41-60%	54	45
61-90%	18	15
91% o más	0	0
Gestión, burocracia y coordinación (N=120)		
0-7%	0	0
8-35%	46	38,3
36-59%	58	48,3
60-75%	16	13,3
76% o más	0	0
Desarrollo de proyectos comunitarios (N=120)		
0%	62	51,7
1-9%	24	20,0
10-20%	31	25,8
21-40%	3	3,5
41% o más	0	0
Trabajo Social con Grupos (N=120)		
0%	83	69,2
1-9%	19	15,8
10-20%	18	15,0
21% o más	0	0

Tabla 14		
Dedicación a tareas relacionadas con el puesto de trabajo		
Supervisión (N=120)		
0%	70	58,3
1-5%	33	27,5
6-10%	10	8,3
11-20%	7	5,8
21% o más	0	0

La media de porcentaje semanal dedicado a práctica directa con personas y familias es de 49.59 (DT=15.573). El 40% manifiesta dedicar entre un 20 y un 40% de su jornada a la práctica de atención directa, mientras que el 45% manifiesta dedicarle entre un 40 y un 60%. Respecto a tareas de gestión, burocracia y coordinación, la media de porcentaje semanal dedicado es de 39.87 (DT=14.879). El 48.3% de la muestra afirma dedicar a esta tarea entre un 36 y un 59% de su jornada, y un 13.3% afirma que esta tarea le ocupa entre un 60 y un 75% de la jornada. El trabajo social comunitario es una tarea que se realiza en menor medida que la atención directa a personas y familias (M=4.97; DT=7.253). Así, un 51.7% afirma no desarrollar tareas de desarrollo comunitario; un 25.8% dedica entre un 10 y un 20% de su jornada a proyectos comunitarios; tan solo un 2.5% dedica entre el 21 y el 40% de su tiempo a este menester. El trabajo social con grupos también es una tarea con muy poca dedicación por parte del colectivo encuestado. La media de porcentaje de dedicación es de 2.28 (DT=4.201). Así, el 69.2% manifiesta no realizar trabajo social grupal, y un 15.8% manifiesta que dedica menos de un 10% a esta tarea. Un 15% dedica entre el 10 y el 20% de su jornada a desarrollar trabajo social con grupos. Finalmente, se dedica una media de porcentaje semanal a la supervisión de 2.83 (DT=5.101). El 58.3% de la muestra manifiesta no realizar supervisión como práctica habitual en su servicio, mientras que un 27.5% dedica entre el 1 y el 5% de su jornada a este menester. El 8.3% manifiesta dedicar un espacio de entre el 6 y el 10% de su jornada a realizar y/o recibir supervisión, y el 5.8% manifiesta dedicar entre el 11 y el 20% de su jornada a los espacios de supervisión.

Respecto a las ratios de atención (tabla 15), el 62% de la muestra atiende entre 11 y 20 casos a la semana, mientras que el 21.5% atiende entre 1 y 10 casos semanalmente. El 9.9% manifiesta atender entre 21 y 30 personas/familias, y un 6.6% atiende a más de 30 personas a la semana.

Tabla 15		
Ratio de casos		
	N	Porcentaje
Rango de casos atendidos semanalmente (N=121)		
1-10	26	21,5
11-20	75	62,0
21-30	12	9,9
Más de 30	8	6,6
Casos de elevada carga emocional, en cómputo semanal (N=117)		
1-4	41	35,0
5-9	53	45,3
10-15	19	16,2
16-30	4	3,4
Rango de casos nuevos a la semana (N=121)		
1-2	30	24,8
3-4	73	60,3
5-6	12	9,9
7 o más	6	5,0
Rango de cierre de casos al mes (N=121)		
1-2	51	42,1
3-4	40	33,1
5-6	17	14,0
7 o más	13	10,7

La media de casos de carga emocional elevada, en cómputo semanal, es de 6.85 (DT=5.158); el 35% manifiesta atender entre 1 y 4 casos a la semana considerados de carga emocional elevada, el 45.3% de la muestra atiende entre 5 y 9 casos de carga emocional elevada, y un 16.2% considera que atiende entre 10 y 15 casos con esta característica. Un 3.4% manifiesta que atiende entre 16 y 30 casos a la semana de elevada carga emocional. Respecto al número nuevo de casos atendidos, la mayoría (60.3%) atiende entre 3 y 4 casos de nueva entrada a la semana; el 24.8% atiende entre 1 y 2 nuevos casos. El 9.9% de la muestra atiende entre 5 y 6 casos nuevos, y el 5% atiende a 7 o más casos nuevos a la semana. En cuanto al cierre de casos mensual, el 42.1% afirma cerrar entre 1 y 2 casos al mes; el 33.1%, cierra entre 3 y 4 casos mensuales, mientras que el 14% de la muestra cierra de 5 a 6 casos al mes. Finalmente, un 10.7% afirma cerrar 7 o más casos cada mes.

Finalmente, en este apartado presentamos datos relativos a los espacios de supervisión, así como de coordinación inter-profesional (tabla 16).

Tabla 16		
Espacios de supervisión y de coordinación inter-profesional		
	N	Porcentaje
Disponen de espacios de supervisión establecidos (N=121)		
Sí, de forma periódica	30	24,8
Sí, de modo voluntario	34	28,1
No	57	47,1
Espacio de reunión profesionales del servicio (N=121)		
Sí, reunión semanal	64	52,9
Sí, reunión quincenal	47	38,8
No	10	8,3
Espacio de coordinación del equipo de trabajo de caso (dentro de propio servicio) (N=121)		
Sí	102	84,3
No	19	15,7
Toma decisiones conjunta en equipo de trabajo de caso (N=111)		
Sí, siempre	40	36,0
Sí, habitualmente	48	43,2
Algunas veces	13	11,7
No, salvo contadas excepciones	10	9,0
Reuniones de red (N=121)		
Sí, siempre	13	10,7
Sí, habitualmente	48	39,7
Solo puntualmente (algunas veces)	51	42,1
No, salvo contadas excepciones	9	7,4
Toma decisiones en conjunto en reuniones de red (N=119)		
Sí, siempre	31	26,1
Sí, habitualmente	74	62,2
Solo puntualmente (algunas veces)	8	6,7
No, salvo contadas excepciones	6	5,0
Protocolo o procedimiento escrito del equipo trabajo de caso (N=121)		
Sí	48	39,7
No	56	46,3

Tabla 16		
Espacios de supervisión y de coordinación inter-profesional		
	N	Porcentaje
No lo sé	17	14,0
Protocolo o procedimiento escrito sobre trabajo en red (N=119)		
Sí	35	29,4
No	61	51,3
No lo sé	23	19,3

Destaca el hecho de que casi la mitad de la muestra (47.1%) manifiesta no disponer, en su servicio, de espacios de supervisión. El 28.1% afirma disponer de ellos, pero de modo voluntario, mientras que el 24.8% dispone de supervisión como práctica periódica en el servicio. En cuanto a los espacios de reunión de los profesionales del servicio, solo el 8.3% manifiesta que en su servicio no se dan estas reuniones; el 38.8% realiza estas reuniones de manera quincenal o mensual, y el 52.9% mantiene reuniones semanales con el conjunto de profesionales del servicio. En los centros de servicios sociales de atención primaria hay diferentes profesionales, y es habitual que varios de ellos trabajen de modo simultáneo con una persona/familia, especialmente cuando se trata de familias en situación de especial dificultad. El 84.3% de la muestra afirma disponer de espacios de coordinación dentro del servicio para el equipo de trabajo de caso, mientras que el 15.7% manifiesta no realizar este tipo de coordinaciones. Con respecto a la toma de decisiones en el equipo de trabajo de caso, el 36% afirma tomar siempre las decisiones en conjunto, y un 43.2% refiere hacerlo de forma habitual. Un 11.7% afirma que algunas veces sí que se toman en conjunto las decisiones, y un 9% refiere que no se toman en conjunto, salvo en contadas excepciones. Por otra parte, las reuniones de red, esto es, reuniones con profesionales de diferentes servicios, para trabajar de manera conjunta sobre un caso en concreto, se mantienen con menor frecuencia que las reuniones de equipo de trabajo de caso. Así, un 42.1% de la muestra afirma realizar estas reuniones de red solo de manera puntual, mientras que un 39.7% manifiesta realizarlas de modo habitual. Un 10.7% afirma que siempre realiza esta práctica. En cuanto a la toma de decisiones en las reuniones de red, el 26.1% de la muestra afirma tomar siempre las decisiones en conjunto, y de manera habitual un 62.2%. El 6.7% de la muestra lo hace de modo puntual, y el 5% manifiesta que, salvo contadas excepciones, no se toman decisiones en esas reuniones de red. Finalmente, se les pregunta si disponen o no de protocolos o procedimientos escritos, tanto en relación al equipo de trabajo de caso, como en relación al trabajo en red. Respecto al protocolo del equipo de trabajo del caso, el 39.7% afirma disponer de procedimiento escrito, mientras que un 46.3% niega disponer de tal procedimiento. Un 14% no sabe si disponen de él o no en su servicio.

Respecto al protocolo de trabajo en red, un 29.4% afirma tener en su servicio un procedimiento escrito, mientras que el 51.3% dice que no disponen de él en su servicio. Un 19.3% de la muestra no sabe si en su servicio ese protocolo existe o no.

6.1.3 Resultados del inventario para el desarrollo de prácticas colaborativas desde el trabajo social con familias en situación de especial dificultad

Se presentan los resultados obtenidos tanto en nivel de importancia como en el nivel de realización de cada una de las seis dimensiones que conforman el inventario.

Dimensión A1. Postura relacional del/de la profesional: respeto, empatía, conexión

Esta dimensión, formada por trece criterios de intervención, tiene un rango posible de puntaje que oscila entre 13 y 65 puntos. A continuación, se presentan los resultados del nivel de importancia, el nivel de realización, y la comparativa entre ambos.

Nivel de importancia

Si analizamos cada uno de los criterios de intervención que componen esta dimensión, vemos que los tres criterios más valorados en el nivel de importancia son: 2. *Activar la escucha activa, atendiendo y conectando con la narrativa de la persona/familia, suspendiendo los juicios de valor* (M=4.65; DT=0.573); 3. *Mostrar respeto incondicional hacia la persona/familia, independientemente de lo que haga, crea o sienta* (M=4.61; DT=0.612); 5. *Compartir con la persona/familia lo que siente (empatía) en relación a las dificultades que manifiesta* (M=4.44; DT=0.633), mientras que los tres criterios menos valorados en nivel de importancia son: 14. *Hacer uso del humor, cuando la situación lo permita* (M=4.15; DT=0.891); 16. *Compartir similitudes con el cliente en sus valores o experiencias* (M=2.91; DT=1.075); 15. *Si cabe, compartir sentimientos personales con la persona/familia en relación a la situación que atraviesan* (M=2.96; DT=1.098).

En la tabla 17 se presenta el ranking del nivel de importancia de la dimensión A1, ordenado según el porcentaje resultado del sumatorio de las categorías 4 y 5 (*muy y extremadamente importante*). Como vemos, el ítem 2 se considera muy y extremadamente importante en un 96.7% de los casos, mientras que los ítems 16 y 15 se consideran muy o extremadamente importantes en un 33.3% y un 28.9% de los casos.

Tabla 17		
Nivel de importancia. Dimensión A1. Postura relacional del/de la profesional: respeto, empatía, conexión		
Ránking	Ítem IPC	% muy y extremadamente importante
1	2	Activar la escucha activa, atendiendo y conectando con la narrativa de la persona/familia, suspendiendo los juicios de valor. 96,7
2	3	Mostrar respeto incondicional hacia la persona/familia, independientemente de lo que haga, crea o sienta. 93,3
3	5	Compartir con la persona/familia lo que siente (empatía) en relación a las dificultades que manifiesta. 92,4
4	22	Escuchar la historia de vida que narra la persona/familia, sin perder de vista que esa narrativa está inscrita en un sistema cultural y de valores dominantes, propios de un contexto socio-cultural más amplio. 91,7
5	4	Mantener una posición neutral con respecto a los diferentes miembros de la familia, evitando coaliciones y alianzas. 91,7
6	9	Tener en cuenta a todo el sistema familiar, aunque no estén todos presentes en los encuentros. 90,0
7	1	Demstrar interés genuino por la persona/familia, más allá del problema. 89,2
8	10	Acercarse a esa persona/familia única: solicitar su permiso para adentrarse en esa “nueva cultura”. 79,3
9	8	Transmitir la necesidad de comprender lo que nos dicen, desde una posición de “no saber”, de curiosidad genuina. 79,2
10	17	Introducir preguntas que permitan a los miembros escucharse a sí mismos, sentirse escuchados por otros, generando un espacio de conexión emocional entre los miembros y el profesional. 76,9

Tabla 17

Nivel de importancia. Dimensión A1. Postura relacional del/de la profesional: respeto, empatía, conexión

Ránking	Ítem IPC		% muy y extremadamente importante
11	14	Hacer uso del humor, cuando la situación lo permita.	76,9
12	16	Compartir similitudes con el cliente en sus valores o experiencias.	33,3
13	15	Si cabe, compartir sentimientos personales con la persona/familia en relación a la situación que atraviesan.	28,9

Nivel de realización

Si analizamos cada uno de los criterios de intervención que componen esta dimensión, vemos que los tres criterios más valorados son: 2. *Activar la escucha activa, atendiendo y conectando con la narrativa de la persona/familia, suspendiendo los juicios de valor* (M=4.02; DT=0.683); 1. *Demostrar interés genuino por la persona/familia, más allá del problema.* (M=4.05; DT=0.743); 5. *Compartir con la persona/familia lo que siente (empatía) en relación a las dificultades que manifiesta* (M=5; DT=0.729), mientras que los tres criterios menos valorados en nivel de realización son: 10. *Acercarse a esa persona/familia única: solicitar su permiso para adentrarse en esa “nueva cultura”* (M=3.24; DT=0.957); 15. *Si cabe, compartir sentimientos personales con la persona/familia en relación a la situación que atraviesan* (M=2.68; DT=1.163); 16. *Compartir similitudes con el cliente en sus valores o experiencias* (M=2.66; DT=1.126).

En la tabla 18 se presenta el ránking del nivel de realización de la dimensión A1, ordenado según el porcentaje resultado de la suma de frecuencias de las categorías *muchas* y *todas las veces*.

Tabla 18			
Nivel de realización. Dimensión A1. Postura relacional del/de la profesional: respeto, empatía, conexión			
Ránking	Ítem IPC	Criterios intervención	% muchas y todas las veces
1	2	Activar la escucha activa, atendiendo y conectando con la narrativa de la persona/familia, suspendiendo los juicios de valor.	81,0
2	1	Demostar interés genuino por la persona/familia, más allá del problema.	78,3
3	5	Compartir con la persona/familia lo que siente (empatía) en relación a las dificultades que manifiesta.	76,5
4	3	Mostrar respeto incondicional hacia la persona/familia, independientemente de lo que haga, crea o sienta.	75,0
5	4	Mantener una posición neutral con respecto a los diferentes miembros de la familia, evitando coaliciones y alianzas.	68,6
6	14	Hacer uso del humor, cuando la situación lo permita.	68,6
7	22	Escuchar la historia de vida que narra la persona/familia, sin perder de vista que esa narrativa está inscrita en un sistema cultural y de valores dominantes, propios de un contexto socio-cultural más amplio.	67,8
8	8	Transmitir la necesidad de comprender lo que nos dicen, desde una posición de “no saber”, de curiosidad genuina.	54,2
9	9	Tener en cuenta a todo el sistema familiar, aunque no estén todos presentes en los encuentros.	50,8
10	17	Introducir preguntas que permitan a los miembros escucharse a sí mismos, sentirse escuchados por otros, generando un espacio de conexión emocional entre los miembros y el profesional.	41,3
11	10	Acercarse a esa persona/familia única: solicitar su permiso para adentrarse en esa “nueva cultura”.	40,5

Tabla 18			
Nivel de realización. Dimensión A1. Postura relacional del/de la profesional: respeto, empatía, conexión			
Ránking	Ítem IPC	Criterios intervención	% muchas y todas las veces
12	15	Si cabe, compartir sentimientos personales con la persona/familia en relación a la situación que atraviesan.	27,3
13	16	Compartir similitudes con el cliente en sus valores o experiencias.	23,3

Como vemos, consideran, en un 81.0% de los casos, que el ítem 2 es el criterio que más realizan en esta dimensión, mientras que consideran que ponen en práctica los ítems 15 y 16 en un 27.3% y un 23.3% de los casos, respectivamente.

Comparativa entre nivel de importancia y nivel de realización

La media del nivel de importancia en el conjunto de esta dimensión es de 53.21 (DT=5.562), mientras que la media del nivel de realización es de 46.31 (DT=6.310).

En la tabla 19 se observa que el nivel de importancia supera al nivel de realización en todos los criterios de intervención de esta dimensión, con una frecuencia superior al 90% en todos los casos. Esta diferencia es significativa en todos los criterios de intervención, como indica el test de Wilcoxon, con p valor inferiores a 0.001 en todos los casos.

Tabla 19				
Mediana, rango intercuartílico y p valor (Wilcoxon). Dimensión A1. Postural relacional del / de la trabajador/a social: respeto, empatía, conexión				
Ítem	Importancia Mediana (RI)	Realización Mediana (RI)	p valor*	Frecuencia importancia > realización
1	4 (4-5)	4 (4-5)	< 0,001	92,5
2	5 (4-5)	4 (4-4)	< 0,001	95,9
3	5 (4-5)	4 (3,25-5)	< 0,001	97,5
4	5 (4-5)	4 (3-5)	< 0,001	94,2
5	5 (4-5)	4 (4-4)	< 0,001	95,0
8	4 (4-5)	4 (3-4)	< 0,001	94,2
9	4 (4-5)	4 (3-4)	< 0,001	96,7

Tabla 19				
Mediana, rango intercuartílico y <i>p</i> valor (Wilcoxon). Dimensión A1.				
Postural relacional del / de la trabajador/a social: respeto, empatía, conexión				
Ítem	Importancia Mediana (RI)	Realización Mediana (RI)	<i>p</i> valor*	Frecuencia importancia > realización
10	4 (4-5)	3 (3-4)	< 0,001	97,5
14	4 (4-5)	4 (3-5)	< 0,001	93,4
15	3 (2-4)	2 (2-4)	< 0,001	90,1
16	3 (2-4)	2 (2-3)	< 0,001	90,1
17	4 (4-5)	3 (3-4)	< 0,001	97,5
22	4 (4-5)	4 (3-4)	< 0,001	97,5
* Test de Wilcoxon				

Con el objetivo de facilitar la comparativa entre los niveles de importancia y de realización de cada criterio de intervención, se presenta la siguiente tabla, en la que se muestran las frecuencias resultado de la suma de frecuencias de las categorías *muy* y *extremadamente importante* (nivel de importancia) y *muchas* y *todas las veces* (nivel de realización), ordenadas por nivel de realización.

Tabla 20			
Dimensión A1. Frecuencias (sumatorio respuestas 4 y 5), ordenadas por ranking de nivel de realización, y comparación con frecuencias de nivel de importancia.			
Rea. (%)	Imp. (%)	Ítem IPC	Descripción ítem
81,0	96,7	2	Activar la escucha activa, atendiendo y conectando con la narrativa de la persona/familia, suspendiendo los juicios de valor.
78,3	89,2	1	Demostrar interés genuino por la persona/familia, más allá del problema.
76,5	92,4	5	Compartir con la persona/familia lo que siente (empatía) en relación a las dificultades que manifiesta.
75,0	93,3	3	Mostrar respeto incondicional hacia la persona/familia, independientemente de lo que haga, crea o sienta.
68,6	91,7	4	Mantener una posición neutral con respecto a los diferentes miembros de la familia, evitando coaliciones y alianzas.
68,6	76,9	14	Hacer uso del humor, cuando la situación lo permita.

Tabla 20

Dimensión A1. Frecuencias (sumatorio respuestas 4 y 5), ordenadas por ranking de nivel de realización, y comparación con frecuencias de nivel de importancia.

Rea. (%)	Imp. (%)	Ítem IPC	Descripción ítem
67,8	91,7	22	Escuchar la historia de vida que narra la persona/familia, sin perder de vista que esa narrativa está inscrita en un sistema cultural y de valores dominantes, propios de un contexto socio-cultural más amplio.
54,2	79,2	8	Transmitir la necesidad de comprender lo que nos dicen, desde una posición de “no saber”, de curiosidad genuina.
50,8	90,0	9	Tener en cuenta a todo el sistema familiar, aunque no estén todos presentes en los encuentros.
41,3	76,9	17	Introducir preguntas que permitan a los miembros escucharse a sí mismos, sentirse escuchados por otros, generando un espacio de conexión emocional entre los miembros y el profesional.
40,5	79,3	10	Acercarse a esa persona/familia única: solicitar su permiso para adentrarse en esa “nueva cultura”.
27,3	28,9	15	Si cabe, compartir sentimientos personales con la persona/familia en relación a la situación que atraviesan.
23,3	33,3	16	Compartir similitudes con el cliente en sus valores o experiencias.

El criterio 15. *Si cabe, compartir sentimientos personales con la persona/familia en relación a la situación que atraviesan* es el que menor disparidad presenta entre el nivel de importancia y el de realización (1.6%). Por otra parte, este criterio, junto con el 16. *Compartir similitudes con el cliente en sus valores o experiencias*, obtienen el menor porcentaje de puntuaciones elevadas (sumatorio de respuestas 4 y 5), tanto para el nivel de importancia, como para el nivel de realización, y el porcentaje de diferencia en los porcentajes no supera el 10%. Sin embargo, en otros criterios se observa mayor disparidad entre los niveles de realización y de importancia, con diferencias que superan el 39%. Los tres ítems que presentan mayor diferencia entre ambos niveles son: 9. *Tener en cuenta a todo el sistema familiar, aunque no estén todos presentes en los encuentros* (39.2%); 10. *Acercarse a esa persona/familia única: solicitar su permiso para adentrarse en esa “nueva cultura”* (38.8%); y 17. *Introducir preguntas que permitan a los miembros escucharse a sí mismos, sentirse escuchados por otros, generando un espacio de conexión emocional entre los miembros y el profesional* (35.6%). Así, en estos tres ítems, el nivel de realización es muy inferior al nivel de importancia que les otorgan.

En esta dimensión, los ítems 2. *Activar la escucha activa, atendiendo y conectando con la narrativa de la persona/familia, suspendiendo los juicios de valor* y 5. *Compartir con la persona/familia lo que siente (empatía) en relación a las dificultades que manifiesta*, están entre los tres criterios más valorados, tanto en nivel de importancia como en nivel de realización. El ítem 1. *Demostrar interés genuino por la persona/familia, más allá del problema*, que se encuentra entre los más valorados en realización, ocupa la séptima posición en importancia, con un porcentaje del 89.2% de respuestas en las categorías 4 y 5. El ítem 3. *Mostrar respeto incondicional hacia la persona/familia, independientemente de lo que haga, crea o sienta*, que se encuentra entre los tres más valorados en importancia, ocupa la cuarta posición en realización (75%). En cuanto a los ítems menos valorados, tanto el 15. *Si cabe, compartir sentimientos personales con la persona/familia en relación a la situación que atraviesan* como el 16. *Compartir similitudes con el cliente en sus valores o experiencias*, se sitúan entre los tres menos valorados en esta dimensión, tanto en importancia como en realización. El ítem 14. *Hacer uso del humor, cuando la situación lo permita* (últimas posiciones en importancia), ocupa el sexto lugar en realización (68.6%), mientras que el ítem 10. *Acercarse a esa persona/familia única: solicitar su permiso para adentrarse en esa “nueva cultura”* (entre los menos valorados en realización), ocupa la octava posición en importancia (79.3%).

Dimensión A2. Co-construcción del contexto de intervención: la familia es la protagonista del proceso

Esta dimensión, formada por diecinueve criterios de intervención, tiene un rango posible de puntaje que oscila entre 19 y 95 puntos. A continuación, se presentan los resultados del nivel de importancia, el nivel de realización, y la comparativa entre ambos.

Nivel de importancia

Si analizamos cada uno de los criterios de intervención que componen esta dimensión, vemos que los tres criterios más valorados en el nivel de importancia son: 7. *Transmitir a la persona/familia que ella es la protagonista del proceso, invitarles a ser activos en la toma de decisiones en relación al proceso de intervención* (M=4.71; DT=0.554); 49. *Respetar los deseos de la persona/familia, y trabajar junto a ella para la construcción conjunta de objetivos y tareas* (M=4.53; DT=0.593); 60. *En caso de que sea necesario modificar el contexto de intervención profesional (por ejemplo, ante situaciones de desprotección de menores), explicar a la persona/familia las responsabilidades legales y éticas del profesional, manteniendo una posición honesta ante la persona/familia, de manera que se faciliten alternativas de acción que no pongan en peligro la continuidad en la relación de ayuda* (M=4.58; DT=0.588), mientras que los tres criterios menos valorados en nivel de importancia son: 58. *En base a la dirección*

del cambio acordada, proponer a la persona/familia, si cabe, la realización de determinadas tareas entre sesiones (M=4.08; DT=0.748); 19. Reconocer y normalizar la hostilidad de los clientes involuntarios, escuchando sus razones y negociando con ellos unos objetivos mínimos (M=3.96; DT=0.827); 25. Interesarse por conocer las expectativas que tiene la persona/familia en relación al profesional (M=3.93; DT=.890). Cabe señalar que incluso los criterios menos valorados en esta dimensión tienen una media elevada, que se sitúa entre *bastante* y *muy importante*.

En la tabla 21 se presenta el ranking del nivel de importancia de la dimensión A2, ordenado según el porcentaje resultado del sumatorio de las categorías 4 y 5 (*muy y extremadamente importante*). Como vemos, los ítems 7, 49 y 60 se consideran *muy y extremadamente importantes* en un 96.7% de los casos, mientras que los ítems 19 y 25 se consideran *muy o extremadamente importantes* en un 79% y un 71.7% de los casos.

Tabla 21			
Nivel de importancia. Dimensión A2. Co-construcción del contexto de intervención: la familia es la protagonista del proceso			
Ránking	Ítem IPC	Criterios intervención	% muy y extrem. importante
1	7	Transmitir a la persona/familia que ella es la protagonista del proceso, invitarles a ser activos en la toma de decisiones en relación al proceso de intervención.	96,7
2	49	Respetar los deseos de la persona/familia, y trabajar junto a ella para la construcción conjunta de objetivos y tareas.	96,7
3	60	En caso de que sea necesario modificar el contexto de intervención profesional (por ejemplo, ante situaciones de desprotección de menores), explicar a la persona/familia las responsabilidades legales y éticas del profesional, manteniendo una posición honesta ante la persona/familia, de manera que se faciliten alternativas de acción que no pongan en peligro la continuidad en la relación de ayuda.	96,7
4	56	Construir conjuntamente y firmar un acuerdo/plan de intervención, de modo que tanto el profesional como la persona/familia asuman una responsabilidad compartida en ese plan acordado.	95,9
5	26	Concretar con la familia un acuerdo inicial de trabajo:	95,9

Tabla 21			
Nivel de importancia. Dimensión A2. Co-construcción del contexto de intervención: la familia es la protagonista del proceso			
Ránking	Ítem IPC	Criterios intervención	% muy y extrem. importante
		clarificar en el acuerdo los objetivos iniciales (que justifican que la relación de ayuda se inicie), es decir, qué cosas acordamos que trabajaremos juntos.	
6	28	Al explicar cómo trabajaremos, explicitar cuestiones transversales relativas al proceso de ayuda: acompañamiento por parte del profesional, toma de decisiones y liderazgo del proceso por parte de la familia, confidencialidad del proceso, conexión con el resto de profesionales implicados, y trabajo en equipo.	95,0
7	52	Redactar conjuntamente con la persona/familia objetivos y tareas de modo que sean fácilmente comprensibles, alcanzables, y que estén lo suficientemente acotados como para poder evaluar su grado de cumplimiento.	95,0
8	50	Definir conjuntamente los objetivos a alcanzar, teniendo en cuenta los otros proyectos de intervención presentes en otros servicios que están interviniendo con esta persona/familia.	94,2
9	27	Explicitar qué características va a tener la relación de ayuda (cómo trabajaremos), en base a cada uno de los objetivos iniciales acordados.	93,4
10	30	A partir del feedback recibido por parte de la persona/familia sesión a sesión, ambos iremos introduciendo las reflexiones y los cambios que se consideren adecuados.	90,0
11	29	Manifiestar a la persona/familia que nos vamos a interesar durante todo el proceso por su opinión sobre cómo va dicho proceso, si le está resultando útil, si considera que va generando pequeños cambios, si siente que el trato recibido es respetuoso, etc. (retroalimentación o feedback).	89,3

Tabla 21			
Nivel de importancia. Dimensión A2. Co-construcción del contexto de intervención: la familia es la protagonista del proceso			
Ránking	Ítem IPC	Criterios intervención	% muy y extrem. importante
12	48	Cuando la comprensión de la situación se considera suficiente, dar paso a una entrevista para construir de manera compartida con la persona/familia el co-diagnóstico.	89,2
13	6	Demostrar interés por conocer si, además del motivo inicial de la consulta, existen otras preocupaciones que quiera/n compartir en este espacio.	89,1
14	53	Establecer temporalización (flexible) para cada uno de los objetivos y tareas acordados.	86,8
15	24	Interesarse por conocer las expectativas que tiene la persona/familia en relación al servicio.	85,1
16	59	Solicitar a la persona/familia una retroalimentación al final de cada encuentro, interesándose por saber si el proceso se ajusta a sus expectativas, si el proceso les está resultando útil.	81,7
17	58	En base a la dirección del cambio acordada, proponer a la persona/familia, si cabe, la realización de determinadas tareas entre sesiones.	79,3
18	19	Reconocer y normalizar la hostilidad de los clientes involuntarios, escuchando sus razones y negociando con ellos unos objetivos mínimos.	79,0
19	25	Interesarse por conocer las expectativas que tiene la persona/familia en relación al profesional.	71,7

Nivel de realización

Si analizamos cada uno de los criterios de intervención que componen esta dimensión, vemos que los tres criterios más valorados son: 7. *Transmitir a la persona/familia que ella es la protagonista del proceso, invitarles a ser activos en la toma de decisiones en relación al proceso de intervención* (M=4.18; DT=0.853;); 26. *Concretar con la familia un acuerdo inicial de trabajo: clarificar en el acuerdo los objetivos iniciales (que justifican que la relación de*

ayuda se inicie), es decir, *qué cosas acordamos que trabajaremos juntos* (M=4.02; DT=0.904); 6. *Mostrar interés por conocer si, además del motivo inicial de la consulta, existen otras preocupaciones que quiera/n compartir en este espacio* (M=3.88; DT=0.931), mientras que los tres criterios menos valorados en nivel de realización son: 25. *Interesarse por conocer las expectativas que tiene la persona/familia en relación al profesional* (M=3.10; DT=1.205); 53. *Establecer temporalización (flexible) para cada uno de los objetivos y tareas acordados* (M=3.12; DT=1.013); 59. *Solicitar a la persona/familia una retroalimentación al final de cada encuentro, interesándose por saber si el proceso se ajusta a sus expectativas, si el proceso les está resultando útil* (M=2.72; DT=1.070).

En la tabla 22 se presenta el ranking del nivel de realización de la dimensión A1, ordenado según el porcentaje resultado de la suma de frecuencias de las categorías *muchas y todas las veces*.

Tabla 22			
Nivel de realización. Dimensión A2. Co-construcción del contexto de intervención: la familia es la protagonista del proceso			
Ránking	Núm. orden	Criterios intervención	% muchas y todas las veces
1	7	Transmitir a la persona/familia que ella es la protagonista del proceso, invitarles a ser activos en la toma de decisiones en relación al proceso de intervención.	78,5
2	26	Concretar con la familia un acuerdo inicial de trabajo: clarificar en el acuerdo los objetivos iniciales (que justifican que la relación de ayuda se inicie), es decir, qué cosas acordamos que trabajaremos juntos.	75,2
3	6	Mostrar interés por conocer si, además del motivo inicial de la consulta, existen otras preocupaciones que quiera/n compartir en este espacio.	69,7
4	60	En caso de que sea necesario modificar el contexto de intervención profesional (por ejemplo, ante situaciones de desprotección de menores), explicar a la persona/familia las responsabilidades legales y éticas del profesional, manteniendo una posición honesta ante la persona/familia, de manera que se faciliten alternativas	68,6

Tabla 22			
Nivel de realización. Dimensión A2. Co-construcción del contexto de intervención: la familia es la protagonista del proceso			
Ránking	Núm. orden	Criterios intervención	% muchas y todas las veces
		de acción que no pongan en peligro la continuidad en la relación de ayuda.	
5	28	Al explicar cómo trabajaremos, explicitar cuestiones transversales relativas al proceso de ayuda: acompañamiento por parte del profesional, toma de decisiones y liderazgo del proceso por parte de la familia, confidencialidad del proceso, conexión con el resto de profesionales implicados, y trabajo en equipo.	66,9
6	27	Explicitar qué características va a tener la relación de ayuda (cómo trabajaremos), en base a cada uno de los objetivos iniciales acordados.	66,1
7	50	Definir conjuntamente los objetivos a alcanzar, teniendo en cuenta los otros proyectos de intervención presentes en otros servicios que están interviniendo con esta persona/familia.	64,2
8	24	Interesarse por conocer las expectativas que tiene la persona/familia en relación al servicio.	62,0
9	49	Respetar los deseos de la persona/familia, y trabajar junto a ella para la construcción conjunta de objetivos y tareas.	58,7
10	30	A partir del feedback recibido por parte de la persona/familia sesión a sesión, ambos iremos introduciendo las reflexiones y los cambios que se consideren adecuados.	55,0
11	56	Construir conjuntamente y firmar un acuerdo/plan de intervención, de modo que tanto el profesional como la persona/familia asuman una responsabilidad compartida en ese plan acordado.	54,5
12	29	Manifestar a la persona/familia que nos vamos a interesar durante todo el proceso por su opinión sobre	50,4

Tabla 22			
Nivel de realización. Dimensión A2. Co-construcción del contexto de intervención: la familia es la protagonista del proceso			
Ránking	Núm. orden	Criterios intervención	% muchas y todas las veces
		cómo va dicho proceso, si le está resultando útil, si considera que va generando pequeños cambios, si siente que el trato recibido es respetuoso, etc. (retroalimentación o feedback).	
13	58	En base a la dirección del cambio acordada, proponer a la persona/familia, si cabe, la realización de determinadas tareas entre sesiones.	47,1
14	52	Redactar conjuntamente con la persona/familia objetivos y tareas de modo que sean fácilmente comprensibles, alcanzables, y que estén lo suficientemente acotados como para poder evaluar su grado de cumplimiento.	45,0
15	48	Cuando la comprensión de la situación se considera suficiente, dar paso a una entrevista para construir de manera compartida con la persona/familia el co-diagnóstico.	45,5
16	19	Reconocer y normalizar la hostilidad de los clientes involuntarios, escuchando sus razones y negociando con ellos unos objetivos mínimos.	43,7
17	25	Interesarse por conocer las expectativas que tiene la persona/familia en relación al profesional.	40,8
18	53	Establecer temporalización (flexible) para cada uno de los objetivos y tareas acordados.	35,5
19	59	Solicitar a la persona/familia una retroalimentación al final de cada encuentro, interesándose por saber si el proceso se ajusta a sus expectativas, si el proceso les está resultando útil.	20,0

Como vemos, consideran, en un 78.5% de los casos, que el ítem 7. *Transmitir a la persona/familia que ella es la protagonista del proceso, invitarles a ser activos en la toma de decisiones en relación al proceso de intervención* es el criterio con mayor nivel de realización

en esta dimensión, seguido del ítem 26. *Concretar con la familia un acuerdo inicial de trabajo: clarificar en el acuerdo los objetivos iniciales (que justifican que la relación de ayuda se inicie), es decir, qué cosas acordamos que trabajaremos juntos (75.2%),* mientras que consideran que ponen en práctica en menor medida los ítems 53. *Establecer temporalización (flexible) para cada uno de los objetivos y tareas acordados y 59. Solicitar a la persona/familia una retroalimentación al final de cada encuentro, interesándose por saber si el proceso se ajusta a sus expectativas, si el proceso les está resultando útil (35.5% y 20%, respectivamente).*

Comparativa entre nivel de importancia y nivel de realización

La media del nivel de importancia en el conjunto de esta dimensión es de 86.88 (DT=7.358), mientras que la media del nivel de realización es de 70.48 (DT=11.369).

En la tabla 23 se observa que el nivel de importancia supera al nivel de realización en todos los criterios de intervención de esta dimensión, con una frecuencia superior al 93% en todos los casos. Esta diferencia es significativa en todos los criterios de intervención, como indica el test de Wilcoxon, con p valor inferiores a 0.001 en todos los casos.

Tabla 23				
Mediana, rango intercuartílico y p valor (Wilcoxon). Dimensión A2. Co-construcción del proceso de intervención: la familia como protagonista de su propio proceso.				
Ítem	Importancia Mediana (RI)	Realización Mediana (RI)	p valor*	Frecuencia importancia > realización
6	4 (4-5)	4 (3-5)	< 0,001	93,4
7	5 (4,5-5)	4 (4-5)	< 0,001	93,4
19	4 (4-4)	3 (2-4)	< 0,001	95,0
24	5 (4-5)	4 (3-5)	< 0,001	97,5
25	4 (3-5)	4 (3-5)	< 0,001	97,5
26	5 (4-5)	4 (3,5-5)	< 0,001	98,3
27	5 (4-5)	4 (3-5)	< 0,001	95,0
28	5 (4-5)	4 (3-4)	< 0,001	97,5
29	4 (4-5)	4 (2-4)	< 0,001	99,2
30	4 (4-5)	4 (3-4)	< 0,001	97,5
48	4 (4-5)	3 (3-4)	< 0,001	100
49	5 (4-5)	4 (3-4)	< 0,001	100
50	5 (4-5)	4 (3-4)	< 0,001	98,3

Tabla 23

Mediana, rango intercuartílico y p valor (Wilcoxon). Dimensión A2. Co-construcción del proceso de intervención: la familia como protagonista de su propio proceso.

Ítem	Importancia Mediana (RI)	Realización Mediana (RI)	p valor*	Frecuencia importancia > realización
52	5 (4-5)	3 (3-4)	< 0,001	100
53	4 (4-5)	3 (2-4)	< 0,001	99,2
56	5 (4-5)	4 (3-4)	< 0,001	97,5
58	4 (4-5)	3 (3-4)	< 0,001	99,2
59	4 (4-5)	3 (2-3)	< 0,001	99,2
60	4 (3-5)	4 (3-5)	< 0,001	97,5

* Test de Wilcoxon

Con el objetivo de facilitar la comparativa entre los niveles de importancia y de realización de cada criterio de intervención, se presenta la siguiente tabla, en la que se muestran las frecuencias resultado de la suma de frecuencias de las categorías *muy* y *extremadamente importante* (nivel de importancia) y *muchas* y *todas las veces* (nivel de realización), ordenadas por nivel de realización.

Tabla 24

Dimensión A2. Frecuencias (sumatorio respuestas 4 y 5), ordenadas por ranking de nivel de realización, y comparación con frecuencias de nivel de importancia

Rea. (%)	Imp. (%)	Ítem IPC	Descripción ítem
78,5	96,7	7	Transmitir a la persona/familia que ella es la protagonista del proceso, invitarles a ser activos en la toma de decisiones en relación al proceso de intervención.
75,2	95,9	26	Concretar con la familia un acuerdo inicial de trabajo: clarificar en el acuerdo los objetivos iniciales (que justifican que la relación de ayuda se inicie), es decir, qué cosas acordamos que trabajaremos juntos.
69,7	89,1	6	Demostrar interés por conocer si, además del motivo inicial de la consulta, existen otras preocupaciones que quiera/n compartir en este espacio.

Tabla 24

Dimensión A2. Frecuencias (sumatorio respuestas 4 y 5), ordenadas por ranking de nivel de realización, y comparación con frecuencias de nivel de importancia

Rea. (%)	Imp. (%)	Ítem IPC	Descripción ítem
68,6	96,7	60	En caso de que sea necesario modificar el contexto de intervención profesional (por ejemplo, ante situaciones de desprotección de menores), explicar a la persona/familia las responsabilidades legales y éticas del profesional, manteniendo una posición honesta ante la persona/familia, de manera que se faciliten alternativas de acción que no pongan en peligro la continuidad en la relación de ayuda.
66,9	95,0	28	Al explicar cómo trabajaremos, explicitar cuestiones transversales relativas al proceso de ayuda: acompañamiento por parte del profesional, toma de decisiones y liderazgo del proceso por parte de la familia, confidencialidad del proceso, conexión con el resto de profesionales implicados, y trabajo en equipo.
66,1	93,4	27	Explicitar qué características va a tener la relación de ayuda (cómo trabajaremos), en base a cada uno de los objetivos iniciales acordados.
64,2	94,2	50	Definir conjuntamente los objetivos a alcanzar, teniendo en cuenta los otros proyectos de intervención presentes en otros servicios que están interviniendo con esta persona/familia.
62,0	85,1	24	Interesarse por conocer las expectativas que tiene la persona/familia en relación al servicio.
58,7	96,7	49	Respetar los deseos de la persona/familia, y trabajar junto a ella para la construcción conjunta de objetivos y tareas.
55,0	90,0	30	A partir del feedback recibido por parte de la persona/familia sesión a sesión, ambos iremos introduciendo las reflexiones y los cambios que se consideren adecuados.
54,5	95,9	56	Construir conjuntamente y firmar un acuerdo/plan de intervención, de modo que tanto el profesional como la persona/familia asuman una responsabilidad compartida en ese plan acordado.
50,4	89,3	29	Manifestar a la persona/familia que nos vamos a interesar durante todo el proceso por su opinión sobre cómo va dicho proceso, si le está resultando útil, si considera que va generando pequeños cambios, si siente que el trato recibido es respetuoso, etc.

Tabla 24

Dimensión A2. Frecuencias (sumatorio respuestas 4 y 5), ordenadas por ránking de nivel de realización, y comparación con frecuencias de nivel de importancia

Rea. (%)	Imp. (%)	Ítem IPC	Descripción ítem
			(retroalimentación o feedback).
47,1	79,3	58	En base a la dirección del cambio acordada, proponer a la persona/familia, si cabe, la realización de determinadas tareas entre sesiones.
45,0	95,0	52	Redactar conjuntamente con la persona/familia objetivos y tareas de modo que sean fácilmente comprensibles, alcanzables, y que estén lo suficientemente acotados como para poder evaluar su grado de cumplimiento.
45,5	89,2	48	Cuando la comprensión de la situación se considera suficiente, dar paso a una entrevista para construir de manera compartida con la persona/familia el co-diagnóstico.
43,7	79,0	19	Reconocer y normalizar la hostilidad de los clientes involuntarios, escuchando sus razones y negociando con ellos unos objetivos mínimos.
40,8	71,7	25	Interesarse por conocer las expectativas que tiene la persona/familia en relación al profesional.
35,5	86,8	53	Establecer temporalización (flexible) para cada uno de los objetivos y tareas acordados.
20,0	81,7	59	Solicitar a la persona/familia una retroalimentación al final de cada encuentro, interesándose por saber si el proceso se ajusta a sus expectativas, si el proceso les está resultando útil.

El criterio 7. *Transmitir a la persona/familia que ella es la protagonista del proceso, invitarles a ser activos en la toma de decisiones en relación al proceso de intervención* coincide en ser el más puntuado tanto en importancia como en realización, con una diferencia entre ambos niveles del 18.2% (sumatorio de categorías 4 y 5). El criterio 25. *Interesarse por conocer las expectativas que tiene la persona/familia en relación al profesional es de los tres menos valorados en esta dimensión, tanto en importancia como en realización* se sitúa entre los tres menos valorados, tanto en importancia como en realización; sin embargo, no es el que más disparidad presenta entre ambos niveles (30.9%). Los ítems 52. *Redactar conjuntamente con la persona/familia objetivos y tareas de modo que sean fácilmente comprensibles, alcanzables, y*

que estén lo suficientemente acotados como para poder evaluar su grado de cumplimiento, 53. Establecer temporalización (flexible) para cada uno de los objetivos y tareas acordados y 59. Solicitar a la persona/familia una retroalimentación al final de cada encuentro, interesándose por saber si el proceso se ajusta a sus expectativas, si el proceso les está resultando útil, son los que obtienen mayor diferencia en el porcentaje de puntuaciones elevadas en ambos niveles (50%, 51.3% y 61.7%, respectivamente). Es decir, en estos tres ítems el nivel de importancia que otorgan a cada criterio es muy superior al nivel de realización.

El ítem 7. *Transmitir a la persona/familia que ella es la protagonista del proceso, invitarles a ser activos en la toma de decisiones en relación al proceso de intervención* es el más valorado tanto en importancia como en realización. Los ítems 60. *En caso de que sea necesario modificar el contexto de intervención profesional (por ejemplo, ante situaciones de desprotección de menores), explicar a la persona/familia las responsabilidades legales y éticas del profesional, manteniendo una posición honesta ante la persona/familia, de manera que se faciliten alternativas de acción que no pongan en peligro la continuidad en la relación de ayuda* y 49. *Respetar los deseos de la persona/familia, y trabajar junto a ella para la construcción conjunta de objetivos y tareas*, son los más valorados en importancia, y ocupan las posiciones cuarta y novena, respectivamente (68.6% y 58.7%). En cuanto a los menos valorados, solo el criterio 25. *Interesarse por conocer las expectativas que tiene la persona/familia en relación al profesional* coincide en importancia y realización entre los tres menos valorados. En importancia, los ítems 19. *Reconocer y normalizar la hostilidad de los clientes involuntarios, escuchando sus razones y negociando con ellos unos objetivos mínimos* y 58. *En base a la dirección del cambio acordada, proponer a la persona/familia, si cabe, la realización de determinadas tareas entre sesiones*, se sitúan entre los tres menos valorados, y ocupan en realización las posiciones 16 (43.7%) y 13 (47.1%), respectivamente. Por otra parte, los ítems 53. *Establecer temporalización (flexible) para cada uno de los objetivos y tareas acordados* y 59. *Solicitar a la persona/familia una retroalimentación al final de cada encuentro, interesándose por saber si el proceso se ajusta a sus expectativas, si el proceso les está resultando útil* ocupan las últimas posiciones en realización, ocupando las posiciones 14 (86.8%) y 16 (81.7) en importancia.

Dimensión A3. Enfoque centrado en capacidades.

Esta dimensión, formada por once criterios de intervención, tiene un rango posible de puntaje que oscila entre 11 y 55 puntos. A continuación, se presentan los resultados del nivel de importancia, el nivel de realización, y la comparativa entre ambos.

Nivel de importancia

Si analizamos cada uno de los criterios de intervención que componen esta dimensión, vemos que los tres criterios más valorados en el nivel de importancia son: 18. *Considerar que la*

persona/familia dispone de las capacidades y recursos necesarios para el cambio, y manifestárselo explícitamente (M=4.61; DT=0.553); 32. Manifestar interés en conocer los esfuerzos que la persona/familia ha realizado para desarrollar un cambio en la relación con el problema (M=4.47; DT=0.595); 13. Transmitir a la persona/familia la esperanza de que el cambio es posible, con expresiones alentadoras y honestas acerca de sus posibilidades de cambio (M=4.48; DT=0.648), mientras que los dos criterios menos valorados en nivel de importancia son: 66. Construir con la persona/familia conversaciones sobre sus valores y potencialidades, de modo que la familia pueda anclar narrativas alternativas que rescaten sus competencias por encima de sus déficits (M=4.08; DT=0.833); 65. Ante atascos y trabas que puedan darse en el proceso de ayuda, entender que la dificultad está en la interacción, más que en la familia o en el profesional (M=3.98; DT=0.796).

En la tabla 25 se presenta el ranking del nivel de importancia de la dimensión A3, ordenado según el porcentaje resultado del sumatorio de las categorías 4 y 5 (*muy y extremadamente importante*). Como vemos, los ítems 18, 32 y 13 se consideran *muy y extremadamente importantes* en un 96.7%, 94.9% y 91.7% de los casos, respectivamente, mientras que los ítems 66 y 65 se consideran *muy o extremadamente importantes* en un 76% y un 73.6% de los casos.

Tabla 25			
Nivel de importancia. Dimensión A3. Enfoque centrado en capacidades			
Ránking	Núm. orden	Criterios intervención	% muy y extrem. importante
1	18	Considerar que la persona/familia dispone de las capacidades y recursos necesarios para el cambio, y manifestárselo explícitamente	96,7
2	32	Manifestar interés en conocer los esfuerzos que la persona/familia ha realizado para desarrollar un cambio en la relación con el problema.	94,9
3	13	Transmitir a la persona/familia la esperanza de que el cambio es posible, con expresiones alentadoras y honestas acerca de sus posibilidades de cambio.	91,7
4	23	Interesarse por la vida de la persona/familia más allá de la influencia del problema, subrayando y amplificando sus recursos y competencias, así como su disposición al cambio.	90,9

Tabla 25			
Nivel de importancia. Dimensión A3. Enfoque centrado en capacidades			
Ránking	Núm. orden	Criterios intervención	% muy y extrem. importante
5	12	Reconocer la sabiduría de la persona/familia, y honrarla manifestándole que ella es la verdadera experta de su vida, solicitando su ayuda para poder comprender la situación-problema.	87,4
6	11	Potenciar, en la fase de estudio, valores y competencias de la persona/familia, al tiempo que se construye conjuntamente una comprensión de la situación.	87,2
7	20	Potenciar las interacciones que aparecen en las conversaciones, que reflejan fuerza y competencia, y ponerlas en valor.	82,6
8	21	Reformular las afirmaciones negativas que se dan en la expresión de la queja, transformándolas en peticiones sobre lo que necesitan o desean los miembros de la familia (“yo necesito que”, “a mí me gustaría que”, etc.).	81,0
9	31	Considerar que la persona/familia no es el problema, sino que “mantiene una relación con” el problema.	81,0
10	66	Construir con la persona/familia conversaciones sobre sus valores y potencialidades, de modo que la familia pueda anclar narrativas alternativas que rescaten sus competencias por encima de sus déficits.	76,0
11	65	Ante atascos y trabas que puedan darse en el proceso de ayuda, entender que la dificultad está en la interacción, más que en la familia o en el profesional.	73,6

Nivel de realización

Si analizamos cada uno de los criterios de intervención que componen esta dimensión, vemos que los tres criterios más valorados son: 18. *Considerar que la persona/familia dispone de las capacidades y recursos necesarios para el cambio, y manifestárselo explícitamente* (M=4.08; DT=0.816); 13. *Transmitir a la persona/familia la esperanza de que el cambio es posible, con expresiones alentadoras y honestas acerca de sus posibilidades de cambio* (M=3.93; DT=0.896); 32. *Manifestar interés en conocer los esfuerzos que la persona/familia ha realizado*

para desarrollar un cambio en la relación con el problema ($M=3.83$; $DT=0.840$), mientras que los dos criterios menos valorados en nivel de realización son: 66. *Construir con la persona/familia conversaciones sobre sus valores y potencialidades, de modo que la familia pueda anclar narrativas alternativas que rescaten sus competencias por encima de sus déficits* ($M=3.26$; $DT=0.962$); 65. *Ante atascos y trabas que puedan darse en el proceso de ayuda, entender que la dificultad está en la interacción, más que en la familia o en el profesional* ($M=3.12$; $DT=1.013$).

En la tabla 26 se presenta el ranking del nivel de realización de la dimensión A3, ordenado según el porcentaje resultado de la suma de frecuencias de las categorías *muchas* y *todas las veces*.

Tabla 26			
Nivel de realización. Dimensión A3. Enfoque centrado en capacidades			
Ranking	Núm. orden	Criterios intervención	% muchas y todas las veces
1	18	Considerar que la persona/familia dispone de las capacidades y recursos necesarios para el cambio, y manifestárselo explícitamente	79,3
2	13	Transmitir a la persona/familia la esperanza de que el cambio es posible, con expresiones alentadoras y honestas acerca de sus posibilidades de cambio.	72,5
3	32	Manifestar interés en conocer los esfuerzos que la persona/familia ha realizado para desarrollar un cambio en la relación con el problema.	70,3
4	23	Interesarse por la vida de la persona/familia más allá de la influencia del problema, subrayando y amplificando sus recursos y competencias, así como su disposición al cambio.	61,2
5	20	Potenciar las interacciones que aparecen en las conversaciones, que reflejan fuerza y competencia, y ponerlas en valor.	60,3
6	11	Potenciar, en la fase de estudio, valores y competencias de la persona/familia, al tiempo que se construye conjuntamente una comprensión de la situación.	53,0
7	12	Reconocer la sabiduría de la persona/familia, y honrarla manifestándole que ella es la verdadera experta de su	47,1

Tabla 26			
Nivel de realización. Dimensión A3. Enfoque centrado en capacidades			
Ránking	Núm. orden	Criterios intervención	% muchas y todas las veces
		vida, solicitando su ayuda para poder comprender la situación-problema.	
8	31	Considerar que la persona/familia no es el problema, sino que “mantiene una relación con” el problema.	44,6
9	21	Reformular las afirmaciones negativas que se dan en la expresión de la queja, transformándolas en peticiones sobre lo que necesitan o desean los miembros de la familia (“yo necesito que”, “a mí me gustaría que”, etc.).	43,8
10	66	Construir con la persona/familia conversaciones sobre sus valores y potencialidades, de modo que la familia pueda anclar narrativas alternativas que rescaten sus competencias por encima de sus déficits.	36,4
11	65	Ante atascos y trabas que puedan darse en el proceso de ayuda, entender que la dificultad está en la interacción, más que en la familia o en el profesional.	32,2

Como vemos, consideran, en un 79.3% de los casos, que el ítem 18. *Considerar que la persona/familia dispone de las capacidades y recursos necesarios para el cambio, y manifestárselo explícitamente* es el criterio con mayor nivel de realización en esta dimensión, seguido del ítem 13. *Transmitir a la persona/familia la esperanza de que el cambio es posible, con expresiones alentadoras y honestas acerca de sus posibilidades de cambio* (72.5%), mientras que consideran que ponen en práctica en menor medida los ítems 66. *Construir con la persona/familia conversaciones sobre sus valores y potencialidades, de modo que la familia pueda anclar narrativas alternativas que rescaten sus competencias por encima de sus déficits* y 65. *Ante atascos y trabas que puedan darse en el proceso de ayuda, entender que la dificultad está en la interacción, más que en la familia o en el profesional* (36.4% y 32.2%, respectivamente).

Comparativa entre nivel de importancia y nivel de realización

La media del nivel de importancia en el conjunto de esta dimensión es de 46.66 (DT=5.460), mientras que la media del nivel de realización es de 38.45 (DT=6.776).

En la tabla 27 se observa que el nivel de importancia supera al nivel de realización en todos los criterios de intervención de esta dimensión, con una frecuencia superior al 96% en todos los casos. Esta diferencia es significativa en todos los criterios de intervención, como indica el test de Wilcoxon, con p valor inferiores a 0.001 en todos los casos.

Tabla 27				
Mediana, rango intercuartílico y p valor (Wilcoxon). Dimensión A3.				
Enfoque centrado en capacidades.				
Ítem	Importancia Mediana (RI)	Realización Mediana (RI)	p valor*	Importancia > realización (%)
11	4 (4-5)	4 (3-4)	< 0,001	96,6
12	4 (4-5)	3 (3-4)	< 0,001	97,5
13	5 (4-5)	4 (3-5)	< 0,001	99,2
18	5 (4-5)	4 (4-5)	< 0,001	98,3
20	4 (4-5)	4 (3-4)	< 0,001	95,9
21	4 (4-5)	3 (3-4)	< 0,001	99,2
23	4 (4-5)	4 (3-4)	< 0,001	99,2
31	4 (4-5)	3 (3-4)	< 0,001	96,7
32	5 (4-5)	4 (3-4)	< 0,001	97,5
65	4 (3-5)	3 (2-4)	< 0,001	99,2
66	4 (4-5)	3 (2-4)	< 0,001	99,2
*Test de Wilcoxon				

Con el objetivo de facilitar la comparativa entre los niveles de importancia y de realización de cada criterio de intervención, se presenta la siguiente tabla (tabla 28), en la que se muestran las frecuencias resultado de la suma de frecuencias de las categorías *muy* y *extremadamente importante* (nivel de importancia) y *muchas* y *todas las veces* (nivel de realización), ordenadas por nivel de realización.

Tabla 28

Dimensión A3. Frecuencias (sumatorio respuestas 4 y 5), ordenadas por ránking de nivel de realización, y comparación con frecuencias de nivel de importancia.

Rea. (%)	Imp. (%)	Ítem IPC	Descripción ítem
79,3	96,7	18	Considerar que la persona/familia dispone de las capacidades y recursos necesarios para el cambio, y manifestárselo explícitamente
72,5	91,7	13	Transmitir a la persona/familia la esperanza de que el cambio es posible, con expresiones alentadoras y honestas acerca de sus posibilidades de cambio.
70,3	94,9	32	Manifestar interés en conocer los esfuerzos que la persona/familia ha realizado para desarrollar un cambio en la relación con el problema.
61,2	90,9	23	Interesarse por la vida de la persona/familia más allá de la influencia del problema, subrayando y amplificando sus recursos y competencias, así como su disposición al cambio.
60,3	82,6	20	Potenciar las interacciones que aparecen en las conversaciones, que reflejan fuerza y competencia, y ponerlas en valor.
53,0	87,2	11	Potenciar, en la fase de estudio, valores y competencias de la persona/familia, al tiempo que se construye conjuntamente una comprensión de la situación.
47,1	87,4	12	Reconocer la sabiduría de la persona/familia, y honrarla manifestándole que ella es la verdadera experta de su vida, solicitando su ayuda para poder comprender la situación-problema.
44,6	81,0	31	Considerar que la persona/familia no es el problema, sino que “mantiene una relación con” el problema.
43,8	81,0	21	Reformular las afirmaciones negativas que se dan en la expresión de la queja, transformándolas en peticiones sobre lo que necesitan o desean los miembros de la familia (“yo necesito que”, “a mí me gustaría que”, etc.).
36,4	76,0	66	Construir con la persona/familia conversaciones sobre sus valores y potencialidades, de modo que la familia pueda anclar narrativas alternativas que rescaten sus competencias por encima de sus déficits.
32,2	73,6	65	Ante atascos y trabas que puedan darse en el proceso de ayuda, entender que la dificultad está en la interacción, más que en la familia o en el profesional.

El criterio 18. *Considerar que la persona/familia dispone de las capacidades y recursos necesarios para el cambio, y manifestárselo explícitamente* coincide en ser el más puntuado tanto en importancia como en realización, con una diferencia entre ambos niveles del 17.4% (sumatorio de categorías 4 y 5). Los criterios 66. *Construir con la persona/familia conversaciones sobre sus valores y potencialidades, de modo que la familia pueda anclar narrativas alternativas que rescaten sus competencias por encima de sus déficits* y 65. *Ante atascos y trabas que puedan darse en el proceso de ayuda, entender que la dificultad está en la interacción, más que en la familia o en el profesional* son los menos valorados en esta dimensión, tanto en importancia como en realización, siendo, además, dos de los tres que obtienen mayor diferencia en el porcentaje de puntuaciones elevadas en ambos niveles (36.9% y 41.4% de diferencia entre importancia y realización, respectivamente).

Los tres criterios más valorados en importancia y en realización coinciden en esta dimensión: el 18, ya comentado anteriormente, el 13. *Transmitir a la persona/familia la esperanza de que el cambio es posible, con expresiones alentadoras y honestas acerca de sus posibilidades de cambio* y el 32. *Manifestar interés en conocer los esfuerzos que la persona/familia ha realizado para desarrollar un cambio en la relación con el problema*. Entre los tres menos valorados, coinciden en ambos niveles los ítems 65. *Ante atascos y trabas que puedan darse en el proceso de ayuda, entender que la dificultad está en la interacción, más que en la familia o en el profesional* y 66. *Construir con la persona/familia conversaciones sobre sus valores y potencialidades, de modo que la familia pueda anclar narrativas alternativas que rescaten sus competencias por encima de sus déficits*. El ítem 31. *Considerar que la persona/familia no es el problema, sino que “mantiene una relación con” el problema*, entre los menos valorados en importancia, se sitúa en la octava posición en realización (44.6%). El ítem 21. *Reformular las afirmaciones negativas que se dan en la expresión de la queja, transformándolas en peticiones sobre lo que necesitan o desean los miembros de la familia (“yo necesito que”, “a mí me gustaría que”, etc.)*, entre los menos valorados en realización, ocupa la octava posición en importancia (81%).

Dimensión B1. Actuaciones a desarrollar en relación a la familia y los sistemas más amplios (SMAF).

Esta dimensión, formada por seis criterios de intervención, tiene un rango posible de puntaje que oscila entre 6 y 30 puntos. A continuación, se presentan los resultados del nivel de importancia, el nivel de realización, y la comparativa entre ambos.

Nivel de importancia

Si analizamos cada uno de los criterios de intervención que componen esta dimensión, vemos que los dos criterios más valorados en el nivel de importancia son: 34. *Identificar el número de profesionales implicados, desde cuándo intervienen, y la frecuencia con que interaccionan con los miembros de la familia* (M=4.50; DT=0.634); 33. *Identificar a los servicios implicados que mantienen una relación con los diferentes miembros de la familia* (M=4.51; DT=0.634), mientras que los dos criterios menos valorados en nivel de importancia son: 41. *Detectar sistemas más amplios que la familia que proporcionan soporte informal, poniendo en valor esas fuentes de apoyo social* (M=4.08; DT=0.758), y 42. *Detectar las competencias de la familia y sumarlas a las de otros profesionales para generar sinergias de cambio* (M=4.14; DT=0.725).

En la tabla 29 se presenta el ranking del nivel de importancia de la dimensión B1, ordenado según el porcentaje resultado del sumatorio de las categorías 4 y 5 (*muy y extremadamente importante*). Como vemos, todos los ítems presentan un mínimo del 81% de respuestas 4 y 5, es decir, *muy o extremadamente importante*.

Tabla 29

Nivel de importancia. Dimensión B1. Actuaciones a desarrollar en relación a la familia y los sistemas más amplios (SMAF).

Ránking	Núm. orden	Criterios intervención	% muy y extrem. importante
1	34	Identificar el número de profesionales implicados, desde cuándo intervienen, y la frecuencia con que interaccionan con los miembros de la familia.	94,2
2	33	Identificar a los servicios implicados que mantienen una relación con los diferentes miembros de la familia.	92,6
3	51	Ajustar con la persona/familia y los otros sistemas implicados, la dirección de los objetivos, sin perder de vista el balance entre los deseos, competencias, puntos fuertes y las posibilidades reales de cada servicio y de la persona/familia.	89,8
4	64	En caso de conflicto relacional, plantear un encuentro entre los/las profesionales afectados/as y la persona/familia, a fin de poder reflexionar sobre el proceso de ayuda y tomar conjuntamente las decisiones	81,8

Tabla 29

Nivel de importancia. Dimensión B1. Actuaciones a desarrollar en relación a la familia y los sistemas más amplios (SMAF).

Ránking	Núm. orden	Criterios intervención	% muy y extrem. importante
		que se precisen.	
5	41	Detectar sistemas más amplios que la familia que proporcionan soporte informal, poniendo en valor esas fuentes de apoyo social.	81,7
6	42	Detectar las competencias de la familia y sumarlas a las de otros profesionales para generar sinergias de cambio.	81,7

Nivel de realización

Si analizamos cada uno de los criterios de intervención que componen esta dimensión, vemos que los tres criterios más valorados son: 33. *Identificar a los servicios implicados que mantienen una relación con los diferentes miembros de la familia* (M=4.15; DT=0.792). y 34. *Identificar el número de profesionales implicados, desde cuándo intervienen, y la frecuencia con que interaccionan con los miembros de la familia* (M=3.99; DT=0.899). Los ítems 51. *Ajustar con la persona/familia y los otros sistemas implicados, la dirección de los objetivos, sin perder de vista el balance entre los deseos, competencias, puntos fuertes y las posibilidades reales de cada servicio y de la persona/familia* (M=3.24; DT=0.967), y 64. *En caso de conflicto relacional, plantear un encuentro entre los/las profesionales afectados/as y la persona/familia, a fin de poder reflexionar sobre el proceso de ayuda y tomar conjuntamente las decisiones que se precisen* (M=2.82; DT=1.147), son los menos valorados en esta dimensión.

En la tabla 30 se presenta el ránking del nivel de realización de la dimensión B1, ordenado según el porcentaje resultado de la suma de frecuencias de las categorías *muchas y todas las veces*.

Tabla 30			
Nivel de realización. Dimensión B1. Actuaciones a desarrollar en relación a la familia y los sistemas más amplios (SMAF).			
Ránking	Núm. orden	Criterios intervención	% muchas y todas las veces
1	33	Identificar a los servicios implicados que mantienen una relación con los diferentes miembros de la familia.	80,2
2	34	Identificar el número de profesionales implicados, desde cuándo intervienen, y la frecuencia con que interaccionan con los miembros de la familia.	74,4
3	41	Detectar sistemas más amplios que la familia que proporcionan soporte informal, poniendo en valor esas fuentes de apoyo social.	54,2
4	42	Detectar las competencias de la familia y sumarlas a las de otros profesionales para generar sinergias de cambio.	47,5
5	51	Ajustar con la persona/familia y los otros sistemas implicados, la dirección de los objetivos, sin perder de vista el balance entre los deseos, competencias, puntos fuertes y las posibilidades reales de cada servicio y de la persona/familia	40,7
6	64	En caso de conflicto relacional, plantear un encuentro entre los/las profesionales afectados/as y la persona/familia, a fin de poder reflexionar sobre el proceso de ayuda y tomar conjuntamente las decisiones que se precisen.	28,1

Como vemos, los ítems 33. *Identificar a los servicios implicados que mantienen una relación con los diferentes miembros de la familia* y 34. *Identificar el número de profesionales implicados, desde cuándo intervienen, y la frecuencia con que interaccionan con los miembros de la familia*, son los que se realizan en mayor medida. En cambio, los ítems 51. *Ajustar con la persona/familia y los otros sistemas implicados, la dirección de los objetivos, sin perder de vista el balance entre los deseos, competencias, puntos fuertes y las posibilidades reales de cada servicio y de la persona/familia* y 64. *En caso de conflicto relacional, plantear un encuentro entre los/las profesionales afectados/as y la persona/familia, a fin de poder reflexionar sobre el proceso de ayuda y tomar conjuntamente las decisiones que se precisen*,

son los que menos se realizan en esta dimensión (el 40.7% y el 28.1%, respectivamente, manifiestan realizar estos criterios *muchas* o *todas las veces*).

Comparativa entre nivel de importancia y nivel de realización

La media del nivel de importancia en el conjunto de esta dimensión es de 25.42 (DT=2.940), mientras que la media del nivel de realización es de 20.88 (DT=3.745).

En la tabla 31 se observa que el nivel de importancia supera al nivel de realización en todos los criterios de intervención de esta dimensión, con una frecuencia superior al 95% en todos los casos. Esta diferencia es significativa en todos los criterios de intervención, como indica el test de Wilcoxon, con p valor inferiores a 0.001 en todos los casos.

Tabla 31				
Mediana, rango intercuartílico y p valor (Wilcoxon). Dimensión B1.				
Actuaciones a desarrollar en relación a la familia y los sistemas más amplios (SMAF).				
Ítem	Importancia Mediana (RI)	Realización Mediana (RI)	p valor*	Importancia > realización (%)
33	5 (4-5)	4 (4-5)	< 0,001	95,9
34	5 (4-5)	4 (3-5)	< 0,001	97,5
41	4 (4-5)	4 (3-4)	< 0,001	99,2
42	4 (4-5)	4 (3-4)	< 0,001	98,3
51	4 (4-5)	3 (3-4)	< 0,001	100
64	4 (4-5)	3 (2-4)	< 0,001	97,5
*Test de Wilcoxon				

Con el objetivo de facilitar la comparativa entre los niveles de importancia y de realización de cada criterio de intervención, se presenta la siguiente tabla (tabla 32), en la que se muestran las frecuencias resultado de la suma de frecuencias de las categorías *muy* y *extremadamente importante*, ordenadas por nivel de realización.

Tabla 32

Dimensión B1. Frecuencias (sumatorio respuestas 4 y 5), ordenadas por ránking de nivel de realización, y comparación con frecuencias de nivel de importancia.

Rea. (%)	Imp. (%)	Ítem IPC	Descripción ítem
80,2	92,6	33	Identificar a los servicios implicados que mantienen una relación con los diferentes miembros de la familia.
74,4	94,2	34	Identificar el número de profesionales implicados, desde cuándo intervienen, y la frecuencia con que interaccionan con los miembros de la familia.
54,2	81,7	41	Detectar sistemas más amplios que la familia que proporcionan soporte informal, poniendo en valor esas fuentes de apoyo social.
47,5	81,7	42	Detectar las competencias de la familia y sumarlas a las de otros profesionales para generar sinergias de cambio.
40,7	89,8	51	Ajustar con la persona/familia y los otros sistemas implicados, la dirección de los objetivos, sin perder de vista el balance entre los deseos, competencias, puntos fuertes y las posibilidades reales de cada servicio y de la persona/familia
28,1	81,8	64	En caso de conflicto relacional, plantear un encuentro entre los/las profesionales afectados/as y la persona/familia, a fin de poder reflexionar sobre el proceso de ayuda y tomar conjuntamente las decisiones que se precisen.

El criterio 7. *Transmitir a la persona/familia que ella es la protagonista del proceso, invitarles a ser activos en la toma de decisiones en relación al proceso de intervención* coincide en ser el más puntuado tanto en importancia como en realización, con una diferencia entre ambos niveles del 18.2% (sumatorio de categorías 4 y 5). El criterio 25. *Interesarse por conocer las expectativas que tiene la persona/familia en relación al profesional es de los tres menos valorados en esta dimensión, tanto en importancia como en realización* se sitúa entre los tres menos valorados, tanto en importancia como en realización; sin embargo, no es el que más disparidad presenta entre ambos niveles (30.9%). Los ítems 52. *Redactar conjuntamente con la persona/familia objetivos y tareas de modo que sean fácilmente comprensibles, alcanzables, y que estén lo suficientemente acotados como para poder evaluar su grado de cumplimiento*, 53. *Establecer temporalización (flexible) para cada uno de los objetivos y tareas acordados* y 59. *Solicitar a la persona/familia una retroalimentación al final de cada encuentro, interesándose por saber si el proceso se ajusta a sus expectativas, si el proceso les está resultando útil*, son los

que obtienen mayor diferencia en el porcentaje de puntuaciones elevadas en ambos niveles (50%, 51.3% y 61.7%, respectivamente). Es decir, en estos tres ítems el nivel de importancia que otorgan a cada criterio es muy superior al nivel de realización.

Esta dimensión se compone de solo seis ítems. Coinciden dos de ellos (33. *Identificar a los servicios implicados que mantienen una relación con los diferentes miembros de la familia* y 34. *Identificar el número de profesionales implicados, desde cuándo intervienen, y la frecuencia con que interaccionan con los miembros de la familia*) en ser los más valorados en ambos niveles, mientras que el ítem 51 (de los más valorados en importancia), ocupa la quinta posición en realización (40.7%), y el ítem 41 (de los más valorados en realización), se sitúa el quinto en nivel de importancia. Con respecto a los menos valorados, coinciden en ambos niveles los ítems 42 y 64. El ítem 41, de los menos valorados en importancia, ocupa sin embargo la tercera posición en realización (54.2%). Lo mismo ocurre con el ítem 51. *Ajustar con la persona/familia y los otros sistemas implicados, la dirección de los objetivos, sin perder de vista el balance entre los deseos, competencias, puntos fuertes y las posibilidades reales de cada servicio y de la persona/familia*: es el quinto en nivel de realización, ocupando el tercer lugar en importancia (89.8%).

Dimensión B2. Prácticas a desarrollar con la familia.

Esta dimensión, formada por siete criterios de intervención, tiene un rango posible de puntaje que oscila entre 7 y 35 puntos. A continuación, se presentan los resultados del nivel de importancia, el nivel de realización, y la comparativa entre ambos.

Nivel de importancia

Si analizamos cada uno de los criterios de intervención que componen esta dimensión, vemos que el criterio más valorado en el nivel de importancia es el 54. *Valorar la disposición y el momento vital de cada miembro de la familia para ampliar o mejorar sus conexiones con el exterior* (M=4.11; DT=0.683). El criterio menos valorado es el 38. *Conversar con la familia acerca de cómo creen que serán las relaciones en el futuro con los diferentes SMAF* (M=3.80; DT=0.836).

En la tabla 33 se presenta el ranking del nivel de importancia de la dimensión B2, ordenado según el porcentaje resultado del sumatorio de las categorías 4 y 5 (*muy y extremadamente importante*). El ítem 54 es el más valorado, con un 83.3% de respuestas 4 y 5, mientras que el 38 es el menos valorado, ya que lo consideran muy o extremadamente importante en un 46.3% de los casos.

Tabla 33

Nivel de importancia. Dimensión B2. Prácticas a desarrollar con la familia.

Ránking	Núm. orden	Criterios intervención	% muy y extrem. importante
1	54	Valorar la disposición y el momento vital de cada miembro de la familia para ampliar o mejorar sus conexiones con el exterior.	83,3
2	37	Detectar relaciones caracterizadas por un vínculo positivo con algún servicio o profesional, poniendo en valor la generación de ese vínculo.	66,7
3	35	Reflexionar, junto a la persona/familia, acerca de sus relaciones con los sistemas más amplios que la familia (SMAF) implicados, elaborando conjuntamente un ecomapa que permita visualizar ese macrosistema de ayuda.	65,3
4	39	Detectar posibles conflictos entre la familia o alguno de sus miembros y los diferentes SMAF implicados, tratando de comprender, junto a la familia, cómo se ha iniciado el conflicto, y cómo se ha mantenido hasta el momento actual.	59,5
5	36	Identificar posibles sentimientos negativos en relación con algún servicio o profesional, reflexionando con la familia sobre ello.	58,7
6	40	Detectar posibles mensajes contradictorios de diferentes profesionales, reflexionando junto a la persona/familia acerca de la naturaleza de la contradicción y acerca de su posible gestión.	58,7
7	38	Conversar con la familia acerca de cómo creen que serán las relaciones en el futuro con los diferentes SMAF.	46,3

Nivel de realización

Si analizamos cada uno de los criterios de intervención que componen esta dimensión, vemos que los tres criterios más valorados son: 54. *Valorar la disposición y el momento vital de cada miembro de la familia para ampliar o mejorar sus conexiones con el exterior* (M=3.30; DT=0.949), y 37. *Detectar relaciones caracterizadas por un vínculo positivo con algún servicio*

o profesional, poniendo en valor la generación de ese vínculo (M=3.10; DT=1.111). Los ítems 35. *Reflexionar, junto a la persona/familia, acerca de sus relaciones con los sistemas más amplios que la familia (SMAF) implicados, elaborando conjuntamente un ecomapa que permita visualizar ese macrosistema de ayuda* (M=2.48; DT=1.081), y 38. *Conversar con la familia acerca de cómo creen que serán las relaciones en el futuro con los diferentes SMAF* (M=2.38; DT=1.019), son los menos valorados en esta dimensión.

En la tabla 34 se presenta el ranking del nivel de realización de la dimensión B2, ordenado según el porcentaje resultado de la suma de frecuencias de las categorías *muchas* y *todas las veces*.

Ránking	Núm. orden	Criterios intervención	% muchas y todas las veces
1	54	Valorar la disposición y el momento vital de cada miembro de la familia para ampliar o mejorar sus conexiones con el exterior.	44,2
2	37	Detectar relaciones caracterizadas por un vínculo positivo con algún servicio o profesional, poniendo en valor la generación de ese vínculo. Detectar relaciones caracterizadas por un vínculo positivo con algún servicio o profesional, poniendo en valor la generación de ese vínculo.	37,5
3	40	Detectar posibles mensajes contradictorios de diferentes profesionales, reflexionando junto a la persona/familia acerca de la naturaleza de la contradicción y acerca de su posible gestión.	31,4
4	36	Identificar posibles sentimientos negativos en relación con algún servicio o profesional, reflexionando con la familia sobre ello.	25,6
5	39	Detectar posibles conflictos entre la familia o alguno de sus miembros y los diferentes SMAF implicados, tratando de comprender, junto a la familia, cómo se ha iniciado el conflicto, y cómo se ha mantenido hasta el momento actual.	23,1

Tabla 34

Nivel de realización. Dimensión B2. Prácticas a desarrollar con la familia.

Ránking	Núm. orden	Criterios intervención	% muchas y todas las veces
6	35	Reflexionar, junto a la persona/familia, acerca de sus relaciones con los sistemas más amplios que la familia (SMAF) implicados, elaborando conjuntamente un ecomapa que permita visualizar ese macrosistema de ayuda.	17,4
7	38	Conversar con la familia acerca de cómo creen que serán las relaciones en el futuro con los diferentes SMAF.	16,5

Como vemos, el ítem 54. *Valorar la disposición y el momento vital de cada miembro de la familia para ampliar o mejorar sus conexiones con el exterior* es el que se realiza en mayor medida (un 44.2% manifiesta realizarlo *muchas* o *todas las veces*). En cambio, los ítems 35. *Reflexionar, junto a la persona/familia, acerca de sus relaciones con los sistemas más amplios que la familia (SMAF) implicados, elaborando conjuntamente un ecomapa que permita visualizar ese macrosistema de ayuda* y 38. *Conversar con la familia acerca de cómo creen que serán las relaciones en el futuro con los diferentes SMAF* (el 17.4% y el 16.5%, respectivamente, manifiestan realizar estos criterios *muchas* o *todas las veces*).

Comparativa entre nivel de importancia y nivel de realización

La media del nivel de importancia en el conjunto de esta dimensión es de 26.06 (DT=4.319), mientras que la media del nivel de realización es de 19.63 (DT=4.999).

En la tabla 35 se observa que el nivel de importancia supera al nivel de realización en todos los criterios de intervención de esta dimensión, con una frecuencia superior al 97% en todos los casos. Esta diferencia es significativa en todos los criterios de intervención, como indica el test de Wilcoxon, con p valor inferiores a 0.001 en todos los casos.

Tabla 35
Mediana, rango intercuartílico y *p* valor (Wilcoxon). Dimensión B2.
Acciones a desarrollar con la familia.

Ítem	Importancia Mediana (RI)	Realización Mediana (RI)	<i>p</i> valor*	Importancia > realización (%)
35	4 (3-4)	2 (2-3)	< 0,001	98,3
36	4 (3-4)	3 (2-4)	< 0,001	99,2
37	4 (3-4)	3 (2-4)	< 0,001	97,5
38	3 (3-4)	2 (2-3)	< 0,001	100
39	4 (3-4)	3 (2-3)	< 0,001	99,2
40	4 (3-4)	3 (2-4)	< 0,001	97,5
54	4 (4-5)	3 (3-4)	< 0,001	97,5

* Test de Wilcoxon

Con el objetivo de facilitar la comparativa entre los niveles de importancia y de realización de cada criterio de intervención, se presenta la siguiente tabla, en la que se muestran las frecuencias resultado de la suma de frecuencias de las categorías *muy* y *extremadamente importante*, ordenadas por nivel de realización.

Tabla 36
Dimensión B2. Frecuencias (sumatorio respuestas 4 y 5), ordenadas por ranking de nivel de realización, y comparación con frecuencias de nivel de importancia.

Rea. (%)	Imp. (%)	Ítem IPC	Descripción ítem
44,2	83,3	54	Valorar la disposición y el momento vital de cada miembro de la familia para ampliar o mejorar sus conexiones con el exterior.
37,5	66,7	37	Detectar relaciones caracterizadas por un vínculo positivo con algún servicio o profesional, poniendo en valor la generación de ese vínculo.
31,4	58,7	40	Detectar posibles mensajes contradictorios de diferentes profesionales, reflexionando junto a la persona/familia acerca de la naturaleza de la contradicción y acerca de su posible gestión.
25,6	58,7	36	Identificar posibles sentimientos negativos en relación con algún servicio o profesional, reflexionando con la familia sobre ello.
23,1	59,5	39	Detectar posibles conflictos entre la familia o alguno de sus

Tabla 36

Dimensión B2. Frecuencias (sumatorio respuestas 4 y 5), ordenadas por ranking de nivel de realización, y comparación con frecuencias de nivel de importancia.

Rea. (%)	Imp. (%)	Ítem IPC	Descripción ítem
			miembros y los diferentes SMAF implicados, tratando de comprender, junto a la familia, cómo se ha iniciado el conflicto, y cómo se ha mantenido hasta el momento actual.
17,4	65,3	35	Reflexionar, junto a la persona/familia, acerca de sus relaciones con los sistemas más amplios que la familia (SMAF) implicados, elaborando conjuntamente un ecomapa que permita visualizar ese macrosistema de ayuda.
16,5	46,3	38	Conversar con la familia acerca de cómo creen que serán las relaciones en el futuro con los diferentes SMAF.

El criterio 54. *Transmitir a la persona/familia que ella es la protagonista del proceso, invitarles a ser activos en la toma de decisiones en relación al proceso de intervención* es el más valorado a nivel de importancia, y a la vez, es el que consideran que realizan más en esta dimensión, aunque hay una diferencia del 39.1% entre ambos niveles (sumatorio categorías 4 y 5). El criterio 35. *Reflexionar, junto a la persona/familia, acerca de sus relaciones con los sistemas más amplios que la familia (SMAF) implicados, elaborando conjuntamente un ecomapa que permita visualizar ese macrosistema de ayuda* es el que más diferencia presenta entre el nivel de importancia y el de realización (47.9%). Finalmente, el criterio que presenta menor disparidad entre ambos niveles es el 40. *Detectar posibles mensajes contradictorios de diferentes profesionales, reflexionando junto a la persona/familia acerca de la naturaleza de la contradicción y acerca de su posible gestión* (27.3%).

De los siete ítems que componen esta dimensión, dos coinciden en ser los más valorados en ambos niveles (el 54, ya comentado anteriormente, y el 37 *Detectar relaciones caracterizadas por un vínculo positivo con algún servicio o profesional, poniendo en valor la generación de ese vínculo*). El ítem 35, que ocupa el tercer lugar en importancia, ocupa sin embargo el sexto lugar en realización (17.4%), mientras que el ítem 40, de los tres más valorados en realización, ocupa el sexto lugar en importancia (58.7%). Con respecto a los menos valorados, solo el ítem 38. *Conversar con la familia acerca de cómo creen que serán las relaciones en el futuro con los diferentes SMAF* coincide en ambos niveles. El ítem 36. *Identificar posibles sentimientos negativos en relación con algún servicio o profesional, reflexionando con la familia sobre ello* y el ítem 39. *Detectar posibles conflictos entre la familia o alguno de sus miembros y los*

diferentes SMAF implicados, tratando de comprender, junto a la familia, cómo se ha iniciado el conflicto, y cómo se ha mantenido hasta el momento actual, que son los menos valorados en importancia y realización, respectivamente, ocupan la cuarta posición en el otro nivel. Lo mismo sucede con los ítems 40. *Detectar posibles mensajes contradictorios de diferentes profesionales, reflexionando junto a la persona/familia acerca de la naturaleza de la contradicción y acerca de su posible gestión* (importancia) y 35. *Reflexionar, junto a la persona/familia, acerca de sus relaciones con los sistemas más amplios que la familia (SMAF) implicados, elaborando conjuntamente un ecomapa que permita visualizar ese macrosistema de ayuda* (realización), ocupando, en este caso, la tercera posición del otro nivel.

Dimensión B3. Prácticas a desarrollar con los SMAF.

Esta dimensión, formada por once criterios de intervención, tiene un rango posible de puntaje que oscila entre 11 y 55 puntos. A continuación, se presentan los resultados del nivel de importancia, el nivel de realización, y la comparativa entre ambos.

Nivel de importancia

Si analizamos cada uno de los criterios de intervención que componen esta dimensión, vemos que los dos criterios más valorados en el nivel de importancia son el 55. *Utilizar los recursos disponibles a nivel local y comunitario, de modo que el proceso de intervención contribuya a mejorar y/o a aumentar la red de apoyo social de esa persona/familia* (M=4.60; DT=0.524) y el 62. *Mantener contacto telefónico o por correo electrónico entre profesionales para compartir informaciones y avances de la familia, así como para ir ajustando las diferentes intervenciones* (M=4.59; DT=0.527). El criterio menos valorado es el 45. *Valorar posibles estrategias que puedan neutralizar cualquier efecto negativo en la relación SMAF-persona/familia* (M=3.77; DT=0.824).

En la tabla 37 se presenta el ranking del nivel de importancia de la dimensión B3, ordenado según el porcentaje resultado del sumatorio de las categorías 4 y 5 (*muy y extremadamente importante*). Los ítems 55 y 62 son los más valorados, con un 98.3% de respuestas 4 y 5. El ítem 45 es el menos valorado, ya que lo consideran muy o extremadamente importante en un 58.7% de los casos.

Tabla 37

Nivel de importancia. Dimensión B3. Prácticas a desarrollar con los SMAF.

Ránking	Núm. orden	Criterios intervención	% muy y extrem. importante
1	55	Utilizar los recursos disponibles a nivel local y comunitario, de modo que el proceso de intervención contribuya a mejorar y/o a aumentar la red de apoyo social de esa persona/familia.	98,3
2	62	Mantener contacto telefónico o por correo electrónico entre profesionales para compartir informaciones y avances de la familia, así como para ir ajustando las diferentes intervenciones.	98,3
3	57	En la reunión de red, una vez construida de forma conjunta la definición de la situación, planificar conjuntamente estrategias de intervención que eviten duplicidades y contradicciones en las intervenciones de los diferentes SMAF implicados.	96,7
4	61	Acordar periódicamente reuniones de red entre los diferentes profesionales que están trabajando con la persona/familia, ajustando las diferentes intervenciones, y compartiendo cualquier tipo de avance, por pequeño que éste sea.	95,9
5	46	Convocar a los SMAF implicados en el caso (o asistir a la reunión si la convoca otro SMAF) para conocer la definición del problema que cada SMAF realiza, las intervenciones ya realizadas y las que se han planificado.	84,3
6	47	Reflexionar junto al resto de profesionales acerca de los posibles desajustes entre las visiones de todas las partes implicadas (los SMAF y la familia), construyendo una visión consensuada.	84,3
7	63	En un marco de colaboración, decidir conjuntamente qué profesional va a liderar la coordinación del macro-sistema de ayuda creado.	84,3
8	67	Apoyar y/o acompañar a la red de soporte formal e informal, de forma que los cambios, por pequeños que	81,7

Tabla 37

Nivel de importancia. Dimensión B3. Prácticas a desarrollar con los SMAF.			
Ránking	Núm. orden	Criterios intervención	% muy y extrem. importante
		sean, se vean reconocidos y ampliados.	
9	43	Reflexionar, junto con el resto de profesionales, acerca de las relaciones existentes entre la familia (o algunos de sus miembros) y los SMAF, teniendo en cuenta los mandatos de los diferentes servicios e instituciones implicados.	69,2
10	44	Detectar posibles vínculos positivos entre los diferentes SMAF implicados y la familia, identificando los aspectos que han facilitado la generación de dicho vínculo.	62,5
11	45	Valorar posibles estrategias que puedan neutralizar cualquier efecto negativo en la relación SMAF-persona/familia.	58,7

Nivel de realización

Si analizamos cada uno de los criterios de intervención que componen esta dimensión, vemos que los tres criterios que más se realizan son: 62. *Mantener contacto telefónico o por correo electrónico entre profesionales para compartir informaciones y avances de la familia, así como para ir ajustando las diferentes intervenciones* (M=4.11; DT=0.864). y 55. *Utilizar los recursos disponibles a nivel local y comunitario, de modo que el proceso de intervención contribuya a mejorar y/o a aumentar la red de apoyo social de esa persona/familia* (M=4.01; DT=0.811). El ítem 45. *Valorar posibles estrategias que puedan neutralizar cualquier efecto negativo en la relación SMAF-persona/familia* (M=2.94; DT=1.040), es el menos valorado en esta dimensión. En la tabla 38 se presenta el ránking del nivel de realización de la dimensión B3, ordenado según el porcentaje resultado de la suma de frecuencias de las categorías *muchas* y *todas las veces*.

Tabla 38			
Nivel de realización. Dimensión B3. Prácticas a desarrollar con los SMAF.			
Ránking	Núm. orden	Criterios intervención	% muchas y todas las veces
1	62	Mantener contacto telefónico o por correo electrónico entre profesionales para compartir informaciones y avances de la familia, así como para ir ajustando las diferentes intervenciones.	78,5
2	55	Utilizar los recursos disponibles a nivel local y comunitario, de modo que el proceso de intervención contribuya a mejorar y/o a aumentar la red de apoyo social de esa persona/familia.	76,0
3	57	En la reunión de red, una vez construida de forma conjunta la definición de la situación, planificar conjuntamente estrategias de intervención que eviten duplicidades y contradicciones en las intervenciones de los diferentes SMAF implicados.	60,3
4	61	Acordar periódicamente reuniones de red entre los diferentes profesionales que están trabajando con la persona/familia, ajustando las diferentes intervenciones, y compartiendo cualquier tipo de avance, por pequeño que éste sea.	53,7
5	46	Convocar a los SMAF implicados en el caso (o asistir a la reunión si la convoca otro SMAF) para conocer la definición del problema que cada SMAF realiza, las intervenciones ya realizadas y las que se han planificado.	47,1
6	47	Reflexionar junto al resto de profesionales acerca de los posibles desajustes entre las visiones de todas las partes implicadas (los SMAF y la familia), construyendo una visión consensuada.	43,8
7	67	Apoyar y/o acompañar a la red de soporte formal e informal, de forma que los cambios, por pequeños que sean, se vean reconocidos y ampliados.	40,8
8	63	En un marco de colaboración, decidir conjuntamente qué profesional va a liderar la coordinación del macro-	40,5

Tabla 38

Nivel de realización. Dimensión B3. Prácticas a desarrollar con los SMAF.

Ránking	Núm. orden	Criterios intervención	% muchas y todas las veces
		sistema de ayuda creado.	
9	43	Reflexionar, junto con el resto de profesionales, acerca de las relaciones existentes entre la familia (o algunos de sus miembros) y los SMAF, teniendo en cuenta los mandatos de los diferentes servicios e instituciones implicados.	38,3
10	44	Detectar posibles vínculos positivos entre los diferentes SMAF implicados y la familia, identificando los aspectos que han facilitado la generación de dicho vínculo.	30,8
11	45	Valorar posibles estrategias que puedan neutralizar cualquier efecto negativo en la relación SMAF-persona/familia.	24,0

Como vemos, el ítem 62. *Mantener contacto telefónico o por correo electrónico entre profesionales para compartir informaciones y avances de la familia, así como para ir ajustando las diferentes intervenciones* es el que se realiza en mayor medida (un 78.5% manifiesta realizarlo *muchas o todas las veces*). En cambio, el ítem 45. *Valorar posibles estrategias que puedan neutralizar cualquier efecto negativo en la relación SMAF-persona/familia* es el que manifiestan realizar menos en esta dimensión (el 24% manifiesta realizar este ítem *muchas o todas las veces*).

Comparativa entre nivel de importancia y nivel de realización

La media del nivel de importancia en el conjunto de esta dimensión es de 46.74 (DT=4.938), mientras que la media del nivel de realización es de 37.17 (DT=6.914).

En la tabla 39 se observa que el nivel de importancia supera al nivel de realización en todos los criterios de intervención de esta dimensión, con una frecuencia superior al 93% en todos los casos. Esta diferencia es significativa en todos los criterios de intervención, como indica el test de Wilcoxon, con p valor inferiores a 0.001 en todos los casos.

Tabla 39
Mediana, rango intercuartílico y *p* valor (Wilcoxon). Dimensión B3.
Acciones a desarrollar con los SMAF.

Ítem	Importancia Mediana (RI)	Realización Mediana (RI)	<i>p</i> valor*	Importancia > realización (%)
43	4 (3-5)	3 (2-4)	< 0,001	97,5
44	4 (3-4)	3 (2-4)	< 0,001	96,7
45	4 (3-4)	3 (2-3)	< 0,001	99,2
46	4 (4-5)	3 (3-4)	< 0,001	98,3
47	4 (4-5)	3 (3-4)	< 0,001	97,5
55	5 (4-5)	4 (4-5)	< 0,001	96,7
57	5 (4-5)	4 (3-4)	< 0,001	98,3
61	5 (4-5)	4 (3-4)	< 0,001	99,2
62	5 (4-5)	4 (4-5)	< 0,001	93,4
63	4 (4-5)	3 (2-4)	< 0,001	94,2

* Test de Wilcoxon

Con el objetivo de facilitar la comparativa entre los niveles de importancia y de realización de cada criterio de intervención, se presenta la tabla 40, en la que se muestran las frecuencias resultado de la suma de frecuencias de las categorías *muy* y *extremadamente importante*, ordenadas por nivel de realización.

Tabla 40
Dimensión B3. Frecuencias (sumatorio respuestas 4 y 5), ordenadas por ranking de nivel de realización, y comparación con frecuencias de nivel de importancia.

Rea. (%)	Imp. (%)	Ítem IPC	Descripción ítem
78,5	98,3	62	Mantener contacto telefónico o por correo electrónico entre profesionales para compartir informaciones y avances de la familia, así como para ir ajustando las diferentes intervenciones.
76,0	98,3	55	Utilizar los recursos disponibles a nivel local y comunitario, de modo que el proceso de intervención contribuya a mejorar y/o a aumentar la red de apoyo social de esa persona/familia.
60,3	96,7	57	En la reunión de red, una vez construida de forma conjunta la definición de la situación, planificar conjuntamente estrategias de

Tabla 40

Dimensión B3. Frecuencias (sumatorio respuestas 4 y 5), ordenadas por ránking de nivel de realización, y comparación con frecuencias de nivel de importancia.

Rea. (%)	Imp. (%)	Ítem IPC	Descripción ítem
			intervención que eviten duplicidades y contradicciones en las intervenciones de los diferentes SMAF implicados.
53,7	95,9	61	Acordar periódicamente reuniones de red entre los diferentes profesionales que están trabajando con la persona/familia, ajustando las diferentes intervenciones, y compartiendo cualquier tipo de avance, por pequeño que éste sea.
47,1	84,3	46	Convocar a los SMAF implicados en el caso (o asistir a la reunión si la convoca otro SMAF) para conocer la definición del problema que cada SMAF realiza, las intervenciones ya realizadas y las que se han planificado.
43,8	84,3	47	Reflexionar junto al resto de profesionales acerca de los posibles desajustes entre las visiones de todas las partes implicadas (los SMAF y la familia), construyendo una visión consensuada.
40,8	81,7	67	Apoyar y/o acompañar a la red de soporte formal e informal, de forma que los cambios, por pequeños que sean, se vean reconocidos y ampliados.
40,5	84,3	63	En un marco de colaboración, decidir conjuntamente qué profesional va a liderar la coordinación del macro-sistema de ayuda creado.
38,3	69,2	43	Reflexionar, junto con el resto de profesionales, acerca de las relaciones existentes entre la familia (o algunos de sus miembros) y los SMAF, teniendo en cuenta los mandatos de los diferentes servicios e instituciones implicados.
30,8	62,5	44	Detectar posibles vínculos positivos entre los diferentes SMAF implicados y la familia, identificando los aspectos que han facilitado la generación de dicho vínculo.
24,0	58,7	45	Valorar posibles estrategias que puedan neutralizar cualquier efecto negativo en la relación SMAF-persona/familia.

El criterio 62. *Mantener contacto telefónico o por correo electrónico entre profesionales para compartir informaciones y avances de la familia, así como para ir ajustando las diferentes intervenciones es el más valorado a nivel de importancia*, y a la vez, es el que consideran que

realizan más en esta dimensión. La diferencia entre ambos niveles (sumatorio categorías 4 y 5) es del 19.8% (la menor en esta dimensión). El criterio 63. *En un marco de colaboración, decidir conjuntamente qué profesional va a liderar la coordinación del macro-sistema de ayuda creado* es el que más diferencia presenta entre el nivel de importancia y el de realización (43.8%).

Esta dimensión es la única en la que coinciden los tres más y menos valorados de ambos niveles. Así, los tres criterios más valorados son 55. *Utilizar los recursos disponibles a nivel local y comunitario, de modo que el proceso de intervención contribuya a mejorar y/o a aumentar la red de apoyo social de esa persona/familia*, 57. *En la reunión de red, una vez construida de forma conjunta la definición de la situación, planificar conjuntamente estrategias de intervención que eviten duplicidades y contradicciones en las intervenciones de los diferentes SMAF implicados* y 62. *Mantener contacto telefónico o por correo electrónico entre profesionales para compartir informaciones y avances de la familia, así como para ir ajustando las diferentes intervenciones*, mientras que los menos valorados son el 43. *Reflexionar, junto con el resto de profesionales, acerca de las relaciones existentes entre la familia (o algunos de sus miembros) y los SMAF, teniendo en cuenta los mandatos de los diferentes servicios e instituciones implicados*, el 44. *Detectar posibles vínculos positivos entre los diferentes SMAF implicados y la familia, identificando los aspectos que han facilitado la generación de dicho vínculo* y el 45. *Valorar posibles estrategias que puedan neutralizar cualquier efecto negativo en la relación SMAF-persona/familia*.

Análisis del inventario en su conjunto

A continuación, se presentan los resultados teniendo en cuenta el conjunto del inventario, es decir, sin realizar separación por dimensiones.

En cuanto al nivel de importancia, el porcentaje en los diferentes criterios varía del 98.3% al 28.9% (categorías 4 y 5). Los once criterios más valorados son:

Tabla 41.			
Criterios más valorados en función del nivel de importancia			
Dim.	Ítem	Criterio de intervención	% muy y extrem.imp.
IPC			
B3	62	Mantener contacto telefónico o por correo electrónico entre profesionales para compartir informaciones y avances de la familia, así como para ir ajustando las diferentes intervenciones.	98,3
B3	55	Utilizar los recursos disponibles a nivel local y comunitario, de modo que el proceso de intervención contribuya a mejorar y/o a	98,3

Tabla 41. Criterios más valorados en función del nivel de importancia			
Dim.	Ítem IPC	Criterio de intervención	% muy y extrem.imp.
		aumentar la red de apoyo social de esa persona/familia.	
A1	2	Activar la escucha activa, atendiendo y conectando con la narrativa de la persona/familia, suspendiendo los juicios de valor.	96,7
A3	18	Considerar que la persona/familia dispone de las capacidades y recursos necesarios para el cambio, y manifestárselo explícitamente	96,7
A2	7	Transmitir a la persona/familia que ella es la protagonista del proceso, invitarles a ser activos en la toma de decisiones en relación al proceso de intervención.	96,7
A2	60	En caso de que sea necesario modificar el contexto de intervención profesional (por ejemplo, ante situaciones de desprotección de menores), explicar a la persona/familia las responsabilidades legales y éticas del profesional, manteniendo una posición honesta ante la persona/familia, de manera que se faciliten alternativas de acción que no pongan en peligro la continuidad en la relación de ayuda.	96,7
B3	57	En la reunión de red, una vez construida de forma conjunta la definición de la situación, planificar conjuntamente estrategias de intervención que eviten duplicidades y contradicciones en las intervenciones de los diferentes SMAF implicados.	96,7
A2	49	Respetar los deseos de la persona/familia, y trabajar junto a ella para la construcción conjunta de objetivos y tareas.	96,7
A2	26	Concretar con la familia un acuerdo inicial de trabajo: clarificar en el acuerdo los objetivos iniciales (que justifican que la relación de ayuda se inicie), es decir, qué cosas acordamos que trabajaremos juntos.	95,9
A2	56	Construir conjuntamente y firmar un acuerdo/plan de intervención, de modo que tanto el profesional como la persona/familia asuman una responsabilidad compartida en ese plan acordado.	95,9

Tabla 41.
Criterios más valorados en función del nivel de importancia

Dim.	Ítem IPC	Criterio de intervención	% muy y extrem.imp.
B3	61	Acordar periódicamente reuniones de red entre los diferentes profesionales que están trabajando con la persona/familia, ajustando las diferentes intervenciones, y compartiendo cualquier tipo de avance, por pequeño que éste sea.	95,9

Cabe señalar que, en estos once criterios más valorados, no hay ninguno de las dimensiones B1 (actuaciones a desarrollar con la familia y los SMAF) y B2 (actuaciones a desarrollar con la familia, en relación a los SMAF).

Por otra parte, 26 criterios obtienen un porcentaje de respuestas 4 y 5 que se sitúa entre el 90% y el 98.3%. Un total de 47 criterios de intervención se consideran muy o extremadamente importantes por más del 80% de las personas encuestadas. Por debajo del 50% de respuestas 4 y 5 solo hay tres criterios: el 15. *Si cabe, compartir sentimientos personales con la persona/familia en relación a la situación que atraviesan*, con un porcentaje del 28.9%, el 16. *Compartir similitudes con el cliente en sus valores o experiencias*, con un porcentaje del 33.3%, y el 38. *Conversar con la familia acerca de cómo creen que serán las relaciones en el futuro con los diferentes SMAF*, con un porcentaje del 46.3%.

Con respecto al nivel de realización, el porcentaje de respuestas 4 y 5 (muchas o todas las veces) oscila entre el 81% y el 16.5%. Un total de 13 criterios obtienen un porcentaje de respuestas 4 y 5 superior al 70% (tabla 42), mientras que 10 criterios obtienen un porcentaje de respuestas 4 y 5 inferior al 40% (tabla 43).

Tabla 42
Criterios más valorados en función del nivel de realización

Dim.	Ítem IPC	Criterio de intervención	% muchas y todas las veces.
A1	2	Activar la escucha activa, atendiendo y conectando con la narrativa de la persona/familia, suspendiendo los juicios de valor.	81
B1	33	Identificar a los servicios implicados que mantienen una relación con los diferentes miembros de la familia.	80,2
A3	18	Considerar que la persona/familia dispone de las capacidades y	79,3

Tabla 42			
Criterios más valorados en función del nivel de realización			
Dim.	Ítem IPC	Criterio de intervención	% muchas y todas las veces.
		recursos necesarios para el cambio, y manifestárselo explícitamente.	
B3	62	Mantener contacto telefónico o por correo electrónico entre profesionales para compartir informaciones y avances de la familia, así como para ir ajustando las diferentes intervenciones.	78,5
A3	7	Transmitir a la persona/familia que ella es la protagonista del proceso, invitarles a ser activos en la toma de decisiones en relación al proceso de intervención.	78,5
A1	1	Demostrar interés genuino por la persona/familia, más allá del problema.	78,3
A1	5	Compartir con la persona/familia lo que siente (empatía) en relación a las dificultades que manifiesta.	76,5
B1	55	Utilizar los recursos disponibles a nivel local y comunitario, de modo que el proceso de intervención contribuya a mejorar y/o a aumentar la red de apoyo social de esa persona/familia.	76
A2	26	Concretar con la familia un acuerdo inicial de trabajo: clarificar en el acuerdo los objetivos iniciales (que justifican que la relación de ayuda se inicie), es decir, qué cosas acordamos que trabajaremos juntos.	75,2
A1	3	Mostrar respeto incondicional hacia la persona/familia, independientemente de lo que haga, crea o sienta.	75
B1	34	Identificar el número de profesionales implicados, desde cuándo intervienen, y la frecuencia con que interaccionan con los miembros de la familia.	74,4
A3	13	Transmitir a la persona/familia la esperanza de que el cambio es posible, con expresiones alentadoras y honestas acerca de sus posibilidades de cambio.	72,5
A3	32	Manifestar interés en conocer los esfuerzos que la persona/familia ha realizado para desarrollar un cambio en la relación con el problema.	70,3

Como vemos en la tabla, la dimensión B2 (actuaciones a desarrollar con la familia, en relación a los SMAF) no contiene ningún criterio que se sitúe entre los más valorados. Si comparamos los criterios más valorados en el conjunto del inventario, vemos que hay seis criterios que se sitúan entre los diez más valorados, tanto en nivel de importancia como en nivel de realización. Son los siguientes: 2. *Activar la escucha activa, atendiendo y conectando con la narrativa de la persona/familia, suspendiendo los juicios de valor*; 7. *Transmitir a la persona/familia que ella es la protagonista del proceso, invitarles a ser activos en la toma de decisiones en relación al proceso de intervención*; 18. *Considerar que la persona/familia dispone de las capacidades y recursos necesarios para el cambio, y manifestárselo explícitamente*; 26. *Concretar con la familia un acuerdo inicial de trabajo: clarificar en el acuerdo los objetivos iniciales (que justifican que la relación de ayuda se inicie), es decir, qué cosas acordamos que trabajaremos juntos*; 55. *Utilizar los recursos disponibles a nivel local y comunitario, de modo que el proceso de intervención contribuya a mejorar y/o a aumentar la red de apoyo social de esa persona/familia*; 62. *Mantener contacto telefónico o por correo electrónico entre profesionales para compartir informaciones y avances de la familia, así como para ir ajustando las diferentes intervenciones*. En estos ítems, la diferencia entre el nivel de importancia y de realización (sumatorio categorías 4 y 5), oscila entre el 15.7% y el 22.3%.

En la tabla 43 se muestran los diez criterios con menor porcentaje de respuestas 4 y 5. Como vemos, exceptuando los ítems 15 y 16, el resto de criterios se integran en dimensiones relacionadas con actuaciones a desarrollar con los sistemas más amplios, así como actuaciones a desarrollar con la familia, en relación a los SMAF.

Tabla 43			
Criterios menos valorados en función del nivel de importancia			
Dim.	Ítem IPC	Criterio de intervención	% muy y extrem.imp.
A1	15	Si cabe, compartir sentimientos personales con la persona/familia en relación a la situación que atraviesan.	28,9
A1	16	Compartir similitudes con el cliente en sus valores o experiencias.	33,3
B2	38	Conversar con la familia acerca de cómo creen que serán las relaciones en el futuro con los diferentes SMAF.	46,3
B3	45	Valorar posibles estrategias que puedan neutralizar cualquier efecto negativo en la relación SMAF-persona/familia.	58,7
B2	36	Identificar posibles sentimientos negativos en relación con algún	58,7

Tabla 43			
Criterios menos valorados en función del nivel de importancia			
Dim.	Ítem IPC	Criterio de intervención	% muy y extrem.imp.
		servicio o profesional, reflexionando con la familia sobre ello.	
B2	40	Detectar posibles mensajes contradictorios de diferentes profesionales, reflexionando junto a la persona/familia acerca de la naturaleza de la contradicción y acerca de su posible gestión.	58,7
B2	39	Detectar posibles conflictos entre la familia o alguno de sus miembros y los diferentes SMAF implicados, tratando de comprender, junto a la familia, cómo se ha iniciado el conflicto, y cómo se ha mantenido hasta el momento actual.	59,5
B3	44	Detectar posibles vínculos positivos entre los diferentes SMAF implicados y la familia, identificando los aspectos que han facilitado la generación de dicho vínculo.	62,5
B2	35	Reflexionar, junto a la persona/familia, acerca de sus relaciones con los sistemas más amplios que la familia (SMAF) implicados, elaborando conjuntamente un ecomapa que permita visualizar ese macrosistema de ayuda.	65,3
B2	37	Detectar relaciones caracterizadas por un vínculo positivo con algún servicio o profesional, poniendo en valor la generación de ese vínculo.	66,7

A continuación, se presenta la tabla de los criterios menos valorados en cuanto a nivel de realización. Hay tres criterios de las dimensiones relacionadas con la familia, y siete criterios de las dimensiones relacionadas con los SMAF.

Tabla 44.			
Criterios menos valorados en función del nivel de realización			
Dim.	Ítem IPC	Criterio de intervención	% muchas y todas las veces
B2	38	Conversar con la familia acerca de cómo creen que serán las relaciones en el futuro con los diferentes SMAF.	16,5
B2	35	Reflexionar, junto a la persona/familia, acerca de sus relaciones con los sistemas más amplios que la familia (SMAF) implicados, elaborando conjuntamente un ecomapa que permita visualizar ese macrosistema de ayuda.	17,4
A2	59	Solicitar a la persona/familia una retroalimentación al final de cada encuentro, interesándose por saber si el proceso se ajusta a sus expectativas, si el proceso les está resultando útil.	20
B2	39	Detectar posibles conflictos entre la familia o alguno de sus miembros y los diferentes SMAF implicados, tratando de comprender, junto a la familia, cómo se ha iniciado el conflicto, y cómo se ha mantenido hasta el momento actual.	23,1
A1	16	Compartir similitudes con el cliente en sus valores o experiencias.	23,3
B3	45	Valorar posibles estrategias que puedan neutralizar cualquier efecto negativo en la relación SMAF-persona/familia.	24
B2	36	Identificar posibles sentimientos negativos en relación con algún servicio o profesional, reflexionando con la familia sobre ello.	25,6
A1	15	Si cabe, compartir sentimientos personales con la persona/familia en relación a la situación que atraviesan.	27,3
B1	64	En caso de conflicto relacional, plantear un encuentro entre los/las profesionales afectados/as y la persona/familia, a fin de poder reflexionar sobre el proceso de ayuda y tomar conjuntamente las decisiones que se precisen.	28,1
B1	44	Detectar posibles vínculos positivos entre los diferentes SMAF implicados y la familia, identificando los aspectos que han facilitado la generación de dicho vínculo.	30,8

Ocho de los diez criterios menos valorados coinciden tanto en nivel de importancia como en nivel de realización. Los dos criterios que no coinciden, y que solo se encuentran entre los menos valorados en importancia, son el 40. *Detectar posibles mensajes contradictorios de*

diferentes profesionales, reflexionando junto a la persona/familia acerca de la naturaleza de la contradicción y acerca de su posible gestión y el 37. Detectar relaciones caracterizadas por un vínculo positivo con algún servicio o profesional, poniendo en valor la generación de ese vínculo. Ambos se sitúan en las posiciones 57 y 53 en el ránking de nivel de realización, respectivamente. Presentan una disparidad entre ambos niveles del 27.3% (ítem 40) y del 29.2% (ítem 37). Por otra parte, los dos criterios que solo aparecen en el nivel de realización como los menos valorados, son el 59. *Solicitar a la persona/familia una retroalimentación al final de cada encuentro, interesándose por saber si el proceso se ajusta a sus expectativas, si el proceso les está resultando útil,* y el 64. *En caso de conflicto relacional, plantear un encuentro entre los/las profesionales afectados/as y la persona/familia, a fin de poder reflexionar sobre el proceso de ayuda y tomar conjuntamente las decisiones que se precisen.* Ambos criterios se sitúan en las posiciones 45 y 41, respectivamente, en el ránking de nivel de importancia, y son, además, los criterios que mayor disparidad presentan entre la valoración otorgada al nivel de importancia y al de realización. Así, el ítem 64 presenta una diferencia de puntuaciones del 53.7%, y el ítem 59, una diferencia del 61.7%.

Los ocho criterios restantes presentan diferencias entre ambos niveles que oscilan entre el 1.6% (ítem 15), y el 47.9% (ítem 35).

6.1.4. Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-20)

A continuación, se presentan las medias y desviaciones típicas obtenidas en la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (tabla 45). Esta batería contiene cinco escalas. Tres de ellas miden componentes del constructo Locus de Control: contingencia, indefensión, suerte. La cuarta escala mide autoeficacia, y la quinta mide expectativas de éxito.

En cada una de las cinco escalas, la puntuación mínima es de 4 puntos, mientras que la puntuación máxima es de 20. El conjunto del instrumento tiene una puntuación mínima de 20 y una puntuación máxima de 100. La escala Contingencia obtiene una media de 17 puntos (DT=2.058); la escala Indefensión obtiene una media de 5.80 (DT=2.322); la escala Suerte obtiene una media de 7.60 (DT=2.468); la escala de Autoeficacia obtiene una media de 14.55 (DT=2.466); la escala de Expectativas de éxito obtiene una media de 16.21 (DT=2.717). Finalmente, el conjunto del instrumento obtiene una media de 61.16 (DT=6.191).

Tabla 45		
Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control		
Escalas	Media	Desviación típica
Contingencia	17,00	2,058
Indefensión	5,80	2,322
Suerte	7,60	2,468
Autoeficacia	14,55	2,466
Expectativas de éxito	16,21	2,717
Conjunto BEEGC-20	61,16	6,191

6.1.5. Encuesta de Bienestar y Trabajo (UWES)

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en la Encuesta de Bienestar y Trabajo (UWES). Este instrumento está formado por tres escalas: Vigor, Dedicación y Absorción. Cada escala tiene una puntuación mínima de 0, y una puntuación máxima de 18. El conjunto del instrumento tiene una puntuación mínima de 0 y máxima de 54. Como se detalla en la tabla 46, la escala Vigor obtiene una media de 14.28 (DT=2.703). La escala Dedicación tiene una media de 14.43 (DT=3.082). La escala Absorción tiene una media de 13.21 (DT=3.326). El instrumento en su conjunto presenta una media de 41.92 (DT=8.031).

Tabla 46		
Encuesta de Bienestar y Trabajo (UWES)		
Escalas	Media	Desviación típica
Vigor	14,28	2.703
Dedicación	14,43	3.082
Absorción	13,21	3.326
Total UWES	41,92	8.031

6.1.6. Correlaciones entre las dimensiones del inventario para el desarrollo de prácticas colaborativas, la batería de escalas de expectativas generalizadas de control y las escalas de *engagement* (UWES).

A continuación, se presentan las correlaciones entre las escalas y subescalas de los tres instrumentos utilizados en esta investigación. Las escalas relativas a la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control, así como las referidas a la Encuesta de Bienestar y Trabajo, no siguen una distribución normal. Tampoco siguen una distribución normal la

mayoría de las escalas del Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas. Por ello, se ha optado por utilizar el test estadístico de Spearman en el análisis de estas correlaciones.

En primer lugar, se presentan las correlaciones entre las escalas relativas a Encuesta de Bienestar y Trabajo, y a la de la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (tabla 47).

Tabla 47								
Correlaciones de Spearman entre instrumentos UWES y BEEGC-20								
	V	D	A	C	I	S	AE	EE
V	-	0,763**	0,555**	0,181*	-0,161	-0,135	0,194*	0,283**
D	-	-	0,682**	0,056	-0,134	-0,039	0,171	0,246**
A	-	-	-	0,043	-0,046	0,013	0,024	0,131
C	-	-	-	-	-0,155	-0,030	0,141	0,307**
I	-	-	-	-	-	0,423**	0,239	-0,226*
S	-	-	-	-	-	-	-0,109	-0,074
AE	-	-	-	-	-	-	-	0,499**
EE	-	-	-	-	-	-	-	-

* significación $p < 0,05$; ** significación $p < 0,01$

Las escalas Vigor, Dedicación y Absorción tienen una fuerte correlación positiva. Esto se debe a que, en conjunto, responden al constructo de *engagement*. Las escalas relativas a la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control, en cambio, no se encuentran todas ellas relacionadas entre sí. La Autoeficacia sí que se encuentra fuertemente correlacionada con las Expectativas de éxito (asociación positiva). Además, la Suerte y la Indefensión están fuertemente correlacionadas, también con una asociación en signo positivo. Las Expectativas de Éxito, además, se correlacionan con la escala Contingencia (asociación positiva) y con la escala Indefensión (asociación negativa). En cuanto a la correlación de las escalas de ambos instrumentos, la escala Vigor correlaciona positivamente con Autoeficacia y con Expectativas de Éxito; la escala Dedicación correlaciona positivamente con la escala Expectativas de Éxito. La escala Absorción no muestra correlación con ninguna de las escalas del instrumento BEEGC-20.

En la tabla 48 se presentan las correlaciones entre las escalas que componen el constructo *Engagement* (Vigor, Dedicación y Absorción) con las escalas y subescalas del Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas. Se ha optado por analizar las correlaciones tanto del conjunto de ítems que componen el nivel de importancia (PC-import.), como del conjunto de ítems que componen el nivel de realización (PC-realiz.). También se han

separado ambos niveles en función de si los criterios se relacionan con criterios relacionados con la familia (I-Dim. familia y R-Dim. familia), o bien con criterios relacionados con los SMAF (I-Dim. SMAF y R-Dim. SMAF). Finalmente, se analizan las correlaciones entre cada una de las seis dimensiones (A1, A2, A3, B1, B2 y B3), tanto en el nivel de importancia como en el de realización, con respecto a las escalas Vigor, Dedicación y Absorción, así como con el total de *Engagement*, dado que se puede considerar el constructo de modo unidimensional o tridimensional (Schauffeli et al., 2017).

Tabla 48. Correlaciones de Spearman entre el Inventario de Prácticas Colaborativas y la Encuesta de Bienestar y Trabajo (UWES)				
	Vigor	Dedic.	Absorc.	<i>Engagement</i>
PC- import.	0,192*	0,256**	0,195*	0,234**
PC- realiz.	0,112	0,261**	0,217*	0,206*
I- Dim. familia	0,160	0,188*	0,125	0,169
I- Dim. SMAF	0,234**	0,337**	0,288**	0,318**
R- Dim. Fam.	0,091	0,187*	0,169	0,152
R- Dim. SMAF	0,143	0,335**	0,273**	0,271**
Imp A1	0,077	0,104	0,079	0,089
Imp A2	0,171	0,199*	0,143	0,180*
Imp A3	0,135	0,155	0,073	0,138
Imp B1	0,221*	0,269**	0,204*	0,251**
Imp B2	0,210*	0,274**	0,221*	0,264**
Imp B3	0,190	0,329**	0,320**	0,314**
Realiz. A1	0,032	0,075	0,031	0,031
Realiz. A2	0,089	0,221*	0,205*	0,191*
Realiz. A3	0,035	0,114	0,102	0,080

Tabla 48.				
Correlaciones de Spearman entre el Inventario de Prácticas Colaborativas y la Encuesta de Bienestar y Trabajo (UWES)				
	Vigor	Dedic.	Absorc.	<i>Engagement</i>
Realiz. B1	0,136	0,283**	0,210*	0,224*
Realiz. B2	0,095	0,262**	0,236**	0,220*
Realiz. B3	0,086	0,293**	0,252**	0,230*

* significación $p < 0,05$; ** significación $p < 0,01$

Las tres escalas que componen el constructo *Engagement* correlacionan de manera positiva con el conjunto de criterios en el nivel de importancia. En cuanto al nivel de realización, correlacionan positivamente la Dedicación y la Absorción. Si atendemos a la unidimensionalidad del constructo, vemos que *Engagement* correlaciona tanto con el conjunto del inventario en el nivel de importancia, como con el conjunto del inventario en el nivel de realización. Cabe señalar que, aun cuando ambas correlaciones son significativas a nivel estadístico, la relación con el nivel de importancia es mayor ($p < 0.001$) que con el nivel de realización ($p < 0.05$).

En cuanto a los criterios relacionados con la dimensión familiar del inventario de prácticas colaborativas, vemos que en el nivel de importancia solo correlaciona (signo positivo) el Vigor. En cuanto a los criterios relacionados con los SMAF, en el nivel de importancia existe correlación con Vigor, Dedicación y Absorción, mientras que en el nivel de realización la correlación se da con Dedicación y Absorción. Si analizamos las correlaciones entre las dimensiones de criterios de la familia (nivel de importancia) con las escalas de *Engagement*, vemos que solo la dimensión A2 (co-construcción del contexto de intervención: la familia como protagonista de su propio proceso) correlaciona con Vigor. El resto de dimensiones (A1 y A3) no correlaciona con ninguna de las escalas de *Engagement*. Sin embargo, las dimensiones de criterios de SMAF (nivel de importancia) correlacionan con Vigor, Dedicación y Absorción, a excepción de la dimensión B3 (actuaciones a desarrollar con los SMAF), que no correlaciona con Vigor, pero sí con Dedicación y Absorción. En cuanto a los niveles de realización, de las tres dimensiones que tienen que ver con la familia, solo la A2 (co-construcción del contexto de intervención: la familia como protagonista de su propio proceso) correlaciona con Dedicación y con Absorción. Las tres dimensiones que tienen que ver con los SMAF correlacionan con Dedicación y Absorción, pero no con Vigor.

En la tabla 49 se presentan las correlaciones entre la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-20) con las escalas y subescalas del Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas.

Tabla 49. Correlaciones de Spearman entre el Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas y la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control.					
	Conting.	Indef.	Suerte	Autoefic.	Expect. éxito
PC- import.	0,085	-0,104	-0,209**	-0,079	0,182*
PC- realiz.	-0,005	0,080	-0,012	0,211*	0,197*
I- Dim. familia	0,065	-0,077	-0,192*	-0,061	0,195*
I- Dim. SMAF	0,082	-0,129	-0,212*	-0,094	0,109
R- Dim. familia	0,009	0,055	-0,071	0,248**	0,281**
R- Dim. SMAF	-0,038	0,091	0,109	0,098	0,034
Imp A1	-0,085	-0,014	-0,173	-0,111	0,081
Imp A2	0,171	-0,116	-0,194*	0,004	0,189*
Imp A3	0,094	-0,070	-0,128	-0,078	0,232*
Imp B1	0,111	-0,151	-0,217*	-0,067	0,064
Imp B2	0,041	-0,099	-0,189*	-0,129	0,037
Imp B3	0,087	-0,082	-0,165	-0,060	0,098
Rea A1	-0,110	0,133	-0,072	0,139	0,221**
Rea A2	0,052	0,046	-0,014	0,282**	0,194*
Rea A3	-0,023	-0,005	-0,045	0,182*	0,331**

Tabla 49.
Correlaciones de Spearman entre el Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas y la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control.

	Conting.	Indef.	Suerte	Autoefic.	Expect. éxito
Rea B1	0,022	-0,008	0,025	0,148	0,096
Rea B2	-0,089	0,148	0,161	0,036	-0,010
Rea B3	-0,026	0,098	0,130	0,058	0,049

* significación $p < 0,05$; ** significación $p < 0,01$

La Contingencia y la Indefensión no se relacionan con ninguna de las escalas ni subescalas del Inventario de Prácticas Colaborativas. La suerte correlaciona de modo negativo con el conjunto de criterios del nivel de importancia, así como con los criterios del nivel de importancia relacionados con la familia. Analizando las seis dimensiones del inventario, vemos que tres de ellas (todas en nivel de importancia) se relacionan con Suerte (correlación negativa): A2 (familia como protagonista), B1 (actuaciones en relación a familia y SMAF) y B2 (actuaciones con la familia, en relación a los SMAF). La Autoeficacia muestra una correlación positiva con el conjunto de criterios en nivel de realización, y también con el conjunto de criterios relacionados con la familia (nivel de realización). En concreto, las dos dimensiones que se correlacionan con Autoeficacia son A2 (familia como protagonista de su propio proceso) y A3 (enfoque centrado en capacidades). Finalmente, las Expectativas de Éxito tienen una correlación positiva con el conjunto de criterios, tanto en nivel de importancia como en nivel de realización. Las dimensiones que tienen que ver con la familia correlacionan en nivel de realización con las Expectativas de Éxito. Analizando el detalle de las seis dimensiones, en nivel de importancia vemos que las dimensiones A2 (familia como protagonista de su propio proceso) y A3 (enfoque centrado en capacidades) correlacionan con Expectativas de Éxito. En el nivel de realización, las tres dimensiones que tienen que ver con la familia (A1, postura relacional del profesional; A2, familia como protagonista de su propio proceso y A3, enfoque centrado en capacidades) correlacionan positivamente con Expectativas de Éxito.

6.1.7. Análisis de diferencias en las puntuaciones de las escalas, subescalas y puntaje total de los tres instrumentos, en las categorías de diferentes variables de agrupación.

A continuación, se analizan las escalas y subescalas estudiadas, en función de diversas variables de agrupación. Para facilitar la lectura de las tablas siguientes, se detallan en la tabla 50 las abreviaturas utilizadas (también especificadas en la página 5, en la que se indican todas las abreviaturas utilizadas).

Las variables dependientes son: vigor, dedicación, absorción, total UWES, locus de control, contingencia, indefensión, suerte, autoeficacia, expectativas de éxito; total importancia Inventario Prácticas Colaborativas (IPC), total realización IPC; nivel de importancia, total área dimensión familiar; nivel de importancia, total área dimensión SMAF; nivel de realización, total área dimensión familiar; nivel de realización, total área dimensión SMAF; nivel de importancia, cada una de las dimensiones (A1, A2, A3, B1, B2, B3); nivel de realización, cada una de las dimensiones (A1, A2, A3, B1, B2, B3). En concreto, se presentan los resultados en base a las siguientes variables independientes:

Tabla 50. Abreviaturas de las tablas que analizan las escalas y subescalas con respecto a las diferentes variables de agrupación.

M	Media
DT	Desviación Típica
V	Vigor
D	Dedicación
A	Absorción
T. UWES	Total constructo <i>Engagement</i>
C	Contingencia
I	Indefensión
S	Suerte
AE	Autoeficacia
EE	Expectativas Éxito
T. BEEGC-20	Total Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control
IPC	Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas con Familias en Situación de Especial Dificultad
T. IMP	Total criterios IPC nivel de importancia
T. REA	Total criterios IPC nivel de realización
IMP_F	Suma criterios relacionados con la familia, nivel

Tabla 50. Abreviaturas de las tablas que analizan las escalas y subescalas con respecto a las diferentes variables de agrupación.

	de importancia
IMP_SMAF	Suma criterios relacionados con los sistemas más amplios, nivel de importancia
REA_F	Suma criterios relacionados con la familia, nivel de realización
REA_SMAF	Suma criterios relacionados con los sistemas más amplios, nivel de realización
IMP_A1	Nivel de importancia inventario, Dimensión A1 (postura relacional del profesional).
IMP_A2	Nivel de importancia inventario, Dimensión A2 (co-construcción del contexto de intervención; la familia como protagonista de su propio proceso) .
IMP_A3	Nivel de importancia inventario, Dimensión A3 (enfoque centrado en capacidades).
IMP_B1	Nivel de importancia inventario, Dimensión B1 (actuaciones a desarrollar con familia y sistemas más amplios).
IMP_B2	Nivel de importancia inventario, Dimensión B2 (actuaciones a desarrollar con la familia, en relación a los sistemas más amplios).
IMP_B3	Nivel de importancia inventario, Dimensión B3 (actuaciones a desarrollar con los sistemas más amplios).
REA_A1	Nivel de realización inventario, Dimensión A1 (postura relacional del profesional).
REA_A2	Nivel de realización inventario, Dimensión A2 (co-construcción del contexto de intervención; la familia como protagonista de su propio proceso) .
REA_A3	Nivel de realización inventario, Dimensión A3 (enfoque centrado en capacidades).
REA_B1	Nivel de realización inventario, Dimensión B1 (actuaciones a desarrollar con familia y sistemas más amplios).
REA_B2	Nivel de realización inventario, Dimensión B2

Tabla 50. Abreviaturas de las tablas que analizan las escalas y subescalas con respecto a las diferentes variables de agrupación.

	(actuaciones a desarrollar con la familia, en relación a los sistemas más amplios).
REA_B3	Nivel de realización inventario, Dimensión B3 (actuaciones a desarrollar con los sistemas más amplios).

6.1.7.1. Ubicación.

Tabla 51
Análisis de diferencias por grupos. Palma y Part Forana

Escalas	Palma M (DT)	Part Forana M (DT)	p valor (U de Mann-Whitney)	
UWES	V	14,18 (2,791)	14,38 (2,640)	0,716
	D	14,16 (2,975)	14,67 (3,178)	0,191
	A	12,72 (3,353)	13,64 (3,268)	0,071
	T. UWES	41,05 (8,236)	42,69 (7,827)	0,217
BEEGC-20	C	17,12 (3,395)	16,89 (2,240)	0,709
	I	5,40 (1,963)	6,16 (2,565)	0,064
	S	7,68 (6,613)	7,53 (2,390)	0,904
	AE	14,46 (2,739)	14,63 (2,215)	0,712
	EE	16,14 (2,924)	16,27 (2,540)	0,985
	T. BEEGC-20	60,81 (7,097)	61,47 (5,294)	0,448
IPC	T. IMP	277,98 (23,968)	282,39 (24,957)	0,269
	T. REA	224,91 (29,465)	234,06 (33,719)	0,057
	IMP_F	184,96 (15,833)	188,34 (16,272)	0,167
	IMP_SMAF	97,54 (10,415)	98,81 (11,100)	0,531
	REA_F	152,39 (19,903)	157,78 (2,818)	0,101
	REA_SMAF	75,68 (12,822)	79,44 (14,280)	0,121
DIME	IMP_A1	52,07 (5,919)	54,22 (5,057)	0,031
	IMP_A2	86,84 (7,417)	86,95 (7,417)	0,938

Tabla 51			
Análisis de diferencias por grupos. Palma y Part Forana			
Escalas	Palma M (DT)	Part Forana M (DT)	<i>p</i> valor (U de Mann- Whitney)
IMP_A3	46,09 (5,159)	47,17 (5,159)	0,124
IMP_B1	25,53 (2,543)	25,33 (3,271)	0,929
IMP_B2	26,07 (4,118)	26,05 (4,523)	0,757
IMP_B3	45,95 (5,019)	47,44 (4,794)	0,106
REA_A1	45,25 (5,944)	47,25 (6,520)	0,055
REA_A2	69,63 (11,490)	71,23 (11,296)	0,365
REA_A3	37,51 (6,095)	39,30 (7,274)	0,037
REA_B1	20,63 (3,677)	21,09 (3,820)	0,526
REA_B2	19 (4,416)	20,19 (5,439)	0,216
REA_B3	36,05 (6,385)	38,16 (7,260)	0,034

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

Como vemos en la tabla 51, no existen diferencias significativas en las subescalas de *Engagement* ni en las expectativas generalizadas de control, en función de la distribución geográfica (Palma o Part Forana). Sí que hay diferencias significativas en tres dimensiones del Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas. Así, la dimensión A1 (postura relacional del profesional), en su nivel de importancia, presenta una media más elevada en Part Forana que en Palma, tal como indica el *p* valor del test estadístico U de Mann-Whitney. En cuanto al nivel de realización, presentan medias más elevadas en Part Forana que en Palma en las dimensiones A3 (enfoque centrado en capacidades) y B3 (actuaciones a desarrollar con los sistemas más amplios), siendo estas diferencias estadísticamente significativas.

6.1.7.2. Tamaño municipio.

Tabla 52						
Resultados en función del tamaño del municipio						
	Escalas	Hasta 10000 hab.	Entre 10001 y 20000 hab.	Entre 20001 y 50000 hab.	Más de 50000 hab.	p valor (Kruskal- Wallis)
UWES	V	14,85 (2,412)	15,23 (1,901)	13,09 (3,054)	14,18 (2,791)	0,086
	D	15,15 (2,996)	15,73 (2,567)	13,18 (3,445)	14,16 (2,975)	0.020
	A	14,95 (2,892)	13,59 (3,261)	12,50 (3,291)	12,72 (3,353)	0.011
	T. UWES	44,95 (7,508)	44,55 (5,396)	38,77 (8,896)	41,05 (8,236)	0.027
BEEGC-20	C	16,85 (1,872)	17,05 (2,360)	16,77 (2,506)	17,12 (1,843)	0.913
	I	5,30 (1,720)	5,77 (2,287)	7,32 (3,092)	5,40 (1,963)	0.012
	S	6,95 (1,986)	7,09 (2,671)	8,50 (2,220)	7,68 (2,572)	0.117
	AE	14,60 (2,088)	14,59 (2,772)	14,68 (1,756)	14,46 (2,739)	0.978
	EE	15,85 (2,434)	16,59 (2,153)	16,32 (3,014)	16,14 (2,924)	0.823
	T. BEEGC- 20	59,55 (4,186)	61,09 (4,514)	63,59 (6,284)	60,81 (7,097)	0.145
IPC	T. IMP	286,15 (20,459)	286,68 (25,434)	274,68 (27,349)	277,98 (23,698)	0.192
	T. REA	236,05 (37,223)	235,59 (36,624)	230,73 (32,788)	224,91 (29,465)	0.181
	IMP_F	189,80 (12,331)	190,59 (18,110)	184,77 (17,552)	184,96 (15,833)	0.234
	IMP_SMA	101,45 (10,650)	101,32 (9,916)	93,91 (11,414)	97,54 (10,415)	0.060
	F					
	REA_F	158,70	158,91	155,82	152,39	0.328

Tabla 52						
Resultados en función del tamaño del municipio						
Escalas	Hasta	Entre	Entre	Más de	p valor	
	10000	10001 y	20001 y	50000	(Kruskal-	
	hab.	20000	50000	hab.	Wallis)	
		hab.	hab.			
	(22,520)	(23,403)	(22,618)	(19,903)		
REA_SMA	80,85	80,05	77,55	75,68	0.292	
F	(16,696)	(13,528)	(13,059)	(12,822)		
DIMENSIONES IPC	IMP_A1	54,90	54,86	52,95	52,07	0.072
		(3,626)	(5,583)	(5,576)	(5,919)	
	IMP_A2	87,65	87,86	85,41	86,81	0.675
		(6,175)	(7,936)	(7,829)	(7,417)	
	IMP_A3	47,25	47,86	46,41	46,09	0.233
		(4,303)	(6,607)	(6,013)	(5,159)	
	IMP_B1	26,40	25,64	24,05	25,53	0.149
		(2,798)	(2,752)	(3,811)	(2,543)	
	IMP_B2	26,85	27,82	23,55	26,07	0.014
		(3,528)	(3,581)	(5,180)	(4,118)	
	IMP_B3	48,20	47,86	46,32	45,95	0.225
		(5,085)	(4,683)	(4,643)	(5,019)	
	REA_A1	47,85	47,18	46,77	45,25	0.226
		(4,955)	(7,872)	(6,539)	(5,944)	
	REA_A2	71,40	71,95	70,36	69,63	0.783
		(12,356)	(10,358)	(11,664)	(11,490)	
	REA_A3	39,45	39,77	38,68	37,51	0.207
		(6,684)	(7,628)	(7,711)	(6,095)	
REA_B1	22,05	21,27	20,05	20,63	0.203	
	(4,935)	(3,058)	(3,860)	(3,677)		
REA_B2	20,10	21,55	18,91	19,00	0.221	
	(5,730)	(5,334)	(5,191)	(4,416)		
REA_B3	38,70	37,23	38,59	36,05	0,153	
	(7,263)	(7,361)	(7,404)	(6,385)		

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

Se detallan, en la tabla 52, las medias y desviaciones típicas de cada una de las escalas y subescalas, en función del tamaño del municipio en el que desarrollan su labor profesional las personas participantes en el estudio. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas en las escalas Dedicación, Absorción, Total UWES (es decir, *engagement*), Indefensión y en el nivel de importancia de la Dimensión B2 (actuaciones a desarrollar con la familia, en relación a los sistemas más amplios). Analizando las medias, vemos que las personas que trabajan en municipios de entre veinte y cincuenta mil habitantes son las que presentan diferencias significativas respecto al resto de participantes. Así, presentan menores niveles de Dedicación, Absorción y *Engagement*, así como mayores niveles de Indefensión. Además, son las que menos valoran la Dimensión A2 del Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas (en el nivel de importancia). Además, cabe señalar que las personas que trabajan en Palma (único municipio de más de cincuenta mil habitantes), presentan puntajes menores que las personas que trabajan en los municipios más pequeños (menos de diez mil habitantes), en las escalas relacionadas con *Engagement* (Vigor, Dedicación, Absorción), así como en Autoeficacia y Expectativas de Éxito (instrumento de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control). También presentan puntajes menores en todas las escalas y subescalas del Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas.

6.1.7.3. Edad

Tabla 53						
Resultados en función de la edad						
Escalas	23-35 años	36-45 años	46-55 años	56 o más años	p valor (Kruskal-Wallis)	
UWES	V	14,64 (2,325)	14,13 (2,785)	14,52 (6,890)	12,50 (3,546)	0,317
	D	15,32 (2,479)	14,07 (3,003)	14,76 (3,011)	11,63 (4,207)	0,054
	A	13,76 (3,018)	12,49 (3,782)	13,90 (2,928)	11,38 (2,264)	0,046
	T. UWES	43,72 (6,761)	40,69 (8,229)	43,19 (7,737)	35,50 (9,227)	0,051
BEEGC-20	C	16,88 (2,088)	17,16 (2,121)	17,02 (2,113)	16,13 (1,246)	0,435
	I	5,56	5,38	6,21	7,00	0,439

Tabla 53					
Resultados en función de la edad					
Escalas	23-35 años	36-45 años	46-55 años	56 o más años	p valor (Kruskal-Wallis)
	(1,917)	(1,709)	(2,842)	(3,117)	
S	7,84	7,31	7,81	7,50	0,727
	(2,641)	(2,255)	(2,643)	(2,563)	
AE	14,12	14,64	14,67	14,63	0,813
	(2,728)	(2,577)	(2,406)	(1,506)	
EE	16,36	16,76	15,79	14,50	0,040
	(3,094)	(2,798)	(2,798)	(1,414)	
T. BEEGC-20	60,76	61,24	61,50	59,75	0,962
	(7,339)	(5,356)	(6,733)	(4,683)	
T. IMP	287,32	274,42	284,02	268,88	0,023
	(20,752)	(23,717)	(26,576)	(20,280)	
T. REA	233,60	226,31	230,90	230,00	0,720
	(28,046)	(31,922)	(35,950)	(26,833)	
IMP_F	191,24	183,13	188,69	181,63	0,033
	(15,128)	(15,064)	(17,414)	(15,052)	
IMP_SMA	100,96	95,73	100,12	91,75	0,031
F	(8,777)	(10,456)	(11,723)	(7,741)	
REA_F	157,16	154,16	155,17	155,50	0,903
	(20,391)	(21,311)	(23,550)	(17,817)	
REA_SMA	79,64	75,27	78,98	77,38	0,524
F	(11,139)	(13,116)	(16,158)	(10,405)	
IMP_A1	53,80	52,29	53,93	52,13	0,278
	(5,397)	(5,247)	(5,874)	(4,454)	
IMP_A2	89,44	84,93	88,00	84,00	0,025
	(6,090)	(7,569)	(7,483)	(6,928)	
IMP_A3	48,00	45,91	46,76	45,50	0,138
	(5,204)	(4,776)	(6,366)	(4,660)	
IMP_B1	25,88	24,91	24,74	24,50	0,102
	(3,046)	(2,539)	(3,346)	(2,070)	
IMP_B2	27,00	25,78	26,45	22,13	0,055
	(4,143)	(3,795)	(4,691)	(4,121)	

Tabla 53					
Resultados en función de la edad					
Escalas	23-35 años	36-45 años	46-55 años	56 o más años	p valor (Kruskal-Wallis)
IMP_B3	48,08 (3,785)	45,04 (5,218)	47,88 (4,940)	45,13 (3,399)	0,021
REA_A1	46,08 (7,135)	46,42 (6,151)	46,10 (6,438)	47,00 (4,928)	0,928
REA_A2	71,48 (10,720)	69,71 (11,679)	70,98 (12,164)	69,63 (9,226)	0,842
REA_A3	39,60 (6,331)	38,02 (6,556)	38,10 (7,466)	38,88 (6,728)	0,670
REA_B1	21,16 (3,223)	20,33 (3,510)	21,24 (4,493)	20,88 (2,357)	0,497
REA_B2	19,72 (4,614)	19,16 (4,719)	20,02 (5,663)	19,38 (4,719)	0,944
REA_B3	38,76 (6,092)	35,78 (6,918)	37,71 (7,588)	37,13 (5,566)	0,351

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

En la tabla 53 se presentan las medias y desviaciones típicas en las escalas estudiadas, en función del rango de edad. El grupo de edad entre 36 y 45 años, así como el grupo de edad de 56 o más años, presentan diferencias en todas las medias, con respecto a los otros dos grupos de edad (de 23 a 35 años, y de 46 a 55 años). Así, vemos que, en todas las escalas excepto en Indefensión, el grupo de edad de 23 a 35 años presenta los puntajes más elevados, seguidos del grupo de edad de entre 46 y 55 años. El grupo de edad de 36 a 45 años presenta los puntajes más bajos, seguido del grupo de edad de 56 años y más. Estas diferencias son estadísticamente significativas en las siguientes escalas: Absorción, Expectativas de Éxito, nivel de importancia de las dimensiones relacionadas con la familia, así como de las dimensiones relacionadas con los sistemas más amplios (Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas). También son significativas a nivel estadístico las diferencias en las subescalas A2 y B3 del nivel de importancia.

6.1.7.5. Finalización estudios de Trabajo Social

Tabla 54								
Resultados en función del año de finalización de sus estudios								
Escalas	2013- 2018	2007- 2012	2011- 2006	2005- 2000	1999- 1994	1993 o anterior	p valor (Kruskal- Wallis)	
UWES	V	15,14 (2,478)	14,39 (2,660)	14,31 (3,219)	14,10 (2,339)	15,42 (1,832)	13,76 (3,022)	0,544
	D	15,86 (2,478)	14,83 (2,813)	14,00 (3,183)	14,17 (2,780)	15,75 (1,658)	13,89 (3,747)	0,408
	A	13,14 (3,805)	14,56 (2,307)	11,81 (3,851)	12,30 (3,564)	15,08 (2,429)	13,27 (3,177)	0,047
	T.	44,14 (7,381)	43,78 (6,933)	40,13 (9,415)	40,57 (7,128)	46,25 (5,137)	40,92 (9,145)	0,209
	UWES							
BEEGC-20	C	15,86 (2,410)	16,50 (1,917)	17,94 (1,692)	17,17 (2,119)	17,92 (1,881)	16,62 (2,073)	0,068
	I	7,14 (2,268)	5,67 (1,910)	4,88 (1,360)	5,40 (1,734)	6,00 (2,954)	6,22 (2,888)	0,195
	S	8,00 (2,160)	7,94 (2,508)	7,81 (2,880)	7,20 (2,384)	7,17 (2,329)	7,78 (2,540)	0,823
	AE	14,00 (3,109)	14,06 (2,623)	14,44 (3,502)	14,57 (1,977)	14,25 (2,734)	14,97 (2,101)	0,895
	EE	15,14 (1,345)	17,22 (2,510)	16,38 (3,897)	16,53 (2,209)	16,58 (2,353)	15,49 (2,815)	0,115
	T.	60,14 (5,900)	61,39 (6,156)	61,44 (7,950)	60,87 (4,995)	61,92 (8,096)	61,08 (6,089)	0,955
	BEEGC -20							
IPC	T. IMP	289,57 (15,925)	277,33 (19,668)	277,44 (26,954)	279,63 (26,166)	286,50 (27,057)	280,62 (25,168)	0,704
	T. REA	243,43 (17,539)	234,56 (35,094)	214,19 (32,985)	230,20 (26,624)	228,50 (28,225)	230,76 (36,029)	0,296
	IMP_F	195,57 (13,302)	184,33 (14,025)	184,81 (17,736)	186,23 (15,943)	189,92 (17,207)	187,08 (16,662)	0,515
	IMP_ SMAF	99,43 (6,106)	97,22 (8,782)	97,19 (10,803)	97,97 (11,763)	101,58 (11,156)	98,30 (11,702)	0,868
	REA_F	166,43	158,39	143,63	156,90	154,00	155,16	0,219

Tabla 54							
Resultados en función del año de finalización de sus estudios							
Escalas	2013- 2018	2007- 2012	2011- 2006	2005- 2000	1999- 1994	1993 o anterior	p valor (Kruskal- Wallis)
	(8,203)	(23,565)	(22,943)	(18,108)	(18,483)	(23,804)	
REA_	80,43	79,39	73,44	76,57	77,67	78,68	0,681
SMAF	(11,193)	(13,693)	(14,390)	(11,239)	(11,515)	(16,279)	
IMP_	56,71	51,50	53,06	52,97	53,33	53,76	0,419
A1	(3,546)	(5,512)	(5,053)	(5,922)	(4,334)	(6,062)	
IMP_	89,43	86,17	85,94	86,60	88,92	87,03	0,759
A2	(5,884)	(6,688)	(8,790)	(7,417)	(8,372)	(6,998)	
IMP_	49,43	46,67	45,81	46,67	47,67	46,30	0,710
A3	(4,650)	(5,445)	(5,504)	(4,823)	(5,630)	(6,150)	
IMP_	25,57	24,78	25,81	25,43	26,00	25,41	0,948
B1	(3,286)	(3,388)	(2,344)	(2,873)	(3,247)	(3,184)	
IMP_	26,14	26,17	25,63	26,83	27,25	24,24	0,784
B2	(3,485)	(3,400)	(4,884)	(4,136)	(4,351)	(4,816)	
IMP_	47,71	46,28	45,75	45,70	48,33	47,65	0,418
B3	(2,928)	(4,586)	(4,597)	(5,796)	(4,207)	(4,968)	
REA_A	49,86	46,22	44,38	46,70	45,75	46,22	0,454
1	(2,911)	(8,503)	(6,682)	(5,325)	(3,571)	(6,824)	
REA_A	73,86	72,06	64,75	71,23	70,00	70,73	0,336
2	(8,611)	(12,168)	(11,573)	(10,874)	(11,111)	(11,663)	
REA	42,71	40,11	34,50	38,97	38,25	38,22	0,092
_A3	(1,890)	(6,324)	(6,713)	(6,272)	(5,396)	(7,878)	
REA	21,57	21,06	20,69	20,40	21,42	20,89	0,787
_B1	(2,070)	(4,235)	(3,807)	(3,286)	(2,109)	(4,575)	
REA	20,14	20,67	17,38	19,57	19,50	20,03	0,434
_B2	(6,543)	(4,311)	(4,288)	(4,439)	(5,090)	(5,723)	
REA	38,71	37,67	35,38	36,60	36,75	37,76	0,870
_B3	(5,469)	(8,073)	(8,007)	(5,636)	(5,463)	(7,570)	

En negrita, p valor significativo (< 0,05)

No hay diferencias en los resultados de las escalas según la edad. La única diferencia estadísticamente significativa entre las medias según la edad, se da en la escala Absorción, sin poder apreciar una tendencia ascendente o descendente.

6.1.7.6. Adaptación al grado de Trabajo Social.

Tabla 55.					
Resultados en función de la adaptación a Grado en Trabajo Social					
Escalas	Sí M (DT)	No M (DT)	Grado directamente M (DT)	p valor (Kruskal- Wallis)	
UWES	V	15,00 (2,301)	14,14 (2,781)	14,40 (2,510)	0,566
	D	15,22 (2,290)	14,23 (3,207)	15,40 (2,881)	0,416
	A	14,00 (2,931)	13,13 (3,382)	11,80 (3,564)	0,417
	T. UWES	44,22 (6,320)	41,51 (8,332)	41,60 (7,301)	0,494
BEEGC-20	C	17,72 (1,674)	16,93 (2,057)	15,80 (2,864)	0,179
	I	6,33 (2,890)	5,68 (2,241)	6,20 (1,643)	0,306
	S	8,78 (2,861)	7,38 (2,349)	7,80 (2,588)	0,213
	AE	14,61 (2,477)	14,55 (2,446)	14,20 (3,347)	0,906
	EE	16,33 (3,181)	16,20 (2,705)	15,80 (0,837)	0,778
	T. BEEGC-20	63,78 (7,566)	60,74 (5,851)	59,80 (6,261)	0,130
IPC	T. IMP	272,33 (16,560)	281,23 (25,840)	291,00 (13,820)	0,141
	T. REA	216,83 (27,622)	231,51 (32,739)	241,80 (21,206)	0,122
	IMP_F	182,17 (10,557)	187,00 (16,888)	198,40 (10,502)	0,057
	IMP_SMA	94,06 (8,292)	99,01 (11,218)	97,60 (5,771)	0,231
	F				
	REA_F	148,11 (21,021)	155,97 (21,676)	166,60 (9,633)	0,149
	REA_SMA	71,39	78,79	78,40	0,080
	F	(10,478)	(14,041)	(12,798)	
DIMENSI ONES IPC	IMP_A1	52,94 (3,506)	53,02 (5,894)	57,80 (2,387)	0,098
	IMP_A2	83,17 (5,607)	87,38 (7,544)	90,60 (4,980)	0,020
	IMP_A3	46,06 (4,151)	46,60 (5,696)	50,00 (4,301)	0,259

Tabla 55.				
Resultados en función de la adaptación a Grado en Trabajo Social				
Escalas	Sí M (DT)	No M (DT)	Grado directamente M (DT)	p valor (Kruskal- Wallis)
IMP_B1	24,00 (2,196)	25,66 (3,049)	25,80 (1,643)	0,036
IMP_B2	25,00 (2,849)	26,33 (4,585)	24,60 (2,408)	0,301
IMP_B3	45,06 (4,582)	47,02 (5,038)	47,20 (3,421)	0,306
REA_A1	45,44 (5,090)	46,28 (6,585)	50,00 (3,536)	0,251
REA_A2	65,61 (11,469)	71,22 (11,273)	73,40 (10,286)	0,114
REA_A3	37,06 (6,320)	38,47 (6,939)	43,20 (1,789)	0,134
REA_B1	18,89 (3,179)	21,20 (3,802)	21,60 (2,510)	0,049
REA_B2	18,39 (3,415)	19,97 (5,190)	17,40 (5,550)	0,244
REA_B3	34,11 (5,582)	37,61 (7,075)	39,40 (5,899)	0,090

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

Analizando las medias, vemos que las personas que ya han cursado el grado directamente presentan medias más elevadas en todas las escalas relacionadas con el Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas, excepto en la B2 (actuaciones a desarrollar con la familia, en relación a los sistemas amplios), tanto en nivel de importancia como en nivel de realización. Además, en las dimensiones A2 y B1 (nivel de importancia) y B1 (nivel de realización), las diferencias son significativamente estadísticas.

Por otra parte, si comparamos los puntajes de las personas que han realizado la adaptación al grado con aquellas que no, vemos que aquellas que sí han realizado la adaptación a grado presentan mayores puntajes en todas las escalas relativas a *Engagement* y Escalas de Expectativas Generalizadas de Control, aunque la diferencia con las que no han realizado la adaptación es mínima. Respecto al Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas, son las personas que no han realizado la adaptación las que puntúan más elevado en todas las dimensiones, en comparación con las que sí han realizado dicha adaptación a grado.

6.1.7.7. Formación continua.

Se detallan los resultados en las diferentes escalas, en función de si han realizado o no formación continua en los últimos 5 años, que esté relacionada con la intervención familiar.

Tabla 56				
Resultados en función de si han recibido formación continua en los últimos 5 años, relacionada con intervención en familias.				
	Escalas	Sí M (DT)	No M (DT)	p valor (U de Mann- Whitney)
UWES	V	14,30 (2,645)	14,21 (2,936)	0,848
	D	14,60 (2,968)	13,86 (3,429)	0,348
	A	13,31 (3,310)	12,86 (3,418)	0,503
	T. UWES	42,22 (7,739)	40,93 (9,014)	0,629
BEEGC-20	C	17,14 (1,976)	16,54 (2,285)	0,247
	I	5,87 (2,337)	5,57 (2,300)	0,365
	S	7,44 (2,438)	8,14 (2,534)	0,153
	AE	14,51 (2,394)	14,68 (2,736)	0,874
	EE	16,09 (2,607)	16,61 (3,071)	0,227
	T. BEEGC-20	61,04 (5,795)	61,54 (7,466)	0,696
	T. IMP	281,39 (24,416)	276,75 (24,859)	0,361
T. REA	231,98 (32,024)	222,36 (32,285)	0,282	
IPC	IMP_F	187,31 (16,133)	184,89 (16,091)	0,461
	IMP_SMA	98,77 (10,423)	96,36 (11,808)	0,271
	REA_F	156,25 (21,746)	151,89 (20,329)	0,426
	REA_SMA	78,96 (13,589)	73,39 (13,365)	0,124
	IMP_A1	53,58 (5,613)	51,96 (5,295)	0,097
	IMP_A2	87,14 (7,174)	86,04 (8,016)	0,571
	IMP_A3	46,59 (5,619)	46,89 (4,984)	0,917
DIMENSIONES IPC	IMP_B1	25,65 (2,733)	24,68 (3,497)	0,249
	IMP_B2	26,14 (4,277)	25,79 (4,524)	0,566
	IMP_B3	46,99 (4,696)	45,89 (5,679)	0,340
	REA_A1	46,41 (6,754)	45,96 (4,623)	0,629

Tabla 56			
Resultados en función de si han recibido formación continua en los últimos 5 años, relacionada con intervención en familias.			
Escalas	Sí M (DT)	No M (DT)	p valor (U de Mann- Whitney)
REA_A2	71,31 (11,022)	67,71 (12,256)	0,258
REA_A3	38,53 (6,990)	38,21 (6,124)	0,803
REA_B1	21,20 (3,646)	19,79 (3,929)	0,163
REA_B2	20,14 (4,815)	17,93 (5,305)	0,068
REA_B3	37,61 (6,830)	35,68 (7,108)	0,242

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

Las escalas relacionadas con el *engagement* presentan puntajes más elevados en las personas que han realizado formación continua, pero esas diferencias no presentan significación estadística. Del mismo modo, las personas que no han realizado formación continua puntúan más elevado en las escalas de Autoeficacia y Expectativas de Éxito, pero no son diferencias significativas. En cuanto a las escalas del Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas, si bien las personas que han realizado formación continua presentan puntajes más elevados en caso todas las escalas, tampoco se han encontrado diferencias significativas.

En relación al número de horas dedicadas a esa formación continua de los últimos cinco años, la tabla 57 muestra que el único puntaje con significación estadística es la Dimensión A3 del Inventario (nivel de realización), pero las medias no muestran una tendencia ascendente o descendente. Así, no hay diferencias en los resultados en función del número de horas de formación recibidas.

Tabla 57						
Resultados en función de las horas de formación recibidas						
	Escalas	1-25 horas	26-50 horas	51-100 horas	Más de 100 horas	p valor (Kruskal- Wallis)
UWES	V	14,29 (3,099)	14,38 (2,801)	13,71 (2,431)	14,45 (2,547)	0,717
	D	13,57 (4,033)	14,48 (3,326)	14,36 (1,985)	15,07 (2,645)	0,486
	A	12,93 (3,583)	13,00 (3,847)	12,21 (3,068)	13,93 (2,991)	0,218
	T. UWES	40,79 (9,971)	41,86 (9,074)	40,29 (4,631)	43,45 (7,056)	0,295
BEEGC-20	C	17,29 (3,833)	17,67 (1,958)	17,07 (1,385)	16,86 (2,237)	0,611
	I	6,36 (2,499)	5,19 (1,914)	6,21 (1,888)	5,93 (2,583)	0,417
	S	6,29 (1,939)	7,24 (2,488)	7,43 (2,441)	7,91 (2,495)	0,217
	AE	14,14 (2,214)	14,62 (2,202)	14,00 (2,449)	14,73 (2,555)	0,736
	EE	14,79 (2,455)	16,10 (2,322)	16,93 (2,056)	16,23 (2,852)	0,204
	T. BEEGC- 20	58,86 (3,880)	60,81 (5,372)	61,64 (4,634)	61,66 (6,731)	0,444
IPC	T. IMP	269,00 (16,975)	284,19 (24,033)	283,21 (20,830)	283,41 (27,009)	0,185
	T. REA	216,00 (33,106)	223,81 (29,780)	238,00 (31,361)	239,05 (31,216)	0,104
	IMP_F	179,71 (11,159)	188,81 (14,006)	190,21 (11,801)	188,09 (19,043)	0,169
	IMP_SMAF	93,57 (7,603)	99,86 (12,232)	97,71 (10,156)	100,25 (10,109)	0,170
	REA_F	146,50 (22,603)	150,19 (19,023)	161,29 (17,626)	160,64 (22,765)	0,122
	REA_SMAF	72,50	76,52	79,93	81,86	0,093

Tabla 57						
Resultados en función de las horas de formación recibidas						
Escalas	1-25 horas	26-50 horas	51-100 horas	Más de 100 horas	p valor (Kruskal- Wallis)	
	(12,488)	(14,208)	(15,564)	(12,467)		
DIMENSIONES IPC	IMP_A1	50,43 (5,932)	53,67 (5,598)	54,47 (4,237)	54,23 (5,726)	0,220
	IMP_A2	84,43 (5,214)	87,67 (6,718)	88,14 (6,323)	87,43 (8,117)	0,272
	IMP_A3	44,86 (3,325)	47,48 (4,936)	47,50 (3,956)	46,43 (6,818)	0,287
	IMP_B1	23,93 (2,093)	25,57 (3,124)	25,64 (2,763)	26,23 (2,551)	0,054
	IMP_B2	25,36 (2,274)	26,19 (5,492)	26,07 (4,178)	26,39 (4,244)	0,769
	IMP_B3	44,29 (4,531)	48,10 (4,888)	46,00 (4,574)	47,64 (4,452)	0,085
	REA_A1	43,79 (7,475)	44,76 (5,585)	47,71 (6,082)	47,61 (7,029)	0,123
	REA_A2	68,00 (12,800)	67,52 (10,048)	72,14 (10,235)	73,91 (10,679)	0,166
	REA_A3	34,71 (5,730)	37,90 (6,655)	41,43 (4,926)	39,11 (7,659)	0,049
	REA_B1	19,79 (3,262)	20,48 (3,983)	21,57 (4,327)	21,89 (3,279)	0,179
	REA_B2	18,21 (3,926)	18,76 (5,847)	21,07 (4,428)	21,11 (4,442)	0,072
	REA_B3	34,50 (7,112)	37,29 (6,190)	37,29 (7,680)	38,86 (6,635)	0,155

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

6.1.7.8. Experiencia.

Tabla 58						
Resultados en función de la experiencia como trabajador/a social						
Escalas	Menos 5 años	Entre 6 y 10 años	Entre 11 y 15 años	Más de 15 años	p valor (Kruskal-Wallis)	
UWES	V	13,18 (2,676)	15,12 (2,065)	13,95 (2,837)	14,24 (2,850)	0,198
	D	14,09 (3,015)	15,15 (2,014)	14,10 (3,113)	14,30 (3,444)	0,760
	A	13,18 (3,281)	13,58 (3,264)	13,24 (3,161)	13,05 (3,475)	0,960
	T. UWES	40,45 (7,866)	43,85 (6,442)	41,29 (7,995)	41,59 (8,678)	0,637
BEEGC-20	C	16,64 (1,963)	17,04 (1,990)	17,52 (1,601)	16,87 (2,240)	0,566
	I	6,00 (2,236)	5,69 (1,784)	5,81 (2,228)	5,81 (2,596)	0,815
	S	8,09 (2,386)	7,81 (2,333)	7,71 (2,952)	7,40 (2,400)	0,793
	AE	13,82 (2,089)	14,38 (2,844)	14,95 (2,479)	14,60 (2,380)	0,558
	EE	16,09 (2,212)	16,46 (3,373)	16,71 (2,411)	15,95 (2,618)	0,462
	T. BEEGC-20	60,64 (5,409)	61,38 (7,122)	62,71 (5,451)	60,63 (6,186)	0,493
IPC	T. IMP	281,36 (13,002)	280,96 (28,330)	268,43 (22,351)	283,83 (24,257)	0,118
	T. REA	240,18 (26,757)	232,54 (34,737)	218,38 (31,113)	230,57 (31,604)	0,280
	IMP_F	188,73 (9,921)	186,58 (18,318)	179,14 (14,654)	189,02 (15,970)	0,097
	IMP_SMA	97,00 (5,177)	98,73 (11,968)	93,95 (9,912)	99,63 (11,027)	0,215
	F	163,27 (16,674)	155,67 (23,489)	149,48 (21,533)	155,33 (21,171)	0,464
	REA_F	163,27 (16,674)	155,67 (23,489)	149,48 (21,533)	155,33 (21,171)	0,464

Tabla 58						
Resultados en función de la experiencia como trabajador/a social						
Escalas	Menos 5 años	Entre 6 y 10 años	Entre 11 y 15 años	Más de 15 años	p valor (Kruskal-Wallis)	
REA_SMA	80,36	79,50	72,05	78,32	0,278	
F	(11,595)	(13,143)	(13,174)	(14,192)		
DIMENSIONES IPC	IMP_A1	53,55	56,62	51,57	53,94	0,517
		(3,778)	(5,954)	(5,230)	(5,730)	
	IMP_A2	87,27	87,08	83,29	87,94	0,125
		(4,880)	(8,447)	(7,669)	(6,902)	
	IMP_A3	47,91	46,88	44,29	47,14	0,057
		(3,506)	(6,212)	(4,291)	(5,636)	
	IMP_B1	24,73	25,69	24,43	25,76	0,230
		(3,552)	(2,867)	(2,420)	(2,988)	
	IMP_B2	25,36	26,81	24,90	26,25	0,381
		(3,202)	(4,6319)	(3,129)	(4,673)	
	IMP_B3	46,91	46,23	44,62	47,62	0,123
		(2,879)	(5,538)	(5,509)	(4,612)	
	REA_A1	47,73	45,88	45,62	46,46	0,844
		(4,735)	(7,350)	(6,160)	(6,229)	
	REA_A2	74,09	71,38	67,86	70,35	0,439
	(9,311)	(11,927)	(11,706)	(11,385)		
REA_A3	41,45	39,00	36,00	38,52	0,099	
	(4,367)	(7,563)	(5,865)	(6,919)		
REA_B1	20,91	21,77	19,62	20,92	0,423	
	(4,227)	(3,204)	(3,721)	(3,837)		
REA_B2	20,00	20,23	18,00	19,86	0,404	
	(5,177)	(4,616)	(4,219)	(5,346)		
REA_B3	39,45	37,50	34,43	37,54	0,181	
	(6,138)	(7,382)	(6,645)	(6,825)		

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

No hay diferencias significativas en los puntajes de las escalas estudiadas, en función de la experiencia total como trabajador/a social (tabla 58). Tampoco hay diferencias en función del tiempo que llevan en el actual puesto de trabajo (tabla 59).

Tabla 59						
Resultados en función de la experiencia en actual puesto de trabajo						
Escalas	Menos 5 años	Entre 6 y 10 años	Entre 11 y 15 años	Más de 15 años	p valor (Kruskal-Wallis)	
UWES	V	13,18 (2,676)	15,12 (2,065)	13,95 (2,837)	14,17 (2,865)	0,199
	D	14,09 (3,015)	15,15 (2,014)	14,10 (3,113)	14,17 (3,475)	0,757
	A	13,18 (3,281)	13,58 (3,264)	13,24 (3,161)	13,00 (3,493)	0,955
	T. UWES	40,45 (7,866)	43,85 (6,442)	41,29 (7,995)	41,33 (8,787)	0,630
BEEGC-20	C	16,64 (1,963)	17,04 (1,990)	17,52 (1,601)	17,02 (2,175)	0,613
	I	6,00 (2,236)	5,69 (1,784)	5,81 (2,228)	5,77 (2,645)	0,713
	S	8,09 (2,386)	7,81 (2,333)	7,71 (2,952)	7,33 (2,426)	0,724
	AE	13,82 (2,089)	14,38 (2,844)	14,95 (2,479)	14,77 (2,273)	0,510
	EE	16,09 (2,212)	16,46 (3,373)	16,71 (2,411)	16,02 (2,652)	0,549
T. BEEGC-20	60,64 (5,409)	61,38 (7,122)	62,71 (5,451)	60,90 (6,196)	0,646	
IPC	T. IMP	281,36 (13,002)	280,96 (28,330)	268,43 (22,351)	283,63 (24,587)	0,130
	T. REA	240,18 (26,757)	232,54 (34,737)	218,38 (31,113)	230,00 (31,820)	0,288
	IMP_F	188,73 (9,921)	186,58 (18,318)	179,14 (14,654)	188,75 (15,967)	0,110
	IMP_SMAF	97,00 (5,177)	98,73 (11,968)	93,95 (9,912)	99,65 (11,229)	0,228

Tabla 59					
Resultados en función de la experiencia en actual puesto de trabajo					
Escalas	Menos 5 años	Entre 6 y 10 años	Entre 11 y 15 años	Más de 15 años	p valor (Kruskal-Wallis)
REA_F	163,27 (16,674)	156,27 (23,489)	149,48 (21,533)	154,90 (21,475)	0,469
REA_SMAF	80,36 (11,595)	79,50 (13,143)	72,05 (13,174)	78,18 (14,095)	0,282
IMP_A1	53,55 (3,778)	52,62 (5,954)	51,57 (5,230)	53,82 (5,753)	0,575
IMP_A2	87,27 (4,880)	87,08 (8,447)	83,29 (7,669)	87,92 (6,934)	0,129
IMP_A3	47,91 (3,506)	46,88 (6,212)	44,29 (4,291)	47,02 (5,646)	0,062
IMP_B1	24,73 (3,552)	25,69 (2,867)	24,43 (2,420)	25,78 (3,037)	0,226
IMP_B2	25,36 (3,202)	26,81 (4,631)	24,90 (3,129)	26,23 (4,771)	0,406
IMP_B3	46,91 (2,879)	46,23 (5,538)	44,62 (5,509)	47,63 (4,647)	0,130
REA_A1	47,73 (4,735)	45,88 (7,350)	45,62 (6,160)	46,17 (6,228)	0,799
REA_A2	74,09 (9,311)	71,38 (11,927)	67,86 (11,706)	70,40 (11,450)	0,425
REA_A3	41,45 (4,367)	39,00 (7,563)	33,33 (5,865)	38,33 (7,022)	0,107
REA_B1	20,91 (4,277)	21,77 (10,265)	19,62 (3,721)	20,90 (3,891)	0,430
REA_B2	20,00 (5,177)	20,23 (4,616)	18,00 (4,219)	19,85 (5,239)	0,406
REA_B3	39,45 (6,138)	37,50 (7,382)	34,43 (6,645)	37,43 (6,818)	0,186

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

6.1.7.9. Tipo de contrato

Tabla 60						
Resultados en función del tipo de contrato						
	Escalas	Temporal menor 6 meses	Interino/a	Contrato fijo	Otros	p valor (Kruskal- Wallis)
UWES	V	14,75 (3,948)	14,42 (2,553)	14,19 (2,754)	13,29 (3,450)	0,699
	D	16,25 (2,217)	14,57 (2,797)	14,05 (3,408)	14,43 (4,077)	0,551
	A	14,50 (3,109)	13,04 (3,413)	13,23 (3,062)	13,86 (4,562)	0,679
	T. UWES	45,50 (7,326)	42,03 (7,564)	41,47 (8,483)	41,57 (10,937)	0,779
BEEGC-20	C	14,75 (2,062)	17,25 (1,829)	16,88 (2,238)	16,57 (2,507)	0,158
	I	6,00 (1,633)	5,49 (1,910)	6,14 (2,973)	6,57 (1,397)	0,334
	S	7,50 (2,380)	7,64 (2,460)	7,53 (2,685)	7,71 (1,380)	0,971
	AE	12,75 (2,062)	14,57 (2,589)	14,63 (2,411)	14,86 (1,676)	0,484
	EE	15,75 (2,062)	16,54 (2,825)	15,79 (2,541)	15,86 (3,132)	0,355
	T. BEEGC- 20	56,75 (0,957)	61,49 (6,446)	60,98 (6,311)	61,57 (3,952)	0,233
IPC	T. IMP	280,50 (14,059)	280,28 (24,419)	281,72 (26,237)	271,86 (60,611)	0,838
	T. REA	233,00 (17,758)	230,39 (29,544)	225,93 (35,603)	245,29 (37,841)	0,609
	IMP_F	187,50 (13,796)	186,57 (15,939)	187,88 (17,196)	180,57 (12,713)	0,657
	IMP_SMA	98,25 (7,411)	98,15 (10,595)	98,70 (11,742)	95,86 (8,859)	0,952
	F	160,00 (6,733)	155,73 (19,730)	152,51 (23,973)	164,57 (26,044)	0,538
	REA_F	160,00 (6,733)	155,73 (19,730)	152,51 (23,973)	164,57 (26,044)	0,538

Tabla 60						
Resultados en función del tipo de contrato						
	Escalas	Temporal menor 6 meses	Interino/a	Contrato fijo	Otros	p valor (Kruskal- Wallis)
	REA_SMA	75,75	77,87	76,56	83,71	0,624
	F	(13,200)	(13,270)	(14,598)	(13,275)	
DIMENSIONES IPC	IMP_A1	54,50	52,78	54,16	50,71	0,363
		(5,916)	(5,699)	(5,619)	(2,430)	
	IMP_A2	86,00	87,01	87,14	84,57	0,869
		(4,320)	(7,460)	(7,495)	(7,786)	
	IMP_A3	47,00	46,78	46,67	45,29	0,804
		(4,967)	(5,455)	(5,858)	(3,729)	
	IMP_B1	25,25	25,31	25,70	24,86	0,805
		(1,708)	(3,041)	(3,020)	(2,193)	
	IMP_B2	26,75	26,33	25,70	25,29	0,872
		(2,217)	(4,251)	(4,627)	(4,386)	
	IMP_B3	46,25	46,51	47,30	45,71	0,764
		(5,058)	(5,010)	(5,125)	(3,251)	
	REA_A1	51,75	45,96	45,88	49,14	0,122
		(3,304)	(6,357)	(6,288)	(6,149)	
	REA_A2	67,50	71,01	68,98	76,29	0,459
		(10,083)	(10,628)	(12,266)	(13,187)	
	REA_A3	40,75	38,76	37,65	39,14	0,908
		(0,957)	(6,420)	(7,480)	(7,946)	
REA_B1	21,00	20,78	20,88	21,71	0,973	
	(2,160)	(3,805)	(3,781)	(4,231)		
REA_B2	19,25	19,60	19,42	21,43	0,763	
	(6,994)	(4,570)	(5,461)	(5,711)		
REA_B3	35,50	37,49	36,26	40,57	0,357	
	(4,435)	(7,042)	(7,155)	(4,467)		

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

No existen diferencias significativas en los puntajes de las diferentes escalas en función del tipo de contrato que tienen las personas participantes.

6.1.7.10. Espacios de supervisión

Tabla 61					
Resultados en función de si disponen de espacios de supervisión					
Escalas	Sí, de forma periódica M (DT)	Sí, de modo voluntario M (DT)	No M (DT)	p valor (Kruskal- Wallis)	
UWES	V	13,97 (2,566)	14,68 (2,198)	14,21 (3,040)	0,661
	D	14,63 (2,735)	14,62 (3,114)	14,21 (3,266)	0,792
	A	12,80 (3,605)	13,91 (3,059)	13,00 (3,322)	0,328
	T. UWES	41,40 (7,833)	43,21 (7,651)	41,42 (8,398)	0,482
BEEGC-20	C	17,10 (1,918)	16,94 (2,187)	16,98 (2,083)	0,972
	I	5,40 (1,673)	5,82 (2,393)	6,00 (2,570)	0,800
	S	7,83 (6,764)	7,91 (2,366)	7,30 (2,464)	0,506
	AE	14,97 (2,526)	14,26 (2,678)	14,49 (2,315)	0,508
	EE	16,53 (2,345)	15,68 (3,235)	16,35 (2,560)	0,639
	T. BEEGC-20	61,83 (5,602)	60,62 (7,390)	61,12 (5,770)	0,764
IPC	T. IMP	276,50 (23,808)	278,88 (23,129)	283,18 (25,680)	0,408
	T. REA	235,37 (35,697)	229,06 (24,901)	227,21 (33,812)	0,424
	IMP_F	184,30 (14,935)	184,68 (14,470)	189,28 (17,420)	0,158
	IMP_SMAF	96,43 (10,109)	98,82 (11,175)	98,79 (10,916)	0,653
	REA_F	158,67 (23,033)	153,44 (17,445)	154,51 (22,816)	0,396
	REA_SMAF	79,80 (14,873)	79,00 (11,544)	75,75 (14,180)	0,300
	IMP_A1	52,40 (4,606)	52,21 (5,296)	54,23 (6,062)	0,098
	IMP_A2	86,10 (7,549)	86,26 (6,943)	87,67 (7,544)	0,506
DIMENSIONES IPC	IMP_A3	45,80 (4,831)	46,21 (5,139)	47,39 (5,930)	0,172
	IMP_B1	25,20 (2,747)	25,38 (2,829)	25,56 (3,140)	0,793
	IMP_B2	25,23 (3,989)	26,68 (4,005)	26,12 (4,656)	0,320
	IMP_B3	46,00 (4,433)	46,76 (5,505)	47,11 (4,876)	0,629
	REA_A1	158,67 (23,033)	153,44 (17,445)	154,51 (22,816)	0,190

Tabla 61				
Resultados en función de si disponen de espacios de supervisión				
Escalas	Sí, de forma periódica M (DT)	Sí, de modo voluntario M (DT)	No M (DT)	p valor (Kruskal- Wallis)
REA_A2	79,80 (11,544)	79,00 (11,544)	75,75 (14,180)	0,257
REA_A3	46,93 (6,330)	44,62 (5,472)	46,98 (6,672)	0,692
REA_B1	72,83 (12,337)	70,79 (9,276)	69,05 (11,930)	0,465
REA_B2	38,90 (6,294)	38,03 (6,157)	38,47 (7,438)	0,793
REA_B3	21,40 (3,962)	21,09 (3,334)	20,47 (3,878)	0,199

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

Las medias en los puntajes relacionados con el constructo de *Engagement* son más elevadas en las personas que realizan supervisión de modo voluntario que en aquellas que la realizan de manera periódica (como rutina habitual del servicio), pero esas diferencias no son estadísticamente significativas. Por otra parte, las personas que realizan supervisión de manera periódica, presentan mayores puntajes en las escalas relacionadas con las Escalas de Expectativas Generalizadas de Control, pero las diferencias tampoco son significativas. En cuanto al Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas, las personas que realizan la supervisión de modo voluntario presentan puntajes más elevados en los niveles de importancia, mientras que las que realizan supervisión de manera periódica puntúan más elevado en niveles de realización. Sin embargo, esas diferencias tampoco presentan diferencias significativas.

6.1.7.11. Espacios de reunión y coordinación.

En primer lugar, se analizan los resultados en función de si tienen o no reunión interprofesional en su servicio, teniendo asimismo en cuenta la periodicidad de dichos encuentros.

Tabla 62					
Resultados en función de espacios reunión interprofesional del servicio					
	Escalas	Sí, reunión semanal M (DT)	Sí, reunión quincenal/ mensual M (DT)	No M (DT)	p valor (Kruskal- Wallis)
UWES	V	14,22 (2,628)	14,55 (2,439)	13,40 (4,169)	0,633
	D	14,28 (2,892)	14,94 (2,967)	13,00 (4,397)	0,193
	A	13,30 (3,038)	13,55 (3,322)	11,00 (4,522)	0,194
	T. UWES	41,80 (7,637)	43,04 (7,644)	37,40 (11,118)	0,200
BEEGC-20	C	17,11 (2,025)	16,87 (2,102)	16,90 (2,234)	0,729
	I	5,84 (2,470)	5,57 (1,931)	6,60 (3,026)	0,706
	S	7,75 (2,795)	7,45 (2,124)	7,40 (1,776)	0,955
	AE	14,56 (2,672)	14,83 (2,190)	13,10 (1,969)	0,094
	EE	16,20 (2,533)	16,32 (2,695)	15,70 (4,001)	0,890
	T. BEEGC- 20	61,47 (6,609)	61,04 (5,481)	59,70 (6,977)	0,981
IPC	T. IMP	278,55 (25,390)	280,64 (23,727)	290,10 (21,916)	0,445
	T. REA	227,69 (35,633)	233,09 (27,195)	227,30 (29,365)	0,881
	IMP_F	185,06 (17,139)	187,21 (14,952)	195,40 (12,167)	0,175
	IMP_SMA	98,34 (10,720)	97,98 (10,850)	98,50 (11,664)	0,943
	REA_F	154,69 (24,297)	156,53 (17,206)	152,70 (21,344)	0,929
	REA_SMA	76,34 (14,101)	79,68 (13,579)	76,770 (11,344)	0,777
	IMP_A1	51,84 (5,821)	54,32 (4,774)	56,70 (5,056)	0,005
	IMP_A2	87,22 (8,027)	85,96 (6,646)	89,10 (5,859)	0,268
IMP_A3	46,00 (5,503)	46,94 (5,643)	49,60 (3,098)	0,101	
IMP_B1	25,55 (2,828)	25,43 (2,842)	24,60 (4,142)	0,837	
IMP_B2	26,23 (3,931)	25,70 (4,539)	26,60 (5,835)	0,763	
IMP_B3	46,56 (5,105)	46,85 (4,732)	47,30 (5,250)	0,857	

Tabla 62				
Resultados en función de espacios reunión interprofesional del servicio				
Escalas	Sí, reunión semanal M (DT)	Sí, reunión quincenal/ mensual M (DT)	No M (DT)	p valor (Kruskal- Wallis)
REA_A1	45,19 (7,051)	47,55 (5,030)	47,60 (5,892)	0,109
REA_A2	71,52 (12,569)	69,98 (9,561)	66,20 (11,003)	0,332
REA_A3	37,98 (7,126)	39,00 (6,104)	38,90 (7,937)	0,600
REA_B1	20,81 (3,891)	21,38 (3,511)	18,90 (3,510)	0,175
REA_B2	19,61 (4,898)	19,89 (5,142)	18,50 (5,318)	0,773
REA_B3	35,92 (7,011)	38,40 (6,655)	39,30 (6,550)	0,108

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

Las personas que tienen reuniones quincenales o mensuales con el resto de profesionales del servicio, presentan puntajes más elevados en las escalas de *Engagement*, así como en Autoeficacia y Expectativas de Éxito, que aquellas que, o bien no tienen reunión, o bien tienen reunión semanal. Sin embargo, esas diferencias no son significativas. En relación a las dimensiones del Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas, vemos que los puntajes en las escalas relacionadas con el nivel de importancia son más elevados en las personas que no tienen reuniones de coordinación interprofesional en su servicio, y, en cambio, los puntajes en las escalas relacionadas con el nivel de realización son más elevados en las personas que tienen reunión quincenal o mensual, a excepción de la Dimensión B2 (actuaciones a desarrollar con la familia, en relación a los sistemas más amplios), en la que las personas que presentan puntajes más elevados son las que tienen reunión semanal. Además, las personas que tienen reunión quincenal o mensual presentan puntajes más elevados que las que tienen reunión semanal, tanto en importancia como en realización, a excepción de la Dimensión B2 en nivel de realización. Estas diferencias entre grupos no presentan significación estadística, a excepción del nivel de importancia de la Dimensión A1 (postura relacional del/de la profesional), que sí presenta diferencias significativas; así, las personas que no tienen reunión de coordinación en el servicio presentan puntajes significativamente más elevados en esta dimensión que aquellas que tienen una reunión semanal.

También se han analizado los resultados en función de si disponen de espacios de coordinación para el equipo de trabajo de caso, es decir, si en el propio servicio trabajan de

manera interprofesional -coordinándose para ello- varios profesionales con un mismo caso (tabla 63).

Tabla 63				
Resultados en función de los espacios de coordinación equipo de trabajo de caso (en propio servicio)				
	Escalas	Sí M (DT)	No M (DT)	p valor (U de Mann- Whitney)
UWES	V	14,25 (7,197)	14,50 (2,956)	0,695
	D	14,49 (3,047)	14,06 (3,421)	0,725
	A	13,29 (3,226)	12,61 (3,958)	0,615
	T. UWES	42,03 (8,054)	41,17 (8,305)	0,683
BEEGC-20	C	17,04 (2,014)	16,94 (2,287)	0,967
	I	5,78 (2,298)	5,94 (2,578)	0,997
	S	7,71 (2,496)	7,00 (2,351)	0,428
	AE	14,64 (2,400)	14,17 (2,854)	0,622
	EE	16,23 (2,610)	16,17 (3,400)	0,742
	T. BEEGC- 20	61,39 (6,270)	60,22 (5,725)	0,777
IPC	T. IMP	278,39 (24,142)	289,89 (24,897)	0,152
	T. REA	229,54 (32,102)	230,78 (33,123)	0,924
	IMP_F	185,17 (15,975)	194,83 (14,533)	0,036
	IMP_SMAF	97,85 (10,554)	99,83 (12,157)	0,656
	REA_F	154,98 (21,153)	156,89 (24,024)	0,820
	REA_SMAF	77,75 (13,876)	76,83 (13,237)	0,783
DIMENSIONES IPC	IMP_A1	52,44 (5,257)	57,00 (5,456)	0,003
	IMP_A2	86,60 (7,453)	88,44 (6,998)	0,510
	IMP_A3	46,13 (5,604)	49,39 (3,550)	0,017
	IMP_B1	25,42 (2,773)	25,33 (3,896)	0,894
	IMP_B2	25,71 (4,297)	27,83 (4,120)	0,075
	IMP_B3	46,73 (4,783)	46,67 (5,990)	0,932
	REA_A1	45,86 (5,974)	48,94 (7,757)	0,100
	REA_A2	70,90 (11,442)	68,22 (11,301)	0,328
	REA_A3	38,22 (6,723)	39,72 (7,307)	0,242
	REA_B1	20,97 (3,759)	20,28 (3,816)	0,404
REA_B2	19,35 (4,976)	20,89 (5,040)	0,261	

Tabla 63			
Resultados en función de los espacios de coordinación equipo de trabajo de caso (en propio servicio)			
Escalas	Sí M (DT)	No M (DT)	p valor (U de Mann- Whitney)
REA_B3	37,43 (6,633)	35,67 (8,561)	0,412
En negrita, <i>p</i> valor significativo (< 0,05)			

No hay diferencias significativas en las escalas relacionadas con *Engagement*, así como tampoco en las Escalas de Expectativas Generalizadas de Control, en función de si disponen o no de espacios de coordinación del equipo de trabajo de caso. En cuanto a las escalas del Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas, las personas que no disponen de estos espacios de coordinación presentan puntajes más elevados en el nivel de importancia de las dimensiones relacionadas con la familia. Estas diferencias son significativas, tanto para el conjunto de estas tres dimensiones (nivel de importancia) como para el nivel de importancia en las dimensiones A1 (postura relacional del profesional) y A3 (enfoque centrado en capacidades). En cuanto al nivel de realización, las personas que sí disponen de estos espacios de coordinación presentan puntuaciones más elevadas en algunas dimensiones, pero las diferencias no son estadísticamente significativas.

En cuanto a la toma de decisiones en el equipo de trabajo de caso, analizamos en la tabla 64 los resultados obtenidos en las diferentes escalas estudiadas.

Tabla 64						
Resultados en función de la toma decisiones conjuntas en equipo de trabajo de caso						
Escalas	Sí, siempre	Sí, de forma habitual	Algunas veces	No, salvo contadas excepciones	p valor (Kruskal- Wallis)	
UWES	V	15,23 (2,045)	13,68 (2,675)	14,13 (3,907)	16,33 (1,528)	0,031
	D	15,71 (2,493)	13,73 (9,707)	14,00 (3,891)	17,00 (1,000)	0,113
	A	13,55	12,91	13,50	13,33	0,707

Tabla 64					
Resultados en función de la toma decisiones conjuntas en equipo de trabajo de caso					
Escalas	Sí, siempre	Sí, de forma habitual	Algunas veces	No, salvo contadas excepciones	p valor (Kruskal-Wallis)
	(3,335)	(3,469)	(3,295)	(2,082)	
T. UWES	44,48	40,31	41,63	46,67	0,151
	(6,255)	(8,322)	(10,716)	(2,082)	
C	17,03	16,95	17,75	15,33	0,386
	(2,536)	(1,835)	(1,832)	(3,055)	
I	5,45 (2,554)	5,82 (2,186)	6,88 (2,696)	5,33 (0,577)	0,868
S	7,90 (2,959)	7,42 (2,245)	7,50 (1,927)	7,67 (2,517)	0,782
AE	14,84	14,35	14,63	14,67	0,500
	(1,968)	(2,583)	(2,326)	(1,155)	
EE	16,81	15,88	16,63	16,67	0,109
	(2,701)	(2,838)	(1,768)	(1,155)	
T. BEEGC-20	62,03	60,42	63,38	59,67	0,597
	(6,327)	(6,233)	(4,955)	(2,887)	
T. IMP	282,16	279,55	275,25	300,33	0,061
	(23,607)	(25,839)	(23,335)	(9,074)	
T. REA	237,68	226,53	241,88	241,33	0,010
	(28,561)	(31,984)	(26,101)	(30,534)	
IMP_F	186,74	186,26	186,25	205,67	0,033
	(15,494)	(16,993)	(14,626)	(2,082)	
IMP_SMA	100,03	97,89	93,88	100,33	0,283
F	(10,790)	(10,710)	(10,869)	(8,021)	
REA_F	157,58	153,65	164,38	167,67	0,015
	(19,871)	(21,583)	(18,462)	(15,503)	
REA_SMA	83,55	75,95	80,75	76,33	0,018
F	(13,107)	(13,115)	(9,099)	(16,166)	
IMP_A1	53,32	53,04	52,38	59,67	0,019
	(5,173)	(5,890)	(4,565)	(1,155)	
IMP_A2	87,23	86,55	86,88	93,33	0,400
	(6,776)	(7,899)	(7,298)	(3,333)	
IMP_A3	46,19	46,66	47,00	52,67	0,021
	(6,199)	(5,455)	(3,928)	(1,528)	

Tabla 64					
Resultados en función de la toma decisiones conjuntas en equipo de trabajo de caso					
Escalas	Sí, siempre	Sí, de forma habitual	Algunas veces	No, salvo contadas excepciones	p valor (Kruskal-Wallis)
IMP_B1	26,19 (2,725)	25,14 (1,089)	24,88 (2,748)	26,67 (0,577)	0,166
IMP_B2	26,45 (4,463)	26,20 (4,101)	22,63 (5,605)	27,00 (3,606)	0,550
IMP_B3	47,39 (5,044)	46,55 (4,823)	46,38 (4,534)	46,67 (4,163)	0,212
REA_A1	46,00 (6,197)	46,20 (6,327)	48,38 (4,838)	51,00 (4,359)	0,003
REA_A2	72,90 (11,654)	69,22 (10,643)	75,8 (9,746)	73,00 (14,933)	0,016
REA_A3	38,68 (6,665)	38,23 (6,979)	40,13 (5,463)	43,67 (2,082)	0,018
REA_B1	22,35 (3,747)	20,35 (3,692)	21,88 (2,232)	20,00 (1,732)	0,194
REA_B2	21,06 (4,676)	19,36 (4,962)	18,75 (4,979)	19,33 (8,622)	0,111
REA_B3	40,13 (6,893)	36,23 (6,302)	40,13 (4,422)	37,00 (6,000)	0,030

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

Las personas que manifiestan no tomar decisiones en conjunto en el equipo de trabajo de caso, salvo en contadas excepciones, presentan niveles más elevados de Vigor, siendo estas diferencias estadísticamente significativas con respecto a aquellas personas que toman, de forma habitual, las decisiones de modo conjunto. Las escalas Autoeficacia y Expectativas de Éxito muestran puntajes ligeramente superiores en las personas que manifiestan tomar siempre las decisiones en conjunto en el equipo de trabajo de caso, pero esas diferencias no presentan significación estadística. En cuanto a las escalas del Inventario de Prácticas Colaborativas, las personas que no toman las decisiones en conjunto presentan puntuaciones más elevadas en el conjunto de dimensiones relacionadas con la familia (tanto en nivel de importancia como en nivel de realización), que las que sí toman habitualmente las decisiones en conjunto, siendo

dichas diferencias, además, significativamente estadísticas. En cambio, las personas que toman esas decisiones en conjunto, presentan puntajes más elevados en las dimensiones relacionadas con los sistemas más amplios (nivel de realización), y estas diferencias son significativas.

También se analizan, en la tabla 65, los puntajes obtenidos en las escalas estudiadas, en función de si realizan reuniones de red, con tres o más servicios.

Tabla 65						
Resultados en función de realización de reuniones de red (con 3 o más servicios)						
Escalas	Sí, siempre	Sí, de forma habitual	Algunas veces	No, salvo contadas excepciones	p valor (Kruskal-Wallis)	
UWES	V	14,46 (3,332)	14,44 (2,211)	13,69 (2,874)	16,56 (2,068)	0,014
	D	15,31 (3,838)	14,94 (2,392)	13,37 (3,340)	16,44 (1,590)	0,004
	A	13,00 (4,340)	13,48 (3,288)	12,73 (3,244)	14,78 (1,922)	0,270
	T. UWES	42,77 (9,782)	42,85 (6,640)	39,78 (8,721)	47,78 (3,930)	0,017
BEEGC-20	C	16,85 (2,968)	16,81 (2,189)	17,23 (1,604)	16,56 (2,242)	0,705
	I	6,54 (3,3282)	5,33 (1,939)	6,02 (2,337)	6,00 (2,236)	0,470
	S	8,08 (3,121)	7,27 (2,111)	7,69 (2,557)	8,22 (2,863)	0,731
	AE	14,77 (2,048)	14,83 (2,346)	14,25 (2,390)	14,33 (3,969)	0,611
	EE	16,15 (3,078)	16,67 (2,668)	15,86 (2,631)	15,78 (3,032)	0,529
T. BEEGC-20	62,38 (3,709)	60,92 (7,001)	61,12 (5,785)	60,89 (7,373)	0,641	
IPC	T. IMP	288,38 (27,131)	279,04 (22,368)	279,25 (26,621)	281,44 (20,057)	0,658
	T. REA	236,69 (39,398)	238,13 (27,528)	222,61 (30,466)	215,56 (41,398)	0,071
	IMP_F	189,15 (18,810)	185,38 (15,143)	187,02 (16,862)	189,11 (14,155)	0,682
	IMP_SMA	103,69	98,33	96,86	97,33	0,279

Tabla 65					
Resultados en función de realización de reuniones de red (con 3 o más servicios)					
Escalas	Sí, siempre	Sí, de forma habitual	Algunas veces	No, salvo contadas excepciones	p valor (Kruskal-Wallis)
F	(11,793)	(9,343)	(11,484)	(11,336)	
REA_F	152,92 (25,141)	160,15 (18,874)	152,24 (21,289)	149,44 (27,605)	0,301
REA_SMA	87,00	81,46	73,25	69,00	0,003
F	(17,795)	(11,047)	(12,086)	(16,386)	
IMP_A1	54,23 (5,747)	52,69 (5,612)	53,22 (5,601)	54,44 (5,318)	0,783
IMP_A2	88,08 (7,921)	86,63 (6,506)	86,69 (8,370)	87,67 (5,268)	0,838
IMP_A3	46,85 (7,798)	46,06 (5,567)	47,12 (4,799)	47,00 (5,123)	0,694
IMP_B1	26,54 (3,017)	25,67 (2,571)	24,90 (3,300)	25,44 (2,242)	0,384
IMP_B2	27,38 (5,009)	25,94 (3,927)	25,82 (4,642)	26,11 (3,689)	0,600
IMP_B3	49,77 (4,833)	46,73 (4,433)	46,14 (5,016)	45,78 (6,300)	0,107
REA_A1	45,38 (7,229)	46,81 (6,400)	46,06 (5,826)	46,33 (7,921)	0,662
REA_A2	70,00 (13,460)	73,60 (9,629)	68,39 (11,100)	66,33 (15,692)	0,099
REA_A3	37,54 (9,189)	39,73 (5,981)	37,78 (6,613)	36,78 (7,839)	0,551
REA_B1	22,77 (4,867)	22,25 (2,986)	19,39 (3,447)	19,22 (3,734)	0,000
REA_B2	21,85 (6,427)	20,08 (4,395)	19,00 (4,907)	17,56 (5,681)	0,271
REA_B3	42,38 (7,309)	39,13 (5,541)	34,86 (6,280)	33,22 (9,025)	0,000

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

En este caso, también las personas que no realizan reuniones de red (salvo en contadas excepciones), presentan puntajes más elevados en Vigor, y también en Dedicación y en el total del constructo *Engagement*. Estas diferencias son significativas. En Autoeficacia y en Expectativas de Éxito, sin embargo, no hay diferencias significativas, si bien las personas que realizan reuniones de red tienden a puntuar más elevado en ambas escalas. En las escalas del Inventario de Prácticas Colaborativas, las personas que realizan reuniones de red presentan puntajes más elevados en el conjunto de dimensiones relacionadas con la familia, así como en las dimensiones relacionadas con los sistemas más amplios (tanto en nivel de importancia como en nivel de realización). Sin embargo, solo el nivel de realización del conjunto de dimensiones relacionadas con los sistemas más amplios (REA_SMAF) presenta diferencias significativas.

Tabla 66						
Resultados en función de la toma de decisiones conjunta en reuniones de red						
Escalas	Sí, siempre	Sí, de forma habitual	Algunas veces	No, salvo contadas excepciones	p valor (Kruskal-Wallis)	
UWES	V	15,23 (2,045)	13,68 (2,675)	14,13 (3,907)	16,33 (1,528)	0,018
	D	15,71 (2,493)	13,73 (3,116)	14,00 (3,891)	17,00 (1,000)	0,004
	A	13,55 (3,335)	12,91 (3,469)	13,50 (3,295)	13,33 (2,082)	0,781
	T. UWES	44,48 (6,255)	40,31 (8,322)	41,63 (10,716)	46,67 (2,082)	0,07
BEEGC-20	C	17,03 (2,536)	16,95 (1,835)	17,75 (1,832)	15,33 (3,055)	0,421
	I	5,45 (2,554)	5,82 (2,186)	6,88 (2,696)	5,33 (0,577)	0,265
	S	7,90 (2,959)	7,42 (2,245)	7,50 (1,927)	7,67 (2,517)	0,978
	AE	14,84 (1,968)	14,35 (2,583)	14,63 (2,326)	14,67 (1,155)	0,835
	EE	16,81 (2,701)	15,88 (2,838)	16,63 (1,768)	16,67 (1,155)	0,381
	T. BEEGC-20	62,03 (6,327)	60,42 (6,233)	63,38 (4,955)	59,67 (2,887)	0,456
IPC	T. IMP	282,16 (23,067)	279,55 (25,839)	275,25 (23,335)	300,33 (9,074)	0,462
	T. REA	237,68	226,53	241,88	241,33	0,190

Tabla 66					
Resultados en función de la toma de decisiones conjunta en reuniones de red					
Escalas	Sí, siempre	Sí, de forma habitual	Algunas veces	No, salvo contadas excepciones	p valor (Kruskal-Wallis)
	(28,561)	(31,984)	(26,101)	(30,534)	
IMP_F	186,74	186,26	186,25	205,67	0,166
	(15,494)	(16,993)	(14,626)	(2,082)	
IMP_SMA	100,03	97,89	93,88	100,33	0,526
F	(10,790)	(10,710)	(10,869)	(8,021)	
REA_F	157,58	153,65	164,38	167,67	0,288
	(19,871)	(21,583)	(18,462)	(15,503)	
REA_SMA	83,55	75,95	80,75	76,33	0,064
F	(13,107)	(13,115)	(9,099)	(16,166)	
IMP_A1	53,32	53,04	52,38	59,67	0,187
	(5,173)	(5,890)	(4,565)	(1,155)	
IMP_A2	87,23	86,55	86,88	93,33	0,404
	(6,776)	(7,899)	(7,298)	(3,055)	
IMP_A3	46,19	46,66	47,00	52,67	0,197
	(6,199)	(5,455)	(3,928)	(1,528)	
IMP_B1	26,19	25,14	24,88	26,67	0,297
	(2,725)	(3,089)	(2,748)	(0,577)	
IMP_B2	26,45	26,20	22,63	27,00	0,288
	(4,463)	(4,101)	(5,605)	(3,606)	
IMP_B3	47,39	46,55	46,38	46,67	0,870
	(5,044)	(4,823)	(4,534)	(4,163)	
REA_A1	46,00	46,20	48,38	51,00	0,343
	(6,197)	(6,327)	(4,838)	(4,359)	
REA_A2	72,90	69,22	75,88	73,00	0,135
	(11,654)	(10,643)	(9,746)	(14,933)	
REA_A3	38,68	38,23	40,13	43,67	0,412
	(6,665)	(6,979)	(5,463)	(2,082)	
REA_B1	22,35	20,35	21,88	20,00	0,082
	(3,747)	(3,692)	(2,232)	(1,732)	
REA_B2	21,06	19,36	18,75	19,33	0,491
	(4,676)	(4,962)	(4,979)	(8,622)	

DIMENSIONES IPC

Tabla 66					
Resultados en función de la toma de decisiones conjunta en reuniones de red					
Escalas	Sí, siempre	Sí, de forma habitual	Algunas veces	No, salvo contadas excepciones	p valor (Kruskal-Wallis)
REA_B3	40,13 (6,893)	36,23 (6,302)	40,13 (4,422)	37,00 (6,000)	0,019

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

Finalmente, en este apartado se presenta la tabla 66, relativa a los resultados en las diferentes escalas estudiadas, en función de si toman decisiones en conjunto en las reuniones de red. Las personas que no toman esas decisiones en conjunto presentan niveles más elevados de Vigor y Dedicación (diferencias significativas). En el resto de escalas no hay diferencias significativas, excepto en el nivel de realización de la dimensión B3 (actuaciones a desarrollar con los sistemas más amplios), en la que las personas que toman siempre las decisiones en conjunto en las reuniones de red presentan puntajes más elevados que las que no.

6.1.7.12. Protocolos o procedimientos escritos.

La tabla 67 hace referencia a los resultados en función de si tienen o no procedimientos escritos para el equipo de trabajo de caso, y la tabla 68, en función de si tienen o no procedimientos escritos para el trabajo en red.

Tabla 67					
Protocolo o procedimiento escrito para equipo de trabajo de caso					
Escalas	Sí M (DT)	No M (DT)	No lo sé M (DT)	p valor (Kruskal-Wallis)	
UWES	V	13,98 (2,877)	14,29 (2,661)	15,06 (2,323)	0,475
	D	13,90 (3,244)	14,64 (3,165)	15,06 (1,982)	0,331
	A	12,50 (3,408)	13,61 (3,415)	13,75 (2,517)	0,127
	T. UWES	40,38 (8,562)	42,54 (7,979)	43,88 (5,943)	0,219
BEECG-20	C	17,06 (1,906)	17,09 (2,201)	16,63 (2,062)	0,594
	I	5,63 (2,266)	5,79 (2,462)	6,50 (2,000)	0,126
	S	7,42 (2,268)	7,73 (2,625)	7,88 (2,579)	0,794
	AE	14,79 (2,192)	14,75 (2,306)	13,06 (3,376)	0,111

Tabla 67						
Protocolo o procedimiento escrito para equipo de trabajo de caso						
Escalas	Sí M (DT)	No M (DT)	No lo sé M (DT)	p valor (Kruskal- Wallis)		
EE	16,23 (2,668)	16,38 (2,461)	15,44 (3,687)	0,753		
T. BEECG- 20	61,13 (5,752)	61,73 (5,950)	59,50 (8,238)	0,808		
IPC	T. IMP	279,58 (22,902)	277,59 (24,779)	291,13 (27,136)	0,123	
	T. REA	238,92 (31,145)	226,20 (28,468)	214,81 (40,243)	0,078	
	IMP_F	185,98 (15,436)	185,68 (16,357)	192,56 (17,313)	0,258	
	IMP_SMA F	98,25 (9,909)	96,54 (10,680)	103,38 (12,425)	0,082	
	REA_F	161,31 (20,309)	152,96 (19,730)	144,81 (26,418)	0,060	
	REA_SMA F	81,00 (13,875)	76,36 (12,169)	72,63 (16,769)	0,110	
	DIMENSIONES IPC	IMP_A1	52,46 (5,516)	53,50 (5,628)	54,13 (5,608)	0,570
		IMP_A2	87,33 (6,868)	85,70 (7,632)	89,75 (7,550)	0,128
IMP_A3		46,19 (5,314)	46,48 (5,566)	48,69 (5,582)	0,227	
IMP_B1		25,71 (2,560)	24,86 (3,077)	26,44 (3,346)	0,069	
IMP_B2		25,73 (4,365)	25,77 (4,156)	27,88 (4,631)	0,301	
IMP_B3		46,81 (4,423)	45,91 (5,167)	49,06 (5,066)	0,079	
REA_A1		46,98 (6,570)	45,88 (5,915)	45,25 (6,826)	0,508	
REA_A2		74,56 (10,595)	69,20 (10,358)	63,19 (12,999)	0,005	
REA_A3		39,77 (5,969)	37,89 (6,771)	36,38 (8,724)	0,294	
REA_B1		21,81 (3,841)	20,50 (3,325)	19,38 (4,440)	0,102	
REA_B2		20,63 (4,932)	19,38 (4,677)	17,63 (5,965)	0,140	
REA_B3		38,56 (6,791)	36,48 (6,785)	35,63 (7,580)	0,284	

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

Como vemos, no hay diferencias significativas en los puntajes de las diferentes escalas en función de si disponen o no de estos protocolos (tablas 67 y 68).

Tabla 68					
Protocolo o procedimiento escrito sobre trabajo en red					
Escalas	Sí M (DT)	No M (DT)	No lo sé M (DT)	p valor (Kruskal- Wallis)	
UWES	V	14,14 (2,510)	14,36 (2,338)	14,91 (3,147)	0,350
	D	14,37 (2,647)	14,56 (3,014)	14,83 (3,298)	0,541
	A	12,83 (3,408)	13,64 (3,241)	13,26 (2,864)	0,379
	T. UWES	41,34 (7,650)	42,56 (7,178)	43,00 (8,618)	0,496
BEEGC-20	C	16,94 (1,939)	16,90 (2,166)	17,26 (2,072)	0,775
	I	5,49 (1,884)	5,82 (2,513)	6,09 (2,255)	0,504
	S	7,71 (2,230)	7,61 (2,551)	7,26 (2,598)	0,722
	AE	14,40 (2,226)	14,93 (2,287)	13,61 (2,981)	0,187
	EE	16,29 (2,527)	16,31 (2,585)	14,74 (3,320)	0,830
	T. BEEGC-20	60,83 (5,597)	61,57 (6,106)	59,96 (7,093)	0,920
IPC	T. IMP	280,37 (24,000)	278,87 (24,012)	285,61 (27,159)	0,468
	T. REA	238,20 (31,573)	230,20 (28,819)	217,91 (37,313)	0,114
	IMP_F	186,34 (15,021)	186,48 (15,644)	189,00 (19,195)	0,603
	IMP_SMA	98,49 (10,512)	97,11 (10,674)	101,39 (11,401)	0,268
	REA_F	160,11 (19,288)	156,08 (20,073)	146,96 (25,483)	0,146
	REA_SMA	81,43 (14,696)	77,25 (12,179)	73,96 (15,325)	0,174
	F				
DIMENSIONES IPC	IMP_A1	52,74 (4,655)	53,69 (5,521)	53,09 (6,947)	0,717
	IMP_A2	86,74 (7,679)	86,56 (7,311)	88,26 (7,066)	0,680
	IMP_A3	46,86 (4,499)	46,23 (5,566)	47,65 (6,678)	0,374
	IMP_B1	25,69 (2,643)	25,02 (3,090)	26,22 (2,984)	0,172
	IMP_B2	26,51 (4,196)	25,49 (4,109)	27,17 (4,979)	0,218
	IMP_B3	46,29 (4,836)	46,61 (5,113)	48,00 (4,739)	0,417

Tabla 68				
Protocolo o procedimiento escrito sobre trabajo en red				
Escalas	Sí	No	No lo sé	p valor
	M (DT)	M (DT)	M (DT)	(Kruskal-Wallis)
REA_A1	46,80 (5,530)	46,75 (6,016)	44,74 (8,035)	0,638
REA_A2	73,49 (10,728)	70,84 (10,474)	65,65 (13,155)	0,067
REA_A3	39,83 (5,565)	38,49 (6,818)	36,57 (7,885)	0,246
REA_B1	21,80 (4,199)	20,56 (3,364)	20,48 (3,987)	0,235
REA_B2	20,40 (4,930)	20,00 (4,604)	17,65 (5,905)	0,148
REA_B3	39,23 (7,051)	36,69 (6,614)	35,83 (7,196)	0,187

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

6.1.7.13. Cargas de trabajo.

En este apartado se presentan los puntajes de las escalas estudiadas, en función del rango semanal de casos, así como el rango de nuevos casos semanales, y el cierre de casos mensual.

Tabla 69						
Rango casos atendidos a la semana						
Escalas	1-10 casos	11-20 casos	21-30 casos	31 o más casos	p valor	(Kruskal-Wallis)
UWES	V	14,08 (2,855)	14,36 (2,808)	13,92 (2,503)	14,75 (1,488)	0,908
	D	14,27 (3,232)	14,21 (3,248)	15,33 (1,969)	15,63 (2,066)	0,641
	A	13,15 (3,319)	13,03 (3,499)	14,58 (1,505)	13,00 (3,703)	0,639
	T. UWES	41,50 (8,548)	41,60 (8,469)	43,83 (4,549)	43,38 (6,589)	0,927
BEEG C-20	C	16,81 (1,898)	16,99 (2,076)	16,25 (2,261)	18,88 (0,991)	0,024

Tabla 69						
Rango casos atendidos a la semana						
Escalas	1-10 casos	11-20 casos	21-30 casos	31 o más casos	p valor (Kruskall-Wallis)	
IPC	I	5,69 (2,526)	5,88 (2,382)	6,17 (2,125)	4,88 (1,126)	0,679
	S	7,69 (2,710)	7,67 (2,338)	7,58 (3,175)	6,75 (1,909)	0,741
	AE	15,35 (2,591)	14,31 (2,399)	13,67 (2,674)	15,50 (1,690)	0,071
	EE	15,58 (2,759)	16,20 (2,809)	16,33 (2,425)	18,13 (0,991)	0,116
	T. BEEGC-20	61,12 (5,172)	61,04 (6,851)	60,00 (5,560)	64,13 (1,100)	0,191
	T. IMP	276,15 (26,469)	281,04 (23,078)	276,00 (24,863)	293,50 (29,674)	0,381
	T. REA	231,92 (39,071)	228,84 (31,663)	225,67 (28,414)	237,38 (9,899)	0,749
	IMP_F	183,92 (15,641)	187,63 (15,504)	183,33 (18,188)	192,88 (20,053)	0,513
	IMP_SMA	96,85 (12,833)	98,05 (9,947)	97,17 (10,053)	105,75 (10,794)	0,219
	F	155,04 (24,551)	155,12 (21,571)	151,75 (20,298)	162,25 (8,430)	0,790
REA_F	80,42 (17,135)	76,75 (12,965)	77,25 (12,234)	78,00 (10,623)	0,633	
DIMENSIONES IPC	IMP_A1	52,62 (5,367)	53,21 (5,480)	53,25 (4,827)	55,00 (8,264)	0,546
	IMP_A2	85,62 (6,911)	87,36 (7,406)	85,00 (7,886)	89,38 (7,633)	0,428
	IMP_A3	45,69 (5,454)	47,05 (5,133)	45,08 (7,115)	48,50 (5,782)	0,354
	IMP_B1	24,92 (3,149)	25,40 (2,945)	25,33 (2,348)	27,38 (2,669)	0,193
	IMP_B2	25,65	25,91	25,42	29,75	0,094

Tabla 69					
Rango casos atendidos a la semana					
Escalas	1-10 casos	11-20 casos	21-30 casos	31 o más casos	p valor (Kruskall-Wallis)
	(4,874)	(4,143)	(3,988)	(3,370)	
IMP_B3	46,27	46,75	46,42	48,63	0,725
	(5,575)	(4,728)	(4,795)	(5,423)	
REA_A1	45,46	46,28	46,08	49,63	0,518
	(6,795)	(6,091)	(7,217)	(5,317)	
REA_A2	71,50	70,33	68,00	72,25	0,690
	(12,160)	(12,087)	(8,169)	(4,496)	
REA_A3	38,08	38,51	37,67	40,38	0,950
	(7,547)	(6,801)	(7,050)	(3,292)	
REA_B1	21,65	20,63	20,92	20,63	0,547
	(4,252)	(3,802)	(2,906)	(2,615)	
REA_B2	20,58	19,15	19,25	21,63	0,341
	(5,961)	(4,884)	(4,515)	(2,560)	
REA_B3	38,19	36,97	37,08	35,75	0,636
	(6,535)	(6,535)	(5,961)	(7,440)	

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

No hay diferencias significativas en los puntajes de las escalas, con la excepción de la escala Contingencia, que presenta diferencias significativas en el grupo de personas que más casos atienden a la semana (tabla 69).

En cuanto a los casos nuevos atendidos a la semana (tabla 70), hay dos escalas que presentan diferencias significativas: Suerte, y el nivel de realización del conjunto de criterios relacionados con los sistemas más amplios. Sin embargo, en ninguna de las dos escalas se sigue una lógica ascendente o descendente.

Tabla 70						
Rango casos nuevos a la semana						
	Escalas	1-2 casos	3-4 casos	5-6	7 o más casos	p valor (Kruskall-Wallis)
UWES	V	14,37 (2,965)	14,32 (2,437)	13,17 (3,614)	15,67 (2,160)	0,468
	D	13,90 (3,418)	14,46 (2,824)	14,58 (4,010)	16,50 (1,761)	0,227
	A	12,83 (3,975)	13,15 (3,044)	14,50 (3,177)	13,17 (1,656)	0,428
	T. UWES	41,10 (9,185)	41,92 (7,329)	42,25 (10,163)	45,33 (6,282)	0,673
BEEGC-20	C	17,00 (1,930)	17,12 (1,993)	16,17 (2,725)	17,17 (2,137)	0,725
	I	5,67 (2,324)	5,71 (2,137)	7,17 (3,353)	4,83 (1,329)	0,335
	S	6,67 (2,523)	7,90 (2,274)	8,83 (3,010)	6,17 (1,472)	0,008
	AE	14,70 (2,493)	14,59 (2,409)	14,33 (1,969)	13,67 (4,082)	0,882
	EE	16,00 (2,767)	16,27 (2,720)	16,25 (2,527)	16,33 (3,445)	0,947
	T. BEEGC-20	60,03 (4,709)	61,60 (6,553)	62,75 (6,795)	58,17 (6,795)	0,403
IPC	T. IMP	279,43 (26,284)	279,53 (23,857)	279,50 (22,224)	295,83 (28,372)	0,485
	T. REA	221,77 (35,107)	228,84 (30,937)	245,75 (24,739)	248,83 (28,826)	0,092
	IMP_F	186,80 (16,405)	186,30 (15,945)	184,67 (14,932)	196,17 (19,498)	0,577
	IMP_SMA	97,60 (12,167)	97,77 (9,981)	99,08 (11,843)	105,00 (10,621)	0,468
	REA_F	152,77 (22,904)	153,82 (20,642)	163,33 (18,163)	168,67 (25,897)	0,217
	REA_SMA	72,10	78,14	85,75	83,67	0,043

Tabla 70						
Rango casos nuevos a la semana						
Escalas	1-2 casos	3-4 casos	5-6	7 o más casos	p valor (Kruskall-Wallis)	
F	(14,847)	(12,956)	(12,983)	(6,314)		
DIMENSIONES IPC	IMP_A1	53,67 (6,931)	52,93 (5,186)	51,50 (4,719)	57,67 (5,989)	0,245
	IMP_A2	86,67 (6,814)	86,65 (7,593)	86,25 (7,288)	89,67 (8,501)	0,748
	IMP_A3	46,47 (4,988)	46,52 (5,328)	46,92 (7,534)	48,83 (6,080)	0,540
	IMP_B1	25,00 (2,936)	25,48 (2,774)	25,33 (4,075)	27,00 (2,449)	0,373
	IMP_B2	25,97 (4,642)	25,95 (4,045)	25,75 (5,413)	28,50 (3,886)	0,505
	IMP_B3	46,63 (5,379)	46,34 (4,706)	48,00 (5,205)	49,50 (4,848)	0,338
	REA_A1	46,63 (6,718)	45,44 (5,757)	47,83 (7,184)	52,17 (6,676)	0,057
	REA_A2	68,63 (11,521)	70,27 (11,494)	74,08 (9,414)	75,00 (12,570)	0,494
	REA_A3	37,50 (7,196)	38,11 (6,389)	41,42 (7,166)	41,50 (7,842)	0,111
	REA_B1	19,37 (3,846)	21,15 (3,597)	22,50 (4,011)	21,83 (2,639)	0,055
	REA_B2	18,40 (5,367)	19,47 (4,676)	21,83 (5,540)	23,33 (3,559)	0,074
	REA_B3	34,33 (7,392)	37,52 (6,621)	41,42 (5,900)	38,50 (5,206)	0,060

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

Del mismo modo ocurre con el rango de cierres mensuales (tabla 71). Solamente una escala, Indefensión, presenta diferencias significativas, mas no sigue un orden ascendente o descendente.

Tabla 71						
Rango cierres mensuales						
Escalas	1-2 casos	3-4 casos	5-6	7 o más casos	p valor (Kruskall-Wallis)	
UWES	V	14,63 (2,341)	14,15 (2,607)	13,29 (3,496)	14,62 (3,124)	0,522
	D	14,88 (2,797)	14,28 (2,944)	12,71 (3,949)	15,38 (2,694)	0,115
	A	13,65 (3,267)	12,58 (3,573)	12,18 (3,107)	14,77 (2,351)	0,078
	T. UWES	43,16 (6,742)	41,00 (8,290)	38,18 (10,058)	44,77 (7,704)	0,141
BEEGC-20	C	16,84 (1,922)	17,23 (2,315)	16,88 (1,364)	17,08 (2,597)	0,531
	I	5,57 (2,128)	5,20 (1,897)	7,65 (3,081)	6,115 (2,075)	0,012
	S	7,20 (2,450)	7,68 (2,411)	7,82 (2,099)	8,69 (3,011)	0,314
	AE	14,55 (2,394)	14,65 (2,627)	14,71 (2,229)	14,00 (2,739)	0,910
	EE	16,33 (2,574)	16,15 (3,159)	16,24 (1,985)	15,85 (2,882)	0,950
	T. BEEGC-20	60,49 (4,632)	60,90 (7,452)	63,29 (6,488)	61,77 (6,954)	0,566
IPC	T. IMP	281,94 (24,434)	282,73 (26,347)	274,65 (24,807)	273,92 (17,750)	0,488
	T. REA	229,80 (34,614)	229,63 (30,991)	223,29 (26,842)	238,38 (31,887)	0,625
	IMP_F	187,63 (16,225)	188,43 (16,667)	183,65 (15,540)	182,33 (14,783)	0,574
	IMP_SMAF	99,00 (10,883)	99,03 (11,497)	35,59 (11,147)	96,08 (6,982)	0,623
	REA_F	155,45 (23,286)	156,00 (20,191)	152,00 (16,871)	156,31 (24,642)	0,823
	REA_SMAF	77,55	76,78	74,06	85,62	0,115

Tabla 71					
Rango cierres mensuales					
Escalas	1-2 casos	3-4 casos	5-6	7 o más casos	p valor (Kruskall-Wallis)
	(14,410)	(13,567)	(11,997)	(11,325)	
IMP_A1	54,00 (5,488)	52,98 (5,938)	52,71 (5,289)	51,46 (5,043)	0,475
IMP_A2	86,84 (6,926)	88,30 (8,058)	84,65 (7,524)	85,62 (6,279)	0,213
IMP_A3	46,78 (5,822)	47,15 (5,102)	46,29 (4,089)	45,15 (6,817)	0,742
IMP_B1	25,43 (2,773)	26,10 (2,799)	24,53 (3,204)	24,46 (3,406)	0,236
IMP_B2	26,45 (4,496)	26,15 (4,324)	24,94 (5,068)	25,69 (2,175)	0,766
IMP_B3	47,12 (4,898)	46,78 (5,404)	46,12 (4,742)	45,92 (4,132)	0,827
REA_A1	47,00 (7,354)	46,00 (5,139)	45,47 (4,679)	45,62 (7,343)	0,651
REA_A2	69,84 (11,860)	71,65 (11,555)	68,00 (8,895)	72,62 (12,128)	0,662
REA_A3	38,61 (6,911)	38,35 (7,011)	38,53 (5,076)	38,08 (8,108)	0,983
REA_B1	20,82 (3,938)	21,13 (3,589)	19,53 (3,375)	22,08 (3,774)	0,295
REA_B2	19,78 (5,482)	18,88 (4,910)	18,82 (3,812)	22,38 (3,969)	0,140
REA_B3	36,94 (7,131)	36,78 (6,871)	35,71 (6,574)	41,15 (5,843)	0,178

En negrita, *p* valor significativo (< 0,05)

TERCERA PARTE: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

**CAPÍTULO VII:
DISCUSIÓN**

DISCUSIÓN

7.1 Introducción

En este capítulo daremos respuesta a las preguntas de investigación planteadas, a partir de los resultados obtenidos, y a la luz de la teoría. Asimismo, se han analizado estudios previos que, si bien no permiten una comparación directa con todo el instrumento diseñado para la investigación (“*Inventario para el desarrollo de prácticas colaborativas desde el trabajo social con familias en situación de especial dificultad*”), sí que han permitido comparar cuestiones relacionadas con **determinadas prácticas y habilidades que están contempladas** en dicho cuestionario.

Por otra parte, la tesis doctoral de Cardona (2012), que versa sobre la definición del contexto de intervención en el trabajo social de casos, y cuyo diseño ha servido de referencia para realizar el presente estudio, nos permite arrojar luz y comparar resultados sobre algunas cuestiones que ambas investigaciones han analizado.

Iniciaremos la discusión reflexionando sobre los resultados obtenidos en las seis dimensiones contempladas en el Inventario para el Desarrollo de Prácticas Colaborativas desde el Trabajo Social con Familias en Situación de Especial Dificultad, teniendo en cuenta tanto el nivel de importancia como el nivel de realización que los participantes han otorgado a cada uno de los ítems que componen el inventario. También se reflexionará sobre el inventario en su conjunto. Continuaremos con la discusión de los niveles obtenidos en las diferentes escalas de control que componen la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control. Finalmente, así como de los niveles de *Engagement* obtenidos. Finalmente, se discuten los resultados relativos a cuestiones sociodemográficas y relacionadas con las dinámicas del servicio en que se ubican los participantes, y la relación entre estos elementos y las escalas y dimensiones estudiadas, esto es, las seis dimensiones del inventario de prácticas colaborativas, las escalas de *Engagement* y las Escalas de Expectativas Generalizadas de Control.

7.2 Inventario para el desarrollo de prácticas colaborativas

7.2.1. Dimensión A1. Postura relacional del profesional: empatía, respeto y conexión.

El desarrollo de una relación colaborativa requiere, en primer lugar, que la postura relacional del trabajador social refleje un profundo respeto por la persona/familia, al mismo tiempo que refleja empatía y aceptación incondicional hacia el cliente. Asimismo, el desarrollo de una alianza de trabajo requiere que se produzca una conexión emocional entre el trabajador social y la persona/familia, de modo que perciban que el profesional es una persona capaz de ayudarles, de darles soporte, una persona en la que se puede confiar. Como hemos desarrollado en el marco teórico, la postura relacional del profesional, así como la alianza de trabajo con la

persona/familia, son condiciones necesarias, aunque no suficientes, para el desarrollo de intervenciones exitosas.

Esta dimensión está compuesta por trece ítems, once de los cuales han sido valorados como muy o extremadamente importantes por una amplia mayoría de trabajadores sociales (entre el 96.7% y el 76.9%). **La escucha activa, mostrar respeto y empatía son elementos que se sitúan entre los más valorados, y también entre los que más realizan los trabajadores sociales** (entre el 81% y el 75%). Son aspectos clave en el trabajo social de casos, y además son elementos transversales en los diferentes modelos y enfoques. De hecho, el respeto activo y la aceptación de las personas son principios generales establecidos en el Código Deontológico de la profesión (Consejo General del Trabajo Social, 2015). Cabe señalar que la tesis doctoral de Cardona (2012) analiza los criterios de intervención que los profesionales valoran y ponen en práctica a la hora de definir el contexto de intervención en el trabajo social de casos, y entre los criterios más valorados en el área “Escucha y ubicación de la demanda”, concluye que los elementos relacionados con la escucha activa y la empatía ocupan las primeras posiciones tanto en nivel de importancia como en nivel de realización. Nuestros resultados, como vemos en la tabla 20 (página 203), también señalan que la escucha activa y la actitud empática forman parte de las prácticas más reconocidas y realizadas por los trabajadores sociales.

Los dos ítems que han sido valorados **en menor medida** como muy o extremadamente importantes (33.3% y 28.9%) son los que implican una apertura emocional del profesional hacia la persona/familia: *compartir similitudes con el cliente en sus valores y experiencias*, y *si cabe, compartir sentimientos personales con la persona/familia en relación a la situación que atraviesan*. Estos dos ítems son también **los que menos realizan muchas o todas las veces en esta dimensión** (23.3% y 27.3% respectivamente). La apertura emocional de los trabajadores sociales con las personas/familias que atienden ha sido fruto de complejos debates en la profesión, polarizándose en dos posturas claramente diferenciadas. Así, hay autores que consideran que los profesionales deben evitar determinadas prácticas, como compartir aspectos personales con las personas con las que mantienen una relación de ayuda, para evitar una sobreimplicación y mantener una postura objetiva (Corveleyn, 1997; Heiman, 1950). Estas prácticas y los autores que las defienden, entienden que compartir cuestiones personales implicaría perder el estatus profesional (Bedó, 1992), entrando en otro tipo de relación con el cliente (Klein, 1980). Sin embargo, las prácticas centradas en un enfoque colaborativo se inscriben en el paradigma post-estructuralista, y apoyan la tesis de que compartir sentimientos y experiencias personales de los profesionales forma parte del establecimiento de una relación cercana, cálida y empática. Así, diversos autores sostienen que, para generar una conexión emocional y una relación verdaderamente colaborativa, resulta útil que el profesional revele apuntes personales, facilitando de este modo la apertura del cliente, tal como se concluye en el estudio realizado por

Anker, Sparks, Duncan, Owen y Stapnes (2011); Kuehl, Newfield, y Joanning (1990) afirman, en esta misma línea, que los clientes valoran que el profesional comparta aspectos personales, ya que esto les ayuda a normalizar sus propios sentimientos y situaciones. Simpson y Bedi (2012) también ponen de relieve que el hecho de que el profesional comparta sus experiencias personales con el cliente es un elemento útil para el desarrollo de una fuerte alianza. Bedi, Davis y Williams (2005) analizan las variables que los clientes consideran importantes en la formación y fortalecimiento de una alianza terapéutica, y una de estas variables es la auto-apertura del profesional, esto es, compartir información y experiencias similares a las que relata el cliente. A la luz de estos resultados, podemos afirmar que la realización de estos criterios de intervención resulta de utilidad en la formación de la alianza de trabajo que los trabajadores sociales y las familias establecen, y son, por tanto, susceptibles de ampliarse en la práctica habitual de los profesionales de servicios sociales que trabajan con familias en situación de especial dificultad. Señalamos también que la literatura sobre el enfoque colaborativo es todavía muy escasa en los países de habla hispana, lo que podría explicar la baja incidencia de estos elementos en las prácticas que desarrollan los profesionales en la actualidad. Así, a pesar de que hay gran variedad de artículos científicos en lengua inglesa, contamos aún con pocos libros y manuscritos traducidos al español que resulten accesibles para los profesionales situados en primera línea.

Todos los criterios de intervención de esta dimensión han obtenido puntuaciones más elevadas en el nivel de importancia que en el nivel de realización. La diferencia entre ambos niveles va del 1.6% al 39.2%.

El ítem que mayores diferencias ha obtenido entre el nivel de importancia y el de realización, está relacionado con compartir sentimientos personales con la persona/familia, mientras que el que más diferencias presenta es el de *tener en cuenta a todo el sistema familiar, aunque no estén todos presentes en los encuentros*. Este criterio de intervención es, por tanto, susceptible de aumentar su nivel de realización, ya que consideran que es importante tener en cuenta a todo el sistema familiar, pero solo la mitad de los profesionales realiza esta práctica de modo habitual.

El segundo ítem que presenta mayor disonancia entre el nivel de importancia y el de realización está relacionado con el hecho de considerar a la familia como si de una “cultura única” se tratara (Madsen, 2007; Madsen y Gillespie, 2014), pidiendo permiso para adentrarse en esa “nueva cultura”. El lenguaje utilizado para formular esta pregunta es propio de los enfoques narrativos y colaborativos, que forman parte de las vanguardias del trabajo social, por lo que es natural que resulte un tanto extraño a los trabajadores sociales que han participado en el estudio. Además, cabe señalar que más de la mitad de los trabajadores sociales que han participado en el estudio finalizaron sus estudios de Trabajo Social con anterioridad al año 2005, y el 80% no ha realizado la adaptación al Grado en Trabajo Social. En el conjunto de las universidades españolas este tipo de enfoque es casi inexistente. Cabe resaltar, no obstante, que

en la Universitat de les Illes Balears este tipo de enfoque se trabaja y enseña desde hace ya algunos años, y especialmente desde la implantación del Grado en Trabajo Social. En efecto, el enfoque centrado en soluciones, la importancia de trabajar con los sistemas más amplios que la familia (SMAF), o el enfoque narrativo son centrales en diversas asignaturas de trabajo social de casos que se imparte actualmente en la UIB. Estos enfoques, centrales en el trabajo social relacional, si bien se imparten desde el ámbito universitario, no han acabado de instaurarse en los programas de formación continua para los trabajadores sociales, en los que impera la formación relacionada con la gestión de recursos. Esto podría explicar que este criterio de intervención sea susceptible de aumentar su nivel de realización.

Finalmente, destacamos el criterio de intervención que presenta un porcentaje de diferencia del 35.6% entre el nivel de importancia y el de realización, que está relacionado con **introducir preguntas que permitan a los miembros escucharse a sí mismos y sentirse escuchados por otros**. Éste supone realizar un trabajo exploratorio que genera un espacio de conexión emocional entre los miembros de la familia y el profesional. Cardona, Cuartero y Campos (2017) señalan, en esta misma línea, que los profesionales dedican poco tiempo a la comprensión de la situación-problema, hecho que dificulta la determinación del contexto de intervención, así como el establecimiento conjunto de objetivos que permitan trazar un plan de acción.

No disponemos de información respecto a las causas de la diferencia entre la importancia y la realización, pero a la luz de la teoría y de los resultados obtenidos en relación al contexto laboral en el que se ubican los trabajadores sociales, podemos sugerir algunas reflexiones al respecto. En primer lugar, realizar este tipo de preguntas requiere que el profesional pueda reflexionar sobre cómo formularlas, y para ello necesita dedicar algún tiempo a la comprensión de la situación-problema de cada caso que atiende. Si tenemos en cuenta que atienden una media semanal de entre 11 y 20 casos, con una media de casi siete casos semanales considerados de carga emocional elevada, vemos que el elevado número de casos que atienden en servicios sociales dificulta dedicar un tiempo a reflexionar sobre cada persona/familia atendida. A esto, debemos sumar el hecho de que dedican, de media, un 36.8% de su jornada laboral a realizar tareas de gestión (incluyendo burocracia y espacios de coordinación interprofesional). Esta sobrecarga de trabajo dificulta que los profesionales puedan encontrar espacios de reflexión suficientes, lo que podría explicar la elevada diferencia entre el nivel de importancia y el nivel de realización otorgado a este criterio de intervención.

7.2.2 Dimensión A2. Co-construcción del contexto de intervención: la familia es la protagonista del proceso.

El contexto de intervención, entendido como un acuerdo relacional, en el que el profesional y la familia construyen de modo conjunto qué van a trabajar, y de qué modo van a hacerlo, es decir,

qué reglas explícitas se comprometen a seguir. En función del contexto (informativo, de asesoramiento, clínico, asistencial, de control, de formación, evaluativo o de mediación), se generará un tipo de relación u otra (Cardona, 2012), pero hay una serie de elementos transversales a todos ellos, relacionados con aspectos relacionales y actitudinales del profesional a la hora de establecer una relación cooperativa y basada en la confianza con el cliente. El enfoque colaborativo, además, plantea que el proceso es conducido por la persona/familia (Duncan y Sparks, 2017; Madsen y Gillespie, 2014), por lo que el profesional debe establecer las bases necesarias para garantizar que la familia toma un rol activo en el curso de la relación de ayuda. Si la primera dimensión del inventario hace referencia a la conexión emocional con la familia, aspecto esencial en el desarrollo de la alianza terapéutica, esta segunda dimensión aborda los otros dos elementos que contempla la definición clásica de alianza (Bordin, 1979): el acuerdo en objetivos y el acuerdo en las tareas a desarrollar.

Esta dimensión es la más amplia del inventario, cuenta con 19 criterios de intervención, y diez de ellos han sido valorados como muy o extremadamente importantes por más del 90% de los trabajadores sociales. Entre el 71.7% y el 89.3% de los trabajadores sociales han considerado muy o extremadamente importantes los nueve ítems restantes, por lo que podemos afirmar que es la dimensión en la que se han obtenido puntuaciones más elevadas en el nivel de importancia. Sin embargo, como detallaremos más adelante, es también la dimensión que más disonancias presenta entre el nivel de importancia y el nivel de realización.

Los ítems valorados muy o extremadamente importantes por más del 90% de los profesionales están relacionados con: transmitir a la familia que es la protagonista del proceso; respetar sus deseos y construir conjuntamente los objetivos y tareas, firmando un acuerdo/plan de intervención; explicitar cuestiones transversales relativas al proceso de ayuda; solicitar retroalimentación o feedback a la familia sesión a sesión, a fin de ir ajustando el proceso a las necesidades y deseos de la familia. En cuanto a las prácticas más realizadas (entre el 78.5% y el 62% de los trabajadores sociales las realizan muchas o todas las veces), éstas se relacionan con: invitar a la familia a ser activos en el proceso; concretar un acuerdo inicial de trabajo; demostrar interés por conocer si existen otras preocupaciones además del motivo inicial de la consulta; explicitar cuestiones transversales relativas al proceso de ayuda; definición de los objetivos teniendo en cuenta al resto de profesionales que intervienen en el caso; interesarse por las expectativas de la familia en relación al servicio. Cabe señalar que los criterios de intervención más realizados en esta dimensión suponen elementos centrales y transversales del trabajo social individual/familiar; es decir, que independientemente del modelo o enfoque utilizado, son cuestiones que forman parte de la esencia de nuestra profesión.

Los criterios menos valorados en esta dimensión, y que también se sitúan entre los **menos realizados**, se relacionan, por una parte, con la consideración de los clientes

involuntarios y, por otra parte, con interesarse por conocer las expectativas que tiene la familia en relación al profesional.

Los clientes involuntarios son aquellos que acuden al servicio por mandato de otros profesionales o de otras personas (familia, vecinos), pero que mantienen una posición de “no problema” (Madsen, 2009). La práctica colaborativa plantea modos de realizar esa cooperación necesaria con clientes que, inicialmente, no acuden por voluntad propia. En este sentido, De Shazer (1990) considera que cada familia presenta un modo singular de cooperar, y la tarea del profesional consiste en averiguar cuál es el modo particular de esa familia o, como señala Duncan (2002), conocer y adaptarse a la teoría del cambio que presenta el cliente. En efecto, el “atasco” se encuentra no en el profesional, ni tampoco en la familia, sino más bien en el sistema terapéutico (Cardona, 2012); de hecho, las familias necesitan sentirse seguras en el proceso de ayuda y, para ello, Friedlander et al. (2009) plantean que es necesario facilitar el enganche emocional con la familia, y crear un espacio en el que se sientan cómodos para poder expresarse. En el inventario utilizado para esta investigación se propone que, en relación a los clientes involuntarios, ***los profesionales puedan reconocer y normalizar su hostilidad, negociando con ellos objetivos mínimos de intervención.*** El hecho de que solo 4 de cada 10 profesionales realice práctica de modo habitual (a pesar de que el 79% la reconoce como muy o extremadamente importante), nos indica que es susceptible de aumentar su nivel de realización, especialmente si tenemos en cuenta que las familias en situación de especial dificultad reciben, en muchas ocasiones, mandatos de terceros (como el sistema de protección de menores o el sistema judicial) que implican iniciar una relación de ayuda con el sistema de servicios sociales.

El otro criterio que presenta, en esta dimensión, uno de los menores niveles de realización (el 71.7% de los trabajadores lo considera muy o extremadamente importante, mientras que el 40.8% de los trabajadores lo realiza de manera habitual) es el de ***interesarse por conocer las expectativas que tiene la familia en relación al profesional.*** Las expectativas del cliente juegan un papel importante en los resultados de la relación de ayuda. Forman parte de lo que se denominan los factores comunes que explican el cambio terapéutico (Lambert, 1992), esto es, elementos que, con independencia del modelo, enfoque o técnicas utilizadas, explican por qué cambian las personas que siguen un proceso de ayuda. Las expectativas del cliente explican hasta un 15% del cambio terapéutico, mientras que la relación del cliente y el profesional explica hasta un 30% del cambio que se produce en el proceso de ayuda. Así, si el cliente confía en el profesional, le ve como alguien competente y capaz de hacer bien su trabajo (Bedi et al., 2005), se involucrará en los objetivos y tareas con más facilidad, y ello contribuirá al éxito del proceso de ayuda. Además, tal como señalan Ayala-Nunes, Jiménez, Hidalgo y Jesús (2014), el hecho de que se pregunte a la familia sobre el servicio recibido puede modificar la percepción que tiene la familia sobre el profesional y sobre el servicio, y esto puede colaborar en la disminución de la asimetría de poder existente. Por tanto, preguntar por las expectativas

que tiene la familia sobre el profesional presenta una doble función: por una parte, permite al profesional conocer qué se espera de él, de modo que pueda ajustarse a los deseos y preferencias del cliente (o bien explicar cuáles son sus limitaciones, para no generar falsas expectativas). Por otra parte, hace que la familia sienta que se la tiene en cuenta, que su opinión es importante para el profesional, y esto aumenta el sentimiento de agencia personal de la familia, mejorando su auto-concepto. Las especiales características de las familias en situación de especial dificultad hacen especialmente importante este aspecto. En efecto, son familias frecuentemente estigmatizadas, con trayectorias habitualmente largas en diferentes servicios, y a menudo con intervenciones previas que han resultado fallidas, por lo que preguntar sus expectativas es otro modo de mostrarles respeto, de colocar su voz en una posición preeminente en el proceso de ayuda. Así pues, este criterio es susceptible de aumentar su nivel de realización por parte de los trabajadores sociales.

En cuanto a las diferencias en esta dimensión entre el nivel de importancia y el de realización, los porcentajes oscilan entre el 18.2% y el 61.7%. Los ítems que presentan una mayor diferencia se relacionan con solicitar retroalimentación a la familia sobre cómo se está desarrollando el proceso de ayuda, redactar conjuntamente objetivos y tareas, establecer una temporalización flexible, y realizar una entrevista o encuentro para construir un co-diagnóstico de la situación con la familia.

El 35.5% de los trabajadores sociales establece habitualmente una temporalización (flexible) para los objetivos y tareas acordados con la familia, mientras que el 45% redacta de modo rutinario con la familia objetivos y tareas acotados, comprensibles y alcanzables. Diversos estudios dan cuenta de la importancia de estructurar el proceso de ayuda, estableciendo objetivos que sean fácilmente comprensibles y medibles, de modo que se pueda evaluar su grado de cumplimiento. Así, la investigación de Cardona (2012) señala que, si bien los trabajadores sociales de servicios sociales de atención primaria de Mallorca realizan habitualmente (67.1%) la práctica de *definir objetivos que sean alcanzables, concretados en unidades pequeñas, expresados de forma conductual y en términos positivos y evaluables en un tiempo determinado*, menos de la mitad (49.4) reconoce el esfuerzo que realiza el cliente para definir los objetivos, y solo el 44.6% manifiesta diferenciar estos objetivos en función del nivel de intervención (individual, familiar, grupal, etc.). Como vemos, los resultados obtenidos en esta investigación son concordantes con los de la tesis de Cardona (2012).

Por otra parte, Anker et al. (2011) señalan en su estudio que una de las quejas de los clientes es la necesidad de concreción y estructura a la hora de desarrollar el proceso de ayuda. La colaboración activa del cliente en las tareas relacionadas con el proceso de ayuda es una variable que influye en el resultado de dicho proceso (Holtzworth-Munroe, Jacobson, DeKlyen, y Whisman, 1989). En un estudio realizado con familias denominadas “multi-problema”,

Bachler et al. (2016) señalan la importancia de centrarse en objetivos ajustados individualmente, y relacionan la colaboración en relación a las metas con la obtención de resultados positivos.

Así pues, la definición conjunta de objetivos, y la colaboración activa de la familia en la determinación de las tareas a desarrollar, se relaciona positivamente con el éxito del proceso de ayuda. Teniendo en cuenta que el criterio más realizado en esta dimensión es el de invitar a la familia a ser activa en la toma de decisiones en relación al proceso de intervención, y que uno de los menos realizados es la redacción conjunta de objetivos y tareas, consideramos que este criterio es susceptible de aumentar su nivel de realización, para que esa invitación a la familia a ser protagonista de su proceso se materialice en una colaboración plena a lo largo de la relación de ayuda.

En relación a la retroalimentación, cabe señalar que solo el 20% de los trabajadores sociales manifiesta realizar esta práctica de modo habitual. A la vista de estos datos, suponemos que este criterio de intervención no forma parte del procedimiento habitual del trabajo de los profesionales de servicios sociales. Los datos de la investigación de Cardona (2012) referidos a la retroalimentación que realizan los trabajadores sociales de servicios sociales de Mallorca concuerdan con los obtenidos en el presente estudio. Así, solo el 27.5% de los trabajadores sociales manifiesta valorar siempre o casi siempre el grado de satisfacción de la persona o familia sobre el proceso de ayuda (Cardona, 2012, p.248); además, el 32.5% realiza evaluaciones periódicas como práctica habitual para prevenir el estancamiento y la cronicidad, lo que supone que más del 65% de los profesionales no tiene integrada esta práctica en su funcionamiento habitual.

Numerosas investigaciones (todas ellas fuera del territorio español) relacionan la retroalimentación continua de la familia con la obtención de resultados exitosos. Anker et al. (2010) señalan la utilidad de la evaluación continua, sesión a sesión, de la alianza. Además, Anker et al. (2011) señalan que la mayoría de clientes considera muy útil el uso de la retroalimentación o feedback acerca del proceso de ayuda; además, en su estudio comparan un grupo de clientes que recibe retroalimentación sistemática con otro que no, y concluyen que los que no la reciben, están menos satisfechos con el seguimiento llevado a cabo por el profesional, mientras que los que reciben esa retroalimentación valoran que se les atiende a sus específicos significados y preferencias sobre cómo debería llevarse a cabo el tratamiento. En una revisión sistemática llevada a cabo por Ayala-Nunes, et al. (2014), señalan la escasez de instrumentos que miden retroalimentación de la familia en servicios de protección al menor. Asimismo, argumentan que la relación profesional-familia es un predictor consistente de resultados, y que la retroalimentación continua supone un elemento que puede reforzar su relación. Por otra parte, Barry Duncan ha desarrollado un sistema de retroalimentación sistemática basado en la evidencia, el Sistema de Socios para la Gestión del Cambio (PCOMS, por sus siglas en inglés), que ha demostrado su eficacia en cinco estudios clínicos aleatorizados que se han llevado a cabo

en lugares tan dispares como Estados Unidos, Noruega o China (Sparks y Duncan, 2018). Los clientes que siguen este sistema en su proceso de ayuda progresan más rápido, y los cambios perduran más tiempo. Así, Anker, Duncan y Sparks (2009) concluyen en su estudio que las parejas que utilizaron el sistema PCOMS alcanzaron un cambio clínicamente significativo casi cuatro veces mayor que las que siguieron el proceso de ayuda habitual; en el seguimiento a los seis meses, el 47.6% de las parejas que siguieron PCOMS presentaban cambios confiables, frente al 18.8% de las parejas que recibieron el tratamiento habitual. Volviendo a los resultados del inventario, consideramos que la introducción de la retroalimentación como práctica rutinaria entre los trabajadores sociales contribuiría a fortalecer la alianza con las familias, previniendo posibles rupturas de la alianza, y permitiría ir realizando los ajustes pertinentes sesión a sesión, en función de las necesidades y deseos de las familias con las que trabajan.

7.2.3 Dimensión A3. Enfoque centrado en capacidades.

Las narraciones organizan nuestro campo experiencial y, como ya hemos señalado en el marco teórico, estas narraciones promueven una atención selectiva a determinadas experiencias o eventos (Madsen, 2007; White y Epston, 1993). Además, cuando la familia narra la historia que sostiene sobre su vida, invita al profesional a participar en esa historia, y esto condiciona o moldea esa historia. Por ello, esta tercera dimensión se centra en la generación de conversaciones con la familia que se centren en sus capacidades, recursos y potencialidades, para que las historias ganen en “densidad”, de modo que ambos, profesional y familia, aumentan la comprensión sobre la vida del cliente, al tiempo que construyen sendas alternativas de acción. O’Hanlon (2011) les llama “conversaciones sobre posibilidades”, y su utilidad reside en que invitan a la familia a situarse fuera de los problemas cotidianos, de modo que puedan examinar las limitaciones existentes en su relación con los problemas, así como los recursos que apoyan la dirección que prefieren seguir en sus vidas (Madsen, 2007).

Esta dimensión está formada por once criterios de intervención, y todos ellos han sido valorados como muy o extremadamente importantes por la mayoría de trabajadores sociales (entre el 73.6% y el 96.7%). Los niveles de realización han sido menores, oscilando entre el 32.2% y el 79.3%.

Los criterios más valorados en esta dimensión (más de un 90% los considera muy o extremadamente importantes, y más de un 60% los realiza de manera habitual) se relacionan con: considerar -y manifestar- que la familia dispone de las capacidades y recursos necesarios para el cambio; interés en conocer los esfuerzos realizados para desarrollar un cambio en la relación con el problema; transmitir esperanza de que el cambio es posible; interesarse por la vida de la persona más allá de la influencia del problema, subrayando sus recursos. Estos criterios son fundamentales para desarrollar un enfoque centrado en capacidades, por lo que

podemos afirmar que los trabajadores sociales ya están trabajando de modo habitual con este enfoque, centrándose en las capacidades y recursos de los clientes, y honrando su sabiduría.

Los 4 criterios de intervención menos valorados en esta dimensión (considerados muy o extremadamente importantes entre el 73.6% y el 81% de los casos) se relacionan con: reformular las afirmaciones negativas en peticiones; considerar que la persona “mantiene una relación con” el problema; construir conversaciones con la familia sobre sus valores y potencialidades, de modo que puedan anclar narrativas alternativas; y, finalmente, entender que, ante atascos en el proceso de ayuda, la dificultad está en la interacción (y no en el profesional o en la familia). Estos criterios se realizan de modo habitual en un porcentaje que oscila entre el 44.6% y el 32.2%, por lo que hay una diferencia entre importancia y realización que oscila entre el 40% y el 50%. Cabe señalar que estos criterios resultan especialmente novedosos, ya que son propios del enfoque narrativo, cuyo lenguaje se aleja del que tradicionalmente se ha utilizado en nuestra profesión. Así, este lenguaje refleja un cambio en el modo de comprender las relaciones, las dificultades y la manera de trabajar en las relaciones de ayuda, basándose en el paradigma post-estructuralista y en el construccionismo social. En efecto, el enfoque narrativo sostiene que las personas mantienen relaciones con los problemas, separando así a la persona del problema, y posibilitando, en consecuencia, que la persona pueda plantearse otros posibles modos de relacionarse con dichos problemas. A esto se suma la consideración de que las narrativas de las personas se construyen en la interacción social, y tienden a estar marcadas por el déficit, por lo que no funciona. Se trata de comprender, por tanto, que estas narrativas son susceptibles de ampliarse, y que ese aumento de densidad en las historias permite tomar en cuenta las capacidades y valores de la persona, facilitando la emergencia de otros posibles marcos de acción, no contemplados hasta ese momento.

Finalmente, la consideración de que los posibles atascos que se producen en el proceso de ayuda se deben a dificultades en la interacción, impele a los profesionales a atender a los factores relacionales cuando se aprecian trabas o dificultades, en lugar de poner el foco en la persona o en el profesional. Si tenemos en cuenta el elevado porcentaje de importancia que otorgan a estos criterios, sumado al bajo porcentaje de realización, vemos que son criterios susceptibles de ampliarse en la práctica habitual de los profesionales. De hecho, los resultados muestran que los criterios más genéricos, como el de considerar que la familia dispone de capacidades para el cambio, transmitir la esperanza de que el cambio es posible, y manifestar interés por sus esfuerzos para desarrollar cambios, presentan niveles de realización que superan el 70%, mientras que los criterios relacionados con microprácticas más específicas, como la construcción de conversaciones sobre sus valores y potencialidades, o entender que, cuando se producen atascos en el proceso de ayuda, la dificultad está en la interacción, presentan niveles de realización inferiores al 37%.

Tengamos en cuenta que autoras clásicas en el trabajo social de casos, como Mary Richmond, Pearl Hamilton o Helen Perlman, ya enfatizaron en las primeras décadas del siglo XX la importancia de explorar cuidadosamente la situación problema de la persona/familia, así como la relevancia de individualizar la atención prestada (Hamilton, 1960; Perlman, 1965; Richmond, 1917). Por otra parte, el modelo centrado en soluciones, la intervención breve estratégica y las prácticas narrativas comienzan a desarrollarse en la década de 1980. Sus máximos exponentes son trabajadores sociales (Peggy Pap, Insoo Kim Berg, Steve de Shazer, Matthew Selekman, Eve Lipchik, Michael White). El enfoque centrado en capacidades también tiene un amplio recorrido en el trabajo social. Autores como Saleebey (2001), Walsh (2016) y Segado (2011) desarrollan modelos de intervención centrados en capacidades y fortalezas ya en la década de los años 80. La cuestión es desarrollar el tipo de prácticas que deben realizarse, y concretar esas microprácticas a la luz de las nuevas vanguardias. En efecto, la primera cibernética fue el paradigma dominante hasta los años 80, considerando que el observador era externo al sistema que observaba, y por tanto podía examinarlo de modo objetivo. Sin embargo, la segunda cibernética postula que el observador forma parte del sistema que observa, y por tanto deben atenderse las interacciones que se dan en el sistema de ayuda, ya que incluyen tanto a la persona/familia como a los profesionales con los que trabajan. Las aportaciones fundamentales realizadas por los clásicos del trabajo social, pues, no deben ser soslayadas por el hecho de haberse gestado en el marco de esa primera cibernética. Consideramos que se trata, por tanto, de reintegrar dichas aportaciones en lo que se ha denominado la cuarta oleada (Cardona et al., 2017), es decir, el desarrollo de prácticas narrativas y colaborativas, entre otras.

Cabe señalar que en la investigación llevada a cabo por la doctora Cardona sobre contextos de intervención, también había un ítem relacionado con las dificultades que pueden darse en el proceso de ayuda, redactado de la siguiente manera: *Creer que la resistencia personal o familiar no existe y aceptar que como profesionales somos una parte activa en el desarrollo de la solución y la no solución (auto-conocimiento)* (Cardona, 2012). Los trabajadores sociales consideraron bastante y muy importante este criterio en un 60.9% de los casos, mientras que afirmaron realizarlo siempre o casi siempre en un 22.9% de los casos. Esta autora sugería mejorar la redacción de este ítem, para aumentar la comprensión del mismo. Hemos tenido este elemento en cuenta en nuestro inventario, y ha quedado formulado de la siguiente manera “Ante atascos y trabajas que puedan darse en el proceso de ayuda, entender que la dificultad está en la interacción, más que en la familia o en el profesional”. En nuestro caso, un 73.6% de los trabajadores sociales lo considera muy o extremadamente importante, mientras que el 32.2% de los trabajadores sociales afirma realizar este criterio muchas o todas las veces. La muestra de ambos estudios es muy similar, ya que la tesis de Cardona (2012) también analiza las respuestas de los trabajadores sociales de atención primaria de Mallorca. Dado que la media de permanencia en el puesto de trabajo es de 11 años, y han pasado 6 años

entre una investigación y otra, podemos afirmar que el cambio en la formulación del criterio ha permitido ajustar las respuestas de las personas participantes.

Además, cabe señalar que la disonancia entre el nivel de importancia y el de realización de muchos criterios de intervención es bastante elevada, lo que podemos considerar como un indicador de autenticidad en las respuestas. Como vemos en muchos de los criterios, los profesionales, lejos de responder de modo similar en importancia y en realización, han puntuado la realización por debajo de la importancia, lo que parece indicar que el posible sesgo de deshabilidad social no ha influido a la hora de responder con sinceridad acerca de los niveles de realización efectiva que consideran que desarrollan en su práctica habitual.

7.2.4 Dimensión B1. Actuaciones a desarrollar en relación a la familia y los sistemas más amplios.

Las familias en situación de especial dificultad tienden a interactuar de modo simultáneo con diferentes profesionales de varios servicios diferentes (Imber-Black, 2000). Esta multi-asistencia puede desencadenar diferentes efectos negativos. En primer lugar, la participación de las instituciones en la vida de estas familias tiende a ser fragmentada (Matos y Sousa, 2004), pudiendo emerger mensajes contradictorios e intervenciones caracterizadas por la descoordinación. Además, en muchas ocasiones se produce lo que Colapinto (1995) denomina la “dilución del proceso familiar”, ya que las instituciones o los profesionales asumen funciones que debería asumir la familia. Resulta fundamental, por tanto, que el profesional incluya la visión de la red social (tanto formal como informal) sobre la situación que ha llevado a la familia a iniciar ese proceso de ayuda, generando las sinergias necesarias para garantizar una colaboración inter-profesional que permita maximizar el trabajo de la red con esa familia en concreto.

Esta primera dimensión relacionada con los sistemas más amplios, tiene en cuenta criterios de intervención relacionados tanto con la familia como con toda la red formal e informal que entreteje el macrosistema de ayuda. Está compuesta por un total de seis criterios de intervención, y todos ellos son tienen un elevado nivel de importancia para los profesionales (entre 81.7% y 94.2% de los trabajadores sociales los consideran muy o extremadamente importantes), si bien estos porcentajes disminuyen en la práctica habitual de los profesionales (rango que va desde el 80.2% del criterio más realizado, al 28.1% del menos realizado).

La colaboración entre los trabajadores sociales y el resto de profesionales que interactúan con familias en situación de especial dificultad ha sido objeto de diferentes estudios en las dos últimas décadas. Orchard et al. (2005) señalan que los mandatos propios de cada institución o servicio pueden dificultar el desarrollo de la interdisciplinariedad colaborativa, y Hall (2005) argumenta que las creencias, valores, actitudes y comportamientos específicos de cada profesión pueden entrar en colisión si no se comprenden los mapas cognitivos del resto de

profesionales implicados. Por esta razón, es imprescindible tomarse un tiempo para conocer la situación antes de actuar (Reder, 1986), comprendiendo las expectativas de cada servicio, así como los deseos y necesidades que plantea la familia. Bronstein (2003) plantea un modelo de colaboración interdisciplinar, especificando la necesidad de generar relaciones interdependientes, de mantener flexibilidad y una reflexión continua sobre el proceso que se está llevando a cabo, así como la necesidad de compartir objetivos en relación a la familia con la que se trabaja. Volviendo al inventario, encontramos en esta dimensión criterios de intervención relacionados con la identificación de los servicios y profesionales implicados, así como criterios relacionados con el ajuste de objetivos (teniendo en cuenta también los deseos de la familia). Además, siguiendo las indicaciones de Imber-Black (2000), se propone la realización de reuniones de los diferentes profesionales con la familia, para trabajar posibles conflictos relacionales.

Los criterios más valorados y que más realizan de modo habitual son los que se relacionan con la identificación de los servicios y los profesionales implicados en el caso. Los criterios que menos realizan (y que son, además, aquellos que presentan mayor porcentaje de diferencia entre el nivel de importancia y el de realización), se relacionan, por una parte, con el ajuste entre la familia y los sistemas implicados de la dirección de los objetivos, balanceando estos objetivos con los deseos, competencias, puntos fuertes y posibilidades reales de cada parte implicada (incluyendo a la familia) y, por otra parte, con el hecho de que, en caso de conflicto relacional, se convoque a los profesionales implicados junto con la familia, de modo de que se reflexione sobre el proceso de ayuda y se tomen las decisiones de manera conjunta. Si analizamos las respuestas dadas por los profesionales en el cuestionario sobre organización en su servicio en cuanto a la realización de reuniones de red, vemos que menos del 50% de los profesionales desarrollan reuniones de red de forma habitual y, de estos, solo el 26% toma siempre las decisiones en conjunto. Además, más de la mitad de trabajadores sociales afirman no disponer de protocolo de trabajo en red en su servicio, por lo que a nivel institucional parece que se podría reforzar en mayor medida la colaboración interprofesional. A la vista de estos resultados, parece que las intervenciones más realizadas en esta dimensión se alinean con una lógica de “optimización” del tiempo, confirmando la tendencia de la fragmentación en la atención que se presta a las familias en situación de especial dificultad.

7.2.5. Dimensión B2. Prácticas a desarrollar con la familia

Los profesionales tienden a ver a las familias de modo individual, manteniendo en ocasiones reuniones con otros profesionales, pero sin la presencia de la familia. Por ello resulta fundamental mantener la visión del trabajo en red cuando se trabaja con el sistema familiar, es decir, no perder de vista la perspectiva del resto de profesionales involucrados en el trabajo que

se está realizando. Así, esta segunda dimensión hace referencia a las prácticas que los profesionales llevan a cabo con la familia, en relación a los sistemas más amplios.

Esta dimensión cuenta con siete criterios de intervención. Solo uno de ellos se valora por más del 80% de los profesionales como muy o extremadamente importante, y es el relacionado con la valoración de la disposición y el momento vital de cada miembro de la familia para ampliar o mejorar sus conexiones con el exterior. Este criterio se realiza de modo habitual por el 44.2% de los profesionales, por lo que es un criterio susceptible de ampliar su nivel de realización. El criterio menos valorado (el 46.3% de los profesionales lo considera muy o extremadamente importante) es el de conversar con la familia acerca del futuro de sus relaciones con los diferentes SMAF, siendo además el criterio menos realizado (solo el 16.5% de los profesionales lo realiza de manera habitual). Este bajo nivel de realización podría deberse a que es una intervención que parece no relacionarse directamente con las razones por las que acude la familia al servicio, y la lógica de la “optimización” del tiempo, como hemos comentado anteriormente, dificulta la realización de intervenciones de mayor calado, relacionadas con reflexiones que permitan una visión panorámica de la situación en que se encuentra la familia.

La elaboración de un ecomapa junto a la familia es una práctica poco habitual (la realizan de modo rutinario el 17.4% de los profesionales), pero sin embargo es una práctica que el 65.3% considera importante. No conocemos las razones por las que se produce esta gran diferencia entre el nivel de importancia y el de realización, pero tal vez el elevado número de casos que atienden los profesionales cada semana (entre 11 y 20 casos, con una media semanal de 6.8 casos de carga emocional elevada) podría dificultar la realización de este criterio de intervención, al no estar, de nuevo, directamente relacionado con la demanda o las razones por las que se inicia el proceso de ayuda desde servicios sociales.

Los otros criterios de intervención menos realizados tienen que ver con la identificación de posibles sentimientos negativos en relación con algún servicio o profesional, reflexionando con la familia sobre ello, así como con la detección de conflictos entre la familia y algún sistema más amplio, reflexionando sobre cómo se ha iniciado y mantenido dicho conflicto. Estos criterios se realizan de manera habitual por el 23-25% de los profesionales. De nuevo, nos encontramos con criterios de intervención que podrían considerarse “accesorios”, entendiendo que su ejecución no resulta imperiosa, al no relacionarse directamente con el motivo que les ha llevado a iniciar ese proceso de ayuda. Y esto podría explicar su bajo nivel de realización, así como su bajo nivel de importancia (menos del 60% los considera importantes, siendo de los criterios menos valorados en el conjunto del inventario). No obstante, cabe señalar que el enfoque colaborativo considera esencial poder co-construir junto a la familia una comprensión de la situación que permita dilucidar otros posibles marcos de acción, y ello solo es posible si se tienen en cuenta todos los elementos que están presentes. Por tanto, la inclusión de los servicios,

profesionales y soportes informales resulta esencial para poder construir una narrativa ampliada, densa, que dé cuenta de todas las interrelaciones que se producen en el seno de ese macrosistema de ayuda, y que posibilite la generación de sendas alternativas por las que pueda transitar la familia, ampliando el marco de posibles estrategias a desarrollar, para dirigirse a la vida que prefieren tener. Defendemos, pues, la necesidad de mantener estas conversaciones sobre los sistemas más amplios con los miembros de la familia, y consideramos que esta práctica podría ampliarse, pues parece no haber calado, todavía, en la práctica profesional de los trabajadores sociales de servicios sociales de Mallorca.

7.2.6. Dimensión B3. Prácticas a desarrollar con los sistemas más amplios.

En la década de 1970 ya hay autores que plantean la necesidad de desarrollar una colaboración interprofesional que permita dar respuesta a la complejidad de las situaciones por las que atraviesan las familias en situación de especial dificultad. Así, Selig (1976) sostiene que es esencial conocer la visión de todos los profesionales implicados en la intervención con familias multiproblemáticas. Sharlin y Shamai (2000) y Sousa y Rodrigues (2012) plantean la importancia de que haya un profesional que se responsabilice de que la red interprofesional pueda coordinarse y comunicarse de modo eficaz, ya que esa coordinación puede evitar duplicidades y contradicciones entre los diferentes servicios y profesionales implicados.

Esta tercera dimensión incluye prácticas a desarrollar con los sistemas más amplios, y está formada por once criterios de intervención. Estas prácticas tienen en cuenta, además de la coordinación y comunicación de los profesionales implicados, la reflexión conjunta, ya que permitirá planificar estrategias, además de reconocer y ampliar los cambios que se vayan produciendo. Asimismo, se destaca la importancia de que se decida qué profesional va a liderar la coordinación del macrosistema de ayuda, para evitar la dilución de responsabilidades y garantizar la viabilidad del trabajo en red.

En esta dimensión encontramos una amplia variabilidad en los niveles de importancia otorgados a los criterios de intervención, con porcentajes de importancia que oscilan entre el 98.3% y el 58.7%. En cuanto al nivel de realización, también encontramos importantes diferencias en la frecuencia con la que llevan a cabo las diferentes prácticas propuestas en esta dimensión, con porcentajes que se sitúan entre el 78.5% y el 24%. Cabe señalar que los criterios más valorados son también los más realizados, y, del mismo modo, los que se valoran como menos importantes, son los que menos realizan.

Los criterios **más valorados** en esta dimensión, tanto en importancia como en realización, hacen referencia al uso de recursos disponibles a nivel local y comunitario, al mantenimiento de contactos (telefónicos y por correo electrónico) entre los profesionales que intervienen, así como a la planificación conjunta de estrategias de intervención, para evitar duplicidades y contradicciones. **Los criterios menos valorados** (los consideran muy o

extremadamente importantes entre un 69.2% y un 58.7% de los profesionales), y también menos realizados (entre el 38.3% y el 24% manifiesta realizarlos como práctica habitual), se relacionan con: reflexión entre los profesionales de las relaciones con los diferentes miembros de la familia, detección de vínculos positivos entre profesionales y familia, y valoración de estrategias que puedan neutralizar efectos negativos en la relación entre los profesionales y la familia. De nuevo, vemos que las intervenciones más “refinadas”, que implican un trabajo de mayor calado, se ven relegadas a un segundo plano, privilegiándose las intervenciones que tienen que ver con la gestión de recursos. Estos resultados van en la misma línea que los obtenidos por Cardona (2012), que señala que las prácticas más realizadas por los trabajadores sociales en el área de *Comprensión de la situación problema* “responden más a la lógica y los requerimientos que los servicios hacen sobre los profesionales, que a la lógica de la comprensión amplia de la situación problema que presenta el cliente” (Cardona, 2012, p.430).

Consideramos necesario detenernos en este punto, ya que el inventario se compone de dos grandes dimensiones, la que hace referencia a las intervenciones a desarrollar con la familia, y la que se relaciona con las prácticas a desarrollar con los sistemas más amplios. En efecto, como se ha ido detallando en el marco teórico, desarrollar un trabajo en red de modo colaborativo resulta esencial en el trabajo social, y muy especialmente en el trabajo que se desarrolla con familias en situación de especial dificultad. Nos llama la atención el bajo porcentaje de realización que tienen los criterios de intervención que suponen tener en cuenta la visión de la ecología profesional que nutre (o entorpece) el proceso familiar. Si bien estos resultados pueden tener lógica en un contexto de crisis como la que atraviesa España desde 2008, en el que se impulsa la “optimización de recursos”, en el que se prima la gestión por encima del trabajo relacional, también queremos señalar los beneficios que podrían derivarse de la implementación de estas prácticas. En efecto, poner en valor los vínculos positivos, subrayar las competencias de todos los elementos que integran el macrosistema de ayuda (miembros del sistema familiar, profesionales, apoyos informales), permite el desarrollo de estrategias colaborativas que contribuyen a avanzar en el cambio que desean realizar las familias con las que trabajamos. Perder esta perspectiva, consideramos, supone perder una parte importante de esta dimensión de ecología profesional. El peligro de no detectar y no poner en valor los vínculos positivos significa no avanzar en términos de investigación a nivel profesional, poder disponer de un amplio repertorio de estrategias que permitan construir una red constructiva entre los profesionales y con la familia. Además, el desarrollo de los criterios de intervención planteados en referencia a la ecología profesional, contribuye al aumento de la satisfacción de los profesionales. En efecto, nutrirse del resto de colegas y generar ese trabajo compartido, contribuye al fortalecimiento de una de las identidades del trabajo social, esto es, generar investigación básica, un cuerpo de conocimiento cada vez más amplio sobre estrategias que

funcionan, aumentando la calidad de las intervenciones que se llevan a cabo, generando conocimiento e identidad profesional.

7.2.7 Inventario en su conjunto.

El inventario para el *desarrollo de prácticas colaborativas desde el trabajo social con familias en situación de especial dificultad* pretende condensar las habilidades, técnicas y estrategias que los trabajadores sociales pueden activar para desarrollar un enfoque colaborativo tanto con las familias como los profesionales implicados en cada caso. En estos 67 criterios de intervención, pues, se entremezclan elementos que implican adoptar determinadas **actitudes o posturas relacionales** (por ejemplo, considerar que la familia dispone de capacidades para el cambio), con otros elementos que suponen el desarrollo de microprácticas concretas (por ejemplo, solicitar una retroalimentación al final de cada encuentro). Estos criterios de intervención tienen en cuenta tanto el trabajo a desarrollar con la persona/familia, como el trabajo a desarrollar con los sistemas más amplios, es decir, con los sistemas de apoyo informal de la familia, así como con los profesionales de diferentes servicios y organizaciones que prestan sus servicios a uno o a varios miembros de ese sistema familiar.

Analizando **los criterios más puntuados**, tanto a nivel de importancia como de realización, vemos que muchos de estos criterios tienen que ver con **actitudes o posturas relacionales que adopta el profesional** -ya sea en relación a la familia o en relación a los sistemas amplios-, y que son aspectos básicos en el trabajo social de casos, siendo transversales a los diferentes modelos y enfoques (tanto en los autores clásicos como en las vanguardias). Así, activar la escucha activa, demostrar empatía e interés genuino por la persona/familia, forman parte de los criterios más valorados y realizados. Además, también obtienen **puntuaciones muy elevadas** criterios de intervención que se relacionan con la atención directa de la demanda que plantea la familia, es decir, elementos de “gestión”. En efecto, criterios como realizar un acuerdo inicial con la familia sobre qué cosas se van a trabajar, mantener contacto con el resto de profesionales, o el uso de los recursos disponibles a nivel local y comunitario, son elementos con elevados niveles de importancia y realización para los trabajadores sociales.

La crisis económica mundial -que en el caso de España se comenzó a notar a partir del año 2008-, ha supuesto importantes recortes presupuestarios en materia de servicios sociales, y ha generado consecuencias tales como el aumento del umbral de pobreza o la disminución de personal en los servicios de atención a la ciudadanía. Los servicios sociales han tratado de adaptarse a esta situación mediante la implantación de procesos que dieran respuesta a las necesidades más básicas de la población -gestión y tramitación de ayudas de alimento, vivienda, etc.-, a la vez que sufrían recortes en sus recursos tanto técnicos como materiales. La sobrecarga de los profesionales, que atienden cada vez más casos, contando para ello con menos recursos, es un hecho incontestable, al que se suma el aumento cada vez mayor de la burocracia existente.

No en vano, manifiestan dedicar casi el 40% de su jornada semanal a labores de gestión. Así pues, los trabajadores sociales dedican gran parte de su jornada a realizar tramitación de recursos, hecho que se ve reflejado en las elevadas puntuaciones de criterios de intervención que tienen que ver con la gestión, en detrimento de otros criterios de mayor calado o profundidad en la relación de ayuda. Si se analiza este dato a la luz de la clásica disyuntiva de “trabajar con recursos externos o internos”, en lugar de integrar ambos en la práctica del trabajo social con casos (Perlman, 1965), se produce un alejamiento de la esencia del trabajo social, y se desvirtúa la naturaleza de un trabajo social relacional colaborativo. Además, cabe señalar que estos resultados ya se pusieron de manifiesto en la investigación llevada a cabo por Cardona (2012). Así, Cardona et al. (2017) afirman que “observamos que los criterios de intervención, referidos a una evaluación de más calado efectuada desde un marco conceptual ecológico-sistémico, no forman parte de la práctica cotidiana” (p.157).

En cuanto a los **criterios menos valorados**, tanto en importancia como en realización, destacan, por una parte, aquellos que están planteados en un lenguaje narrativo y, por otra parte, aquellos que se refieren a la reflexión sobre relaciones entre la familia y los sistemas más amplios.

Debemos tener en cuenta que, tal como explican Cardona y Campos (2018), podemos hablar de cuatro “oleadas” epistemológicas que han ido sentando las bases de los diferentes modelos de intervención en trabajo social. La primera oleada se centra en el déficit, en la patología; la segunda oleada se centra en las dificultades, y en cómo las personas se relacionan con su entorno; estas dos primeras oleadas se enmarcan en una primera cibernética (O’Hanlon, 2001). La tercera oleada propone el modelo centrado en soluciones, en el que el profesional tiene un rol más colaborativo que directivo (Cardona y Campos, 2018). La cuarta oleada, inscrita en un paradigma post-estructuralista y socio-construccionista, se caracteriza por propuestas relacionadas con prácticas narrativas y colaborativas, entre otras (Moreno, 2018). Estas prácticas colaborativas se asientan en el construccionismo social, poniendo el acento en los procesos narrativos que dan sostén a las historias de las personas con las que se inicia una relación de ayuda. Conceptos tales como la externalización del problema, el desarrollo de una retroalimentación sistemática sobre el progreso y la alianza, o la postura de no-saber, son elementos que forman parte de las nuevas vanguardias del trabajo social y que, a la luz de los resultados de esta y otras investigaciones, como la de Cardona (2012), parece que todavía no están insertos en la cotidianidad de la práctica de los profesionales que desarrollan su trabajo en servicios sociales. Además, la oferta de formación continua en Mallorca en relación a estas prácticas narrativas y colaborativas es aún escasa, por lo que no resulta extraño que los criterios de intervención que incluyen estos elementos se encuentren entre los menos valorados y realizados.

Además, tras una exhaustiva investigación realizada por Cardona y Campos (2014), en la que se revisaron las guías docentes de los estudios de Grado en Trabajo Social de las universidades públicas españolas, queda patente la ausencia de estos conceptos.

En cuanto a los criterios de intervención relacionados con los sistemas más amplios, vemos que aquellos **menos valorados y realizados** son los que implican procesos de reflexión, ya sea con la familia o entre los propios profesionales. Es decir, los criterios relacionados con los sistemas más amplios que se refieren a gestión (coordinación telefónica, acuerdos para evitar duplicidades) son prácticas habituales, mientras que la introducción de reflexiones sobre las relaciones quedan en un segundo plano. Este extremo queda reflejado, asimismo, en la investigación llevada a cabo por Cardona (2012) con una muestra muy similar a la de este estudio. En efecto, concluye que el área con un nivel de realización menor es la de *Comprensión de la situación problema*; así, la comprensión parece ser superficial, con bajos niveles de realización de prácticas de mayor calado, que permitan significar las soluciones intentadas, así como las capacidades y fortalezas de las familias con las que se trabaja (Cardona, 2012). Esto concuerda con la lógica que parece imperar en los servicios sociales, más centrada en el déficit, en “reparar” lo que no funciona, en gestionar las demandas con los recursos disponibles. Sin embargo, las prácticas colaborativas que proponemos, sugieren la necesidad de dedicar un tiempo a reflexionar sobre cómo las relaciones entre unos y otros (familia, sistemas de apoyo informal, y profesionales) entretejen historias que pueden contener elementos que limitan (o apoyan) unas acciones determinadas. Y esa reflexión conjunta permite generar estrategias que amplían y densifican la narrativa que sostiene la identidad de ese sistema familiar, y que posibilitan marcos de acción diferentes, en los que el cambio sea posible.

7.3 Escalas de expectativas generalizadas de control y su relación con el desarrollo de prácticas colaborativas con familias en situación de especial dificultad

La autoeficacia y las expectativas de éxito se relacionan con el ajuste de los profesionales al contexto laboral (Hernández-Martín, Fernández-Calvo, Ramos, y Contador, 2006). Estos dos constructos también se relacionan de modo inverso con el Síndrome de Burnout, de modo que, a mayor autoeficacia y mayores expectativas de éxito, se da una probabilidad menor de sufrir Burnout. Recordemos que la intervención con familias en situación de especial dificultad supone un reto para los trabajadores sociales, tanto por la larga trayectoria que estas familias suelen tener con servicios personales, como por la complejidad del macrosistema de ayuda que se crea durante el proceso de ayuda. Por otra parte, el desarrollo de prácticas colaborativas ha demostrado la obtención de resultados positivos en la intervención social con personas y familias (Duncan y Sparks, 2017; Madsen, 1997; Madsen y Gillespie, 2013; O’Hanlon, 2001; Seleckman, 1997), y varios autores han concluido que el desarrollo de un enfoque colaborativo con familias en situación de especial dificultad contribuye a mejorar las situaciones de dificultad

que éstas atraviesan (Escudero, 2013; Sharlin y Shamai, 2000; Sousa y Rodrigues, 2012). Por todo ello, en esta investigación se han analizado los niveles de las escalas de expectativas generalizadas de control de los profesionales que han participado en el estudio, con el objetivo de poner de relieve las correlaciones de estas escalas con las dimensiones del inventario para el desarrollo de prácticas colaborativas con familias en situación de especial dificultad (tanto en el nivel de importancia como en el nivel de realización).

Las expectativas de éxito correlacionan con el conjunto del inventario, tanto en nivel de importancia como en realización ($p < 0.05$). Además, esta escala correlaciona con la dimensión de familia del inventario de prácticas colaborativas, tanto en nivel de importancia ($p < 0.05$) como en realización ($p < 0.001$), pero no con la de SMAF. La autoeficacia correlaciona con el conjunto del inventario, en el nivel de realización. Además, correlaciona con la dimensión de familia del inventario, en el nivel de realización ($p < 0.001$).

Pedrazza, Trifilettu, Berlanda y Di Bernardo (2013) en un estudio en el que validan una escala de auto-eficacia en Italia con trabajadores sociales, señalan que las expectativas de éxito y la autoeficacia influyen en el modo en que las personas afrontan sus tareas, objetivos y retos. Así, la creencia de una persona en su eficacia juega un papel importante en la consecución de los objetivos que se plantea. También influye en el modo en que las personas se motivan y perseveran ante las adversidades para alcanzar sus objetivos. Los trabajadores sociales que trabajan con familias en situación de especial dificultad están expuestos a retos continuos, relacionados con el establecimiento de una relación colaborativa no solo con las familias, sino también con el resto de profesionales implicados. En este sentido, cabe señalar que Stajkovic y Luthans (1998) realizaron un meta-análisis de 114 estudios, concluyendo que la autoeficacia es un predictor significativo del rendimiento de los trabajadores, con independencia de la complejidad de la tarea. Por tanto, podemos sugerir que aquellos profesionales que tengan mayores niveles de autoeficacia y expectativas de éxito, tenderán a perseverar en mayor medida para alcanzar los objetivos que se propongan, obteniendo un mejor rendimiento.

A la luz de la teoría, así como de los resultados de nuestro estudio, parecería que las personas que llevan a cabo los criterios de intervención relacionados con la familia que se proponen en el inventario tienden a tener mayores expectativas de éxito y mayores niveles de autoeficacia que las que los realizan en menor medida y, por tanto, mayor motivación y perseverancia a la hora de enfrentar los retos de su labor profesional.

7.4 Engagement y su relación con el desarrollo de prácticas colaborativas con familias en situación de especial dificultad

Los profesionales con elevados niveles de *engagement* disfrutan desarrollando su actividad laboral, se sienten realizados, y esto contribuye positivamente a su bienestar y satisfacción laboral, pero también a su desempeño (Salanova y Schaufeli, 2004). Además, Lyubomirsky,

King, y Diener (2005) realizaron una revisión en la que concluyen que siete estudios relacionan el bienestar de los profesionales y su desempeño laboral. Es importante señalar que el *engagement* tiene también una dimensión interpersonal, puesto que es un estado que puede expandirse y ser compartido entre los profesionales de un grupo o equipo (Salanova y Schaufeli, 2009).

En nuestro estudio, el *engagement* (así como sus tres subescalas) correlacionan significativamente con el conjunto del inventario para el desarrollo de prácticas colaborativas, en el nivel de importancia. Si analizamos, en el nivel de importancia, la correlación entre el conjunto de criterios de intervención que se relacionan con la familia, vemos que solo la dedicación correlaciona de modo significativo ($p < 0.05$), mientras que la correlación entre el conjunto de criterios que se relacionan con los SMAF es significativa tanto con el *engagement* ($p < 0.001$) como con sus tres subescalas ($p < 0.001$).

En cuanto al nivel de realización, correlacionan de modo significativo con el conjunto del inventario el *engagement* ($p < 0.05$), así como dos de sus subescalas: la dedicación ($p < 0.001$) y la absorción ($p < 0.05$). Si analizamos, en el nivel de realización, la correlación entre el conjunto de criterios de intervención que se relacionan con la familia, vemos que solo la dedicación ($p < 0.05$) correlaciona de modo significativo, mientras que la correlación entre el conjunto de criterios que se relacionan con los SMAF es significativa tanto con el *engagement* como con dos de sus escalas: la dedicación y la absorción (en los tres casos, $p < 0.001$). Por tanto, podemos concluir que los profesionales que presentan elevados niveles de *engagement*, desarrollan en mayor medida un enfoque colaborativo, con especial incidencia en los criterios relacionados con los sistemas más amplios.

Damiani-Taraba et al. (2017), en un estudio llevado a cabo con profesionales de protección de menores en Canadá, concluyen que la involucración y compromiso de los clientes (*engaged*) predice el *engagement* de los profesionales. Asimismo, las actitudes de los profesionales también influyen en su propio *engagement*. Además, señalan que el soporte del equipo puede resultar de utilidad para que los profesionales que tratan de desarrollar un enfoque colaborativo se mantengan involucrados (*engaged*) en su trabajo. Por otra parte, Gladstone et al. (2014) llevan a cabo un estudio en Canadá con el objetivo de mejorar la comprensión de la relación entre los profesionales y los clientes en el marco del sistema de protección de menores; señalan en su estudio que hay tres habilidades que explican el *engagement* en profesionales de relación de ayuda: la inclusión de los padres en la planificación del proceso de ayuda, ser amables y dar soporte a la familia, y el hecho de reconocer a los padres sus esfuerzos y logros. Estos resultados van en línea con lo que sugieren los datos de nuestra investigación, es decir, la correlación entre el desarrollo de un enfoque colaborativo con familias en situación de especial dificultad y el *engagement* de los trabajadores sociales.

7.5 Inventario para el desarrollo de prácticas colaborativas, y su correlación con aspectos sociodemográficos, así como con condiciones del meta-contexto en que se ubican los profesionales

En este apartado se discuten las correlaciones entre las dimensiones del inventario, las escalas de la Encuesta de Bienestar en el Trabajo (UWES), así como las escalas de la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-20), con las cuestiones sociodemográficas y laborales (marcadores de contexto) de los trabajadores sociales de la muestra.

Ubicación (Palma o Part Forana). Se quería conocer si había diferencias significativas en las escalas estudiadas, en función de si los profesionales desarrollan su labor en Palma (ciudad que cuenta con más de medio millón de habitantes), o bien en otros municipios (Part Forana, cuyo municipio más habitado cuenta con menos de cincuenta mil habitantes). Hay diferencias estadísticamente significativas en tres dimensiones del inventario de prácticas colaborativas, en función de si trabajan en Palma o en Part Forana. Así, los profesionales de Part Forana presentan medias significativamente más elevadas en el nivel de importancia de la dimensión A1 (postura relacional del profesional), así como en el nivel de realización de las dimensiones A3 (enfoque centrado en capacidades) y B3 (actuaciones a desarrollar con los sistemas más amplios). Cabe señalar, asimismo, que el resto de dimensiones presentan medias más elevadas en Part Forana que en Palma, a pesar de que las diferencias no resulten significativas estadísticamente.

Así pues, los resultados sugieren que, en los municipios de menos de cincuenta mil habitantes, los profesionales tienden a desarrollar más un enfoque colaborativo con familias en situación de especial dificultad, en comparación con los profesionales que desarrollan su labor en Palma. Cabe señalar que Palma cuenta con once centros de servicios sociales comunitarios básicos, que atienden a barrios con características muy dispares entre sí (Ajuntament de Palma, 2012). Al mismo tiempo, los once centros disponen de los mismos protocolos de actuación, dado que la Unidad de Servicios Centrales gestiona la planificación de los centros de forma unitaria (aun cuando cada centro dispone de sus propios proyectos comunitarios, en función de las características del grueso de población que atienden). Además, Servicios Centrales gestiona determinados recursos del municipio, mediante solicitudes que los profesionales de los centros deben rellenar y enviar, implicando un nivel de burocracia superior al que se requiere en municipios de menos de cincuenta mil habitantes. Por otra parte, en los municipios más pequeños la posibilidad de flexibilizar los procesos de atención es mayor que en grandes ciudades como Palma, donde la homogeneización dificulta dicha flexibilidad. Diversos autores han señalado que una de las dificultades a la hora de implementar un enfoque colaborativo con familias en situación de especial dificultad es la burocracia existente y la falta de flexibilidad de los servicios. Así, Wastell, White, Broadhurst, Pecover y Pithouse (2010) analizan las dificultades de los profesionales que trabajan en servicios para la infancia en el Reino Unido, y

señalan la burocracia como un impedimento para poder desarrollar su labor de modo satisfactorio. Además, Ahn, Keyser, y Hayward-Everson (2016) señalan en un estudio realizado en Estados Unidos en el sistema de protección de menores, que la flexibilidad a nivel organizacional favorece la implementación de servicios centrados en la familia (es decir, de servicios con un enfoque colaborativo). A la luz de la teoría y de los resultados, sugerimos que estos elementos podrían explicar, en parte, las diferencias en el desarrollo de los criterios de intervención en función del lugar en el que se ubican los profesionales.

Adaptación al Grado en Trabajo Social. Las medias en el Inventario de Prácticas Colaborativas (tanto en su conjunto como separando cada una de las seis dimensiones, en el nivel de importancia y en el de realización) son superiores para las personas que tienen el grado, con respecto a las que, bien estudiaron diplomatura, bien homologaron el título de Asistentes Sociales. Estas diferencias son significativas a nivel estadístico en dos dimensiones en el nivel de importancia (A2, co-construcción del contexto de intervención y B1, actuaciones a desarrollar con familia y SMAF), y en una dimensión en el nivel de realización (B1, actuaciones a desarrollar con familia y SMAF). Los resultados parecen sugerir que las personas con formación de grado desarrollan en mayor medida un enfoque colaborativo que las que no tienen esa formación. Además, las medias de las personas que han cursado directamente el grado son mayores en casi todas las dimensiones del inventario que las que han realizado la adaptación al grado. Cabe señalar que, en el caso del plan de estudios del Grado en Trabajo Social de la Universitat de les Illes Balears, hay una asignatura específica de intervención con familias multiproblemáticas (con prácticas presenciales obligatorias), hecho que podría explicar que las medias de los profesionales que han estudiado aquí sean superiores que las de los profesionales que realizaron adaptación al grado en otras universidades (de manera on-line o semipresencial).

Por otra parte, a pesar de haber obtenido algunas diferencias significativas en función del grupo de **edad** de los profesionales en algunas de las dimensiones del inventario de prácticas colaborativas, éstas no parecen seguir una tendencia ascendente o descendente. Tampoco se han encontrado diferencias significativas en las medias de las diferentes escalas estudiadas en función de la **experiencia** de los profesionales, del tipo de contrato, ni de la **formación continua** recibida. Estos resultados son congruentes con los que obtuvo Cardona (2012) con una muestra muy similar de profesionales.

En cuanto a los marcadores de contexto, no hay diferencias significativas en función de si disponen o no de **espacios de supervisión**, ni tampoco en cuanto a si disponen o no de espacios de **reunión interprofesional en el servicio**, a excepción de la dimensión A1 en el nivel de importancia (postura relacional del profesional) que, curiosamente, presenta una media significativamente más elevada en los profesionales que no disponen de espacios de reunión interprofesional en su servicio, en comparación con los que sí disponen de estos espacios (sea

de forma semanal, quincenal o mensual). Este resultado va en la misma línea que el que se obtiene al comparar las medias de las escalas del inventario en función de si los profesionales disponen o no de espacios de coordinación del **equipo de trabajo de caso** (dentro del mismo servicio). De nuevo, los que no disponen de estos espacios, presentan medias más elevadas en el conjunto de criterios que se relacionan con la familia, en el nivel de importancia. No se han analizado, en esta investigación, las posibles causas explicativas, pero sugerimos que tal vez, en ausencia de un equipo de profesionales con el que compartir la responsabilidad de la intervención, los profesionales tienden a centrarse en desarrollar con más ahínco los criterios de intervención que utilizan al profesional como principal herramienta, es decir, los que tienen que ver con su postura relacional, así como con el enfoque centrado en capacidades.

En caso de que sí dispongan de espacios de coordinación del **equipo de trabajo de caso**, se preguntaba a los profesionales si tomaban las **decisiones en conjunto**, y con qué frecuencia. En este caso, las personas que manifiestan no tomar decisiones en conjunto (salvo contadas excepciones), son las que presentan medias significativamente más elevadas en las dimensiones del inventario que tienen que ver con criterios de intervención relacionados con la familia, mientras que las personas que manifiestan tomar siempre las decisiones en conjunto, presentan medias significativamente más elevadas en las dimensiones relacionadas con los SMAF. En cuanto a la realización de **reuniones de red**, las personas que manifiestan realizar habitualmente estas reuniones, así como tomar decisiones en conjunto en dichos espacios, presentan medias significativamente más elevadas en el nivel de realización de criterios de intervención relacionados con SMAF, que las que no suelen disponer de estos espacios de coordinación entre profesionales de diferentes servicios. Estos resultados son congruentes con el apartado anterior. Así, si tienden a tomar decisiones en equipo o si disponen de espacios de trabajo en red, desarrollan en mayor medida criterios relacionados con los sistemas más amplios, mientras que, en caso contrario, el desarrollo de criterios relacionados con la familia es superior.

El hecho de disponer o no de **protocolos** de trabajo escritos, tanto con respecto al equipo de trabajo de caso como al trabajo en red, no presenta diferencias significativas en ninguna de las escalas analizadas. Del mismo modo, no hay diferencias en las escalas del inventario de prácticas colaborativas en función del **nivel de carga de trabajo**. Este dato nos llama la atención, ya que numerosos autores y estudios advierten de la dificultad de llevar a cabo un enfoque colaborativo si las cargas de trabajo son excesivas (Bronstein, 2003; Hall, 2005; Seikkula et al., 2003; Watson, 2005).

**CHAPTER VIII:
CONCLUSIONS**

CONCLUSIONS

8.1 CONCLUSIONS

The present study has been conducted with the objective of knowing the tools, techniques, strategies, skills and attitudes developed by social workers of Primary Care Social Services in Mallorca, in the process of intervention with multi-assisted families, both in their work with families as with the professional network that is established. This has been carried out through the analysis of the relevance given to the intervention criteria included in the Inventory for the Development of Collaborative Practices in Social Work with Families in Special Distress, as well as the analysis of the level of realization which they consider doing in their daily practice. In addition, its relationship with the levels of Engagement presented has been analyzed, as well as with the results of the application of the Battery of Generalized Expectancies of Control Scales (locus of control, self-efficacy and expectations of success). Finally, the data obtained in the three instruments have been related to labor and personal dimensions, through the socio-demographic questionnaire designed specifically for this study.

The results obtained provide information on the issues that are valued and applied to a greater or lesser extent by social workers who have participated in the study, thus responding to the specific objectives of this research. Our main conclusions are described below.

I. Level of importance given by social workers to the intervention criteria of the inventory.

1. Social workers who have participated in the study consider most of the intervention criteria as "very" or "extremely" important. Thus, 26 out of the 67 criteria have been considered very or extremely important in 90% or more cases, while 54 criteria have been considered very or extremely important in more than 75% of cases.
2. The two criteria that have obtained the highest rating (98.3% of social workers have considered them very or extremely important) are: *maintaining telephone or mail contact between professionals in order to share family information and progress, as well as to adjust the different interventions; and using available resources at the local and community level, so that the intervention process contributes to improving and / or increasing the social support network of that person / family.*
3. The three criteria that have obtained the lowest rating (less than 50% of the social workers have considered them very or extremely important) are: *talking with the family about their opinion on what their future relationships with different larger systems will be like; sharing similarities with the client in their values and experiences; if possible, sharing personal feelings with the person / family in relation to their current situation.*
4. The two most valued criteria belong to the B3 dimension. Practices to be developed with larger systems. It should be noted that of the eleven following most valued criteria (95% or more of the professionals consider them very or extremely important), seven of them correspond to the A2 dimension (co-construction of the intervention context: the family is the

protagonist of the process), while one corresponds to the A1 dimension (the professional's relational stance: respect, empathy, connection), and two criteria correspond to the B3 dimension (practices to be developed with larger systems).

5. Of the three criteria that have obtained lower rating, one of them corresponds to the B2 dimension (practices to be developed with the family), while the other two correspond to the A2 dimension (co-construction of the intervention context: the family is the protagonist of the process).

6. Of the eleven least valued criteria, only two correspond to the A2 dimension (*sharing similarities with the client in their values and experiences and, if possible, sharing personal feelings with the person / family in relation to the situation which they are going through*), while the other nine correspond to dimensions B2 (practices to be developed with the family) and B3 (practices to be developed with larger systems). If we take into account the fact that the practices related to the emotional openness of professionals in the helping relationship have been the result of complex debates in the profession, we can conclude that the least valued criteria have to do, in general, with criteria that refer to working with larger systems, either with family members (in relation to those systems), or with the rest of the professionals involved.

7. The most valued dimension, if we look at the inventory as a whole, is A2 (co-construction of the intervention context: the family is the protagonist of the process), with a mean of 78.42% of criteria considered very or extremely important.

8. The least valued dimension, based on the inventory as a whole, is B2 (practices to be developed with the family (in relation to larger systems)), with an average rating of 62.64% of criteria considered very or extremely important.

9. If we analyze the set of dimensions that have to do with criteria of dimensions A (family) and B (larger systems), we see that the average rating given to the criteria related to the family is 85.19%, while the average rating granted to the criteria that have to do with larger systems is 78.11%.

II. Level of realization with which social workers put into practice the intervention criteria of the inventory.

10. The levels of realization manifested by social workers in relation to the intervention criteria of the inventory are significantly lower than the levels of importance they have given to these criteria. Only two criteria get more than 80% of "many" or "all" responses at times. Ten criteria have obtained response of realization of many or all the times in more than 75% of cases, while 33 criteria are realized many or all the times in less than 50% of cases.

11. The two factors that show a higher level of realization are: *activating active listening, attending and connecting with the narrative of the person / family, suspending value judgments; and identifying the services involved that maintain a relationship with the different members of the family.*

12. The three criteria that have the lowest level of realization (20% or less) are: *asking the person / family for feedback at the end of each meeting, being interested in determining whether the process meets their expectations, whether the process is being useful; reflecting, together with the person / family, about their relationships with the larger systems involved (in the process), jointly elaborating an ecomap that allows visualizing this helping macrosystem; talking with the family about what they think the future relationships with the different larger systems will be like.*

13. The five criteria that present the highest level of realization (greater than 90%) correspond, if we look at the inventory as a whole, to five of the six dimensions included in the inventory. The dimension that has no criterion with these levels of realization is the dimension B2 (practices to develop with the family (in relation to larger systems)).

14. If we look at the inventory as a whole, of the nine criteria that have the lowest level of realization (less than 30%), four of them correspond to the dimension B2 (practices to be developed with the family); two of them correspond to dimension A2 (co-construction of the intervention context: the family is the protagonist of the process). Finally, the three remaining criteria belong to the dimensions A3 (focus on capabilities), B1 (actions to be developed in relation to the family and larger systems) and B2 (practices to be developed with the family).

15. The dimension in which they manifest a greater realization is the A1 (the professional's relational stance: respect, empathy, connection), with an average assessment of 78.42% of criteria fulfilled often or at all times.

16. The dimension in which they manifest the lowest level of realization is B2 (practices to develop with the family (in relation to larger systems)), with a mean of 27.96% of criteria fulfilled many or all times.

17. Por tanto, podemos afirmar que el nivel de realización de los criterios que tienen que ver con la familia es superior al nivel de realización de los criterios que tienen que ver con los sistemas amplios. If we analyze the set of dimensions that have to do with criteria related to the family and those that have to do with larger systems, we see that the average rating of realization of the criteria that have to do with the family is 55.84%, while the average rating granted to the criteria that have to do with larger systems is 43.94%. Therefore, we can state that the level of realization of the criteria that have to do with the family is higher than the level of realization of the criteria that have to do with larger systems.

III. Comparison between levels of importance and realization that social workers have given to each criterion of intervention proposed in the inventory.

18. All the intervention criteria of the inventory show higher scores in importance than in realization, for which reason we can say that all the criteria are liable to increase their level of realization.

19. The criterion that presents a greater divergence between the level of importance and realization is: *asking the person / family for feedback at the end of each meeting, being interested in determining whether the process meets their expectations, whether the process is being useful*. While 81.7% of professionals consider it very or extremely important, only 20% do so often or at all times. This difference of 61.7% allows us to conclude that this practice is not established in their usual work routine with the families they serve.

20. The criterion that presents the smallest divergence between the level of importance and that of realization is: *if possible, sharing personal feelings with the person / family in relation to the situation they are going through*. 28.9% of professionals consider this criterion very or extremely important, while 27.3% said that they did it often or at all times. The difference is, therefore, 1.6% between both levels.

21. Fourteen criteria show differences between the level of importance and the level of realization below 20%. Half correspond to dimension A1 (the professional's relational stance: respect, empathy, connection). In addition, if we analyze the average divergences in each of the dimensions between the levels of importance and realization, we see that the A1 dimension has the lowest mean difference (20.48%), so we can conclude that this dimension is the one that presents the smallest divergences between the levels of importance and realization.

22. Fourteen criteria show differences above 40% between the levels of importance and realization. Of these, five correspond to the A2 dimension (co-construction of the intervention context: the family is the protagonist of the process), while four of them correspond to the B3 dimension (practices to be developed with larger systems). Finally, five criteria are divided between the dimensions A3 (two criteria), B1 (two criteria) and B2 (one criterion). Therefore, we state that divergences above 40% do not focus on a single dimension, but are related to practices located in the different dimensions of the inventory. If we analyze the average divergences in each of the dimensions between the level of importance and the level of realization, we see that the B3 dimension (practices to be developed with larger systems) is the one with the highest mean difference (34.58%).

23. The most valued and fulfilled criteria, if we look at the inventory as a whole, have to do with two key aspects. Firstly, with attitudes or relational positions that the professional adopts, which are basic and transversal in social casework, whichever the model or approach is chosen. Thus, activating active listening, showing empathy and genuine interest, are criteria to which they grant high levels of importance and realization. Secondly, with aspects that are related to the direct attention of the demand, that is to say, with "management" aspects, such as the identification of services and professionals involved, the activation of local and community resources or telephone and mail contact with other professionals involved.

24. The less valued and realized criteria, if we look at the inventory as a whole, are those that are either novel because they are presented in narrative language, or refer to the reflection on

relationships between the family and larger systems. Therefore, we can say that criteria that involve reflection processes, whether with professionals or with family members, seem to be in the background, privileging aspects related to resource management.

IV. Generalized control scales and their relationship with the development of collaborative practices with families in special distress.

25. Expectations of success correlate positively with the inventory as a whole, both at the level of importance and the level of realization. If we look at the two large dimensions (family and larger systems), we see that the expectations of success correlate with the family dimension, but not with that of larger systems. Thus, we can say that those people who have obtained higher scores in the criteria related to the family (A1, A2, A3), either in level of importance and / or in realization, are people who have also obtained higher scores in expectations of success.

26. Self-efficacy correlates with the whole inventory at the level of realization. If we look at the two large dimensions (family and larger systems), we see that self-efficacy correlates with the family dimension at the level of realization, but not with that of larger systems. Thus, we can state that those people who have obtained higher scores in the level of realization of the criteria related to the family (A1, A2, A3), are people who have also obtained higher scores in self-efficacy.

V. Engagement and its relationship with the development of collaborative practices with families in special distress.

27. Engagement, as well as vigor, dedication and absorption, correlate positively with the inventory as a whole, at the **level of importance**. If we look at the two large dimensions (family and larger systems), we see that the dedication correlates positively with the set of criteria that relate to the family, while both engagement and vigor, dedication and absorption correlate positively with the set of criteria related to larger systems. Therefore, people who have obtained higher scores in the dimensions related to the family (at the level of importance), are professionals who have obtained higher scores of dedication. In addition, people who have obtained higher scores in the dimensions related to larger systems (at the level of importance), are professionals who have obtained higher engagement scores, as well as their three subscales: vigor, dedication and absorption.

28. The engagement, as well as the dedication and absorption, correlate positively with the whole of the inventory, at the **level of realization**. If we look at the two large dimensions (family and larger systems), we see that dedication correlates positively with the set of criteria that relate to the family (in the level of realization), while both engagement and dedication and absorption correlate positively with the set of criteria related to larger systems. Therefore, the people who have obtained higher scores in the dimensions related to the family (in the level of realization), are professionals who have obtained higher scores in dedication. In addition, the people who have obtained higher scores in the dimensions related to larger systems (in the level

of realization), are professionals who have obtained higher scores in engagement, as well as two subscales: dedication and absorption.

VI. Inventory for the development of collaborative practices, and their correlation with socio-demographic aspects, as well as with meta-context conditions in which professionals are located.

29. In the municipalities of less than fifty thousand inhabitants, professionals tend to develop a collaborative approach with families in a situation of special difficulty more often, in comparison with the professionals who work in Palma.

30. The people who have a degree in Social Work, in comparison with those who have a three-year bachelor program -or convalidation of the former Diploma in Social Assistance-, and have not undertaken a degree, present higher scores in all the dimensions of the inventory for the development of collaborative practices.

31. No significant differences were found in the levels of importance and realization granted to the criteria contained in the inventory based on: age; professional experience; ongoing training.

32. No significant differences were found in the levels of importance and realization granted to the criteria contained in the inventory in terms of: having supervision or not; whether or not having written work protocols (whether on casework or networking teams); having more or less workload (either in number of cases attended every week, number of new cases, monthly closures or number of cases with high emotional burden).

33. Social workers who do not have spaces for inter-professional meeting in the service, or do not have spaces for casework team coordination, or do not usually hold network meetings, have higher scores in the intervention criteria related to the family, as compared to those who do have such spaces, who tend to score higher in the intervention criteria related to larger systems.

8.2 STRENGTHS AND LIMITATIONS OF THE STUDY

Research in relation to families attended by multiple larger systems is, in our country, still scarce. Thus, we have a doctoral thesis that analyzes psychosocial intervention with multi-problem families from an ecological perspective (Navarro, 2002), and another that analyzes the practice of socio-family interventions from social work with multi-problem families (Rodríguez, 2013). In both cases, the research is qualitative, and provides interesting recommendations in relation to particular approaches required for intervention with this type of families.

In our case, the research is quantitative. Thus, the elaboration, implementation and analysis of the Inventory of Collaborative Practices has replicated the design of the research carried out by Cardona (2012), which won the 1st International Prize for Research and Innovation of the I International Congress of Faculties and Schools of Social Work. We believe that replicating designs that have aroused international interest is a way of making progress in the scientific field, considering it a strength of this study. In addition, the Battery of Generalized

Expectancies of Control Scales is an instrument developed and validated in our country (Palenzuela et al., 1997) and with adequate psychometric properties. The Work and Well-Being Survey (Schaufeli and Bakker, 2003) is a validated instrument in the Spanish language, and has been used in many countries with excellent results. Therefore, we consider that the use of both instruments reinforces the design of the study.

The high participation of the population under study (82.88%) is also a strength of this study. The researcher traveled to each of the work centers on several occasions, in order to facilitate the participation of all social workers interested. We chose not to use electronic means to complete the questionnaires, thus having a direct and personalized contact with the participants. This has led to a greater interest of professionals in relation to this study, and most have shown their desire to know the results of the research. Many, in addition, have requested specific training in collaborative approaches with families in special distress, a fact that shows their desire to improve their interventions in this field.

This research, as it could not be otherwise, has limitations. In the first place, the Inventory for the Development of Collaborative Practices, as well as the sociodemographic questionnaire, can only be considered as structured questionnaires in relation to the object of study. Therefore, the validation of the instrument is pending, which may be carried out in future studies.

On the other hand, the fact that the Inventory is self-administered, asking first about the level of importance and then about the realization of each intervention criterion, may have influenced the answers. However, the criteria were not ordered by dimensions, and coherence is observed in the responses granted in the criteria of the different areas of the inventory.

Although we consider the fact that we have used a quantitative methodology in this study as a strength, we also believe that, in future research, we should add qualitative methodologies. In this way, by having access to the narrative of the professionals themselves, we will be able to deeply discuss issues related to opinions and considerations of professionals concerning the intervention with these families.

Also, this study focuses on the perspective of professionals, not the families that work with them, so the results and conclusions only address part of the helping macrosystem created *ad hoc*.

8.3 FUTURE RESEARCH LINES

This study highlights interesting results and conclusions about the practice of social workers in the social services dealing with families in special distress. The transfer of knowledge generated by this research to front-line professionals will be carried out in several ways. First, we will present the results obtained in the different work centers, sharing a space of gratitude and reflection with the professionals who have participated in the study.

Besides that, some issues that this research has revealed are related to the possibility of increasing the levels of realization of certain attitudes, strategies, techniques and skills of professionals in order to carry out collaborative social work with the families that they serve. Many of them are related to common factors that explain the change in socio-relational interventions. Hence, knowing the expectations of the family as to what they expect from the professional who attends them, as well as requesting feedback at the end of each meeting, with the aim of adjusting the intervention session by session, are essential issues for the development of a collaborative approach. Devoting space for reflection with the family about their experiences, as well as generating spaces that help them visualize the preferred directions that they want to follow in their lives, are also issues that, according to the results obtained, are likely to increase their level of realization, since professionals do not seem to implement them on daily practice. Therefore, we can continue researching by means of mixed methodologies (quantitative and qualitative), which may contribute to the transfer of knowledge and facilitate the development of collaborative practices in the field of social work with families.

On the other hand, we believe that the validation of the inventory would allow its replication in future investigations. Thus, carrying out this study with basic community social services professionals from other autonomous communities, as well as with specialized service professionals, could shed more light on the development of collaborative practices in the field of social work with families in special distress. And this, in turn, would enable us to make further progress in the research on collaborative practices in social work, a fact that could result in more refined, respectful and effective interventions with the people we serve.

REFERENCIAS

- Agudelo, M.E. y Estrada, P. (2012). Constructivismo y construccionismo social: algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Prospectiva*, 17, 355-378.
- Agudelo, M.E. y Estrada, P. (2013). Terapias narrativa y colaborativa: una mirada con el lente del construccionismo social. *Revista Facultad de Trabajo Social (Universidad Pontificia Bolivariana)*, 29(29), 15-48.
- Ahn, H., Keyser, D., Hayward-Everson, R.A. (2016). A multi-level analysis of individual and agency effects on implementation of family-centered practice in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 69, 11-18.
doi: 10.1016/j.chilyouth.2016.07.014
- Alberdi, I. (2006). La transformación de las familias en España. *ÁBACO, Revista de Cultura y Ciencias Sociales*, 49-50, 30-39.
- Álvarez-Uría, F. y Parra, P. (2014). The Bitter Cry: materiales para una genealogía de la identidad profesional de las pioneras del Trabajo Social en Inglaterra y los Estados Unidos. *Cuadernos de Trabajo Social*, 27(1), 93-102.
- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque postmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1991). Los sistemas lingüísticos: implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. *Revista de Psicoterapia*, 2(6-7), 41-71.
- Anderson, H., y Goolishian, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. En S. McNamee y K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25-39). California: SAGE Publications.
- Andrade-González, N., y Fernández-Liria, A. (2015a). Spanish adaptation of the Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II). *Journal of Mental Health*, 24(3), 155-161. doi: 10.3109/09638237.2015.1036975
- Andrade-González, N., y Fernández-Liria, A. (2015b). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory (WAI). Psychometric properties of the patient and therapist forms (WAI-P and WAI-T). *Anales de Psicología*, 31(2), 524.
doi: 10.6018/analesps.31.2.177961

- Andrade-González, N., y Fernández-Liria, A. (2016). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Current Psychology*, 35(1), 169-177. doi: 10.6018/analesps.31.2.177961
- Anker, M. G., Duncan, B. L., y Sparks, J. A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 693-704. doi: 10.1037/a0016062
- Anker, M.G.; Owen, J.; Duncan, B.L. y Sparks, J.A. (2010). The alliance in couple therapy: Partner influence, early change, and alliance patterns in a naturalistic sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 635-645. doi: 10.1037/a0020051
- Anker, M.G, Sparks, J.A., Duncan, B.L., Owen, J.J., y Stapnes, A.K. (2011). Footprints of couple therapy: Client reflections at follow-up. *Journal of Family Psychotherapy*, 22, 22-45. doi: 10.1080/08975353.2011.551098
- Antich, S; Barceló, B., Carballo, S., Guerra, O., Panadès, C., ... y Vañó, X. (1994). Famílies multiproblemàtiques. Intervenció terapèutica psicosocial. Idees preliminars. *Revista Alimara*, 34, 67-70.
- Aponte, H.J. (1986). If I don't get simple, I cry. *Family Process*, 25, 531-548.
- Arditti, J., Nurton, L., y Neeves-Botelho, S. (2010). Maternal distress and parenting in the context of cumulative disadvantage. *Family Process*, 49(2), 142-164. doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01315.x
- Asay, T.P., y Lambert, M.J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: quantitative findings. En M.A. Hubble; B.L. Duncan, y S.D. Miller (Eds). *The Heart & Soul of Change: What works in therapy* (pp. 23-55). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Auerswald, E. H. (1968). Interdisciplinary versus Ecological Approach. *Family Process*, 7(2), 202-215.
- Ayala-Nunes, L., Jiménez, L, Hidalgo, V, y Jesus, S. (2014). Family feedback in Child Welfare Services: A systematic review of measures. *Children and Youth Services Review*, 44, 299-306. doi: 10.1016/j.childyouth.2014.07.004
- Aylwin, N. y Solar, M.O. (2002). *Trabajo Social Familiar*. Chile: Ed. Universidad Católica de Chile.
- Bachler, E., Frühman, A., Bachler, H., Aas, B., Strunk, G., y Nickel, M. (2016). Differential effects of the working alliance in family therapeutic home-based

- treatment of multi-problem families. *Journal of Family Therapy*, 38, 120-148.
doi: 10.1111/1467-6427.12063
- Bachler, E., Frühman, A., Bachler, H., Aas, Nickel, M., y Schiepek, G.K. (2017).
Patterns of change in collaboration are associated with baseline characteristics
and predict outcome and dropout rates in treatment of multi-problem families. A
validation study. *Frontiers in Psychology*, 8, 1-11.
doi: 10.3389/fpsyg.2017.01221
- Baldwin, S.A., Wampold, B.E., e Imel, Z.E. (2007). Untangling the alliance-outcome
correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability
in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6). 842-852.
doi: 10.1037/0022-006X.75.6.842
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change.
Psychological Review, 84(2), 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Bedi, R.P., Davis, M.D., y Williams, M. (2005). Critical incidents in the formation of
the therapeutic alliance from the client's perspective. *Psychotherapy: Theory,
Research, Practice, Training*, 42(3), 311-323. doi: 10.1037/0033-3204.42.3.311
- Bedó, T. (1992). Panel Foro Contratransferencia. *Revista de Psicoterapia
Psicoanalítica*, 3 (4), 375-379.
- Besley, T. (2001). Influencias foucaultianas en la terapia narrativa: un enfoque para las
escuelas. *Journal of Educational Inquiry*, 2(2), 1-25.
- Beyebach, M. (2014). Change factors in solution-focused brief therapy: A review of the
Salamanca studies. *Journal of Systemic Therapies*, 33(1), 62-77.
doi: 10.1521/jsyt.2014.33.1.62
- Bergin, A. E., y Garfield, S. L. (Eds.). (1994). *Handbook of psychotherapy and
behavior change*. New York: Wiley.
- Bodden, D.H.M. y Dekovic, M. (2016). Multiproblem families referred to youth mental
health: What's in a name? *Family Process*, 55(1), 31-47.
doi: 10.1111/famp.12144
- Bohart, A., y Tallman, K. (1999). *What clients do to make therapy work*. Washington,
DC: American Psychological Association.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working
alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260.
doi: 10.1037/h008588

- Borrego, Y. (2016). *El engagement en el trabajo: antecedentes y resultados organizacionales*. Tesis doctoral publicada. Huelva: Universidad de Huelva.
- Bray, L. y Tuerlinckx, J. (1973). *La asistencia social individualizada*. Madrid: Ed. Aguilar.
- Breunlin, D. C., y Jacobsen, E. (2014). Putting the «family » back into Family Therapy. *Family Process*, 53(3), 462-475. doi: 10.1111/famp.12083
- Bronstein, L. R. (2003). A model for interdisciplinary collaboration. *Social Work*, 48(3), 297-306. doi: 10.1093/sw/48.3.297
- Cameron, M. (2014). This is Common Factors. *Clinical Social Work Journal*, 42, 151-160. doi: 10.1007/s10615-013-0467-9
- Campanini, A., y Luppi, F. (1996). *Servicio social y modelo sistémico*. Barcelona: Paidós.
- Campos, J.F. y Cardona, J. (2018). El desarrollo del trabajo social en sus orígenes: el caso de los Estados Unidos, una lectura crítica. *Trabajo Social Global*, 8(14), 56-79. doi: 10.30827/tsg-gsw.v8i14.6717
- Cancrini, L., De Gregorio, F. y Nocerino, S. (1995). Las familias multiproblemáticas. En A. Campanini y F. Luppi (Comps.), *Servicio social y modelo sistémico* (1996, pp. 45-80). Barcelona: Paidós
- Cañadas, O y Sánchez, A. (1998). Categorías de respuesta en escalas tipo Likert. *Psichothema*, 10(3), 623-631.
- Carballo, S, Guerra, O, Panadès, C., Rosselló, V., Vañó, X. (1994). Famílies multiproblemàtiques. Intervenció terapèutica psicossocial. *Revista Alimara*, 34, 71-74.
- Cardona, J. (2012). *La definición del contexto de intervención en el trabajo social de casos*. Tesis doctoral publicada. Universitat de les Illes Balears, España.
- Cardona, J. y Campos, J.F. (2018). La dimensión relacional del trabajo social: una perspectiva colaborativa. *Revista de Treball Social*, 214, 29-43.
- Cardona, J., Cuartero, M. E., y Campos, J. F. (2017). El diagnóstico relacional colaborativo (I). *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 24, 67-90. doi: 10.14198/ALTERN2017.24.05
- Carpenter, J. (1987). Some reflections on the state of family therapy in the UK. *Journal of Family Therapy*, 9, 217-229.

- Carr, A. (2009). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 31(2), 107-157.
doi: 10.1111/1467-6427.12032
- Casado, T. (2016). La relación de ayuda entre una familia multiproblemática y los sistemas más amplios. En C. Guinot y A. Ferran (eds.), *Trabajo Social: arte para generar vínculos* (pp.755-764). Bilbao: Publicaciones de la Universidad de Deusto.
- Casado, T., Cuartero, E., y Riera, J.A. (2016). *Familias multiproblemáticas y sistemas más amplios*. II Jornadas Doctorales de la Universidad de Murcia. Murcia: Universidad de Murcia.
- Chagas, E. (2014). *Trabajo social con familias: un estudio comparado sobre la intervención en los CRAS de Fortaleza-CE-Brasil y los CSS de Barcelona-ES*. Tesis doctoral publicada. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Chwalisz, K. (2001). A common factors revolution: Let's not "cut off our discipline's nose to spite its face". *Journal of Counselling Psychology*, 48(3), 262-267.
doi: 10.1037//0022-0167.48.3.262
- Clark, P. G., Cott, C., y Drinka, T. J. K. (2007). Theory and practice in interprofessional ethics: a framework for understanding ethical issues in health care teams. *Journal of Interprofessional Care*, 21(6), 591-603.
doi: 10.1080/13561820701653227
- Cleek, E. N., Wofsy, M., Boyd-Franklin, N., Mundy, B., y Howell, T. J. (2012). The Family Empowerment Program: an interdisciplinary approach to working with multi-stressed urban families. *Family Process*, 51(2), 207-217.
doi: 10.1111/j.1545-5300.2012.01392.x
- Cohen, Y., Krumer-Nevo, M., y Aveli, N. (2017). Bread of shame: Mechanisms of othering in soup kitchens. *Social Problems*, 00, 1-16.
doi: 10.1093/socpro/spx011
- Colapinto, J.A. (1995). Dilution of family process in social services: Implications for treatment of neglectful families. *Family Process*, 34, 59-74.
- Colapinto, J.A. (2005). El niño entre la familia y el Estado. *Conferencia Perspectives de Futur per a la Infància*. Girona: Fundació Plataforma Educativa.
- Coletti, M. y Linares, J. (1997). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática*. Barcelona: Paidós.

- Consejo General del Trabajo Social (CGTS). (2015). *Código Deontológico de Trabajo Social*. Madrid: CGTS.
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Corveleyn, J. (1997). Acerca de la contratransferencia: ¿obstáculo o instrumento? *Revista de Psicología de la PUCP*, 15(2), 157-178.
- Crane, D. R. R., y Payne, S. H. (2011). Individual versus family psychotherapy in managed care: comparing the costs of treatment by the mental health professions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 273-289. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00170.x
- Cuartero, M.E. (2018). *Estudio sobre la prevalencia del desgaste por empatía (compassion fatigue) en los/as trabajadores/as sociales de los centros de servicios sociales de Mallorca*. Tesis doctoral. Universitat de les Illes Balears, España.
- Cunningham, P., y Henggeler, S. (1999). Engaging multiproblem families in treatment: lessons learned through the development of multisystemic therapy. *Family Process*, 38(3), 265-281.
- Damiani-Taraba, G., Dumbrill, G., Gladstone, J., Koster, A., Leslie, B., y Charles, M. (2017). The evolving relationship between casework skills, engagement, and positive case outcomes in child protection: A structural equation model. *Children and Youth Services Review*, 79, 456-462. doi: 10.1016/j.childyouth.2017.05.033
- De Felice, G.; Giuliani, A.; Halfon, S.; Andreassu, S.; Paoloni, G., y Orsucci, F.F. (2019). The misleading Dodo Bird verdict. How much of the outcome variance is explained by common and specific factors? *New Ideas in Psychology*, 54, 50-55. doi: 10.1016/j.newideapsych.2019.01.006
- De Greef, M.; van Hattum, M.J.C.; Granfer, K.L.; McLeod, B.D.; Pijnenburg, H.M., y Scholte, R.H.J. (2018). Predictors of parent-professional alliance in home-based parenting support. *Children and Youth Services Review*, 89, 171-178. doi: 10.1016/j.childyouth.2018.04.028
- De Jong, P. y Kim Berg, I. (2001). Co-construction cooperation with mandated clients. *Social Work*, 46(4), 361-374. doi: 10.1093/sw/46.4.361
- De Shazer, S. (1990). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.

- Demerouti, E., Bakker, A.B., Janssen, P.P.M., y Schaufeli, W.B. (2001). Burnout and engagement at work as a function of demands and control. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 27, 279-286. doi: 10.5271/sjweh.61
- Dimmock, B., y Dungworth, D. (1983). Creating manoeuverability for family/systems therapists in social services departments. *Journal of Family Therapy*, 5, 53-69. doi: 10.1046/j..1983.00605.x
- Dott, J., Velden, E., Ruhf, L., y Schoenfeld, P. (1984). Process and strategy in network therapy. *Family Process*, 23(4), 521-533. doi: 10.1111/j.1545-5300.1984.00521.x
- Drisko, J. (2017). Active collaboration with clients: An underemphasized but vital part of evidence-based practice. *Social Work*, 62(2), 114-121. doi: 10.1093/sw/swx003
- Duncan, B.L. (2002). The legacy of Saul Rosenzweig: The profundity of the Dodo Bird. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(1), 32-57. doi: 10.1037//1053-0479.12.1.32
- Duncan, B. L. (2012). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The heart and soul of change project. *Canadian Psychology*, 53, 93–104. doi: 10.1037/a0027762
- Duncan, B. L. (2014). *On becoming a better therapist: Evidence-based practice one client at a Time*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Duncan, B.L., Miller, S., Sparks, J., Claud, D.A., Reynolds, L.R., Brown, J., y Johnson, L.D. (2003). The Session Rating Scale: Preliminary psychometric properties of a “working” alliance measure. *Journal of Brief Therapy*, 3(1), 3-112.
- Duncan, B. L. y Reese, R.J. (2015). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS). Revisiting the Client’s Frame of Reference. *Psychotherapy*, 52(4), 391-401. doi: 10.1037/pst0000026
- Duncan, B.L., y Sparks, J. (2017). The Partners for Change Outcome Management System. In J. L. Lebow, A. L. Chambers, y D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1-10). New York: Springer
- Duncan, B.L., y Sparks, J. (2018). The Partners for Change Outcome Management System: A both/and system for collaborative practice. *Family Process*, 57(3), 800-816. doi: 10.1111/famp.12345
- Eriksson, E. y Arnkil, T.E. (2009). *Taking up one’s worries. A handbook on early dialogues*. Jyväskylä, Finlandia: Gummerus Printing.

- Escudero, V. (2009). *Guía práctica para la intervención familiar*. Gerencia de Servicios Sociales. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Castilla y León: Junta de Castilla y León.
- Escudero, V. (2013). *Guía práctica para la intervención familiar II. Contextos familiares cronificados o de especial dificultad*. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales. España: Junta de Castilla y León.
- Evenboer, K.E., Reijneveld, S.A., Jansen, D.E.M.C. (2018). Improving care for multiproblem families: Context-specific effectiveness of interventions? *Children and Youth Services Review*, 88, 274-285. doi: 10.1016/j.childyouth.2018.03.024
- Feixas, G. y Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- FITS y AIETS. (2014). Definición global de Trabajo Social (Federación Internacional de Trabajadores sociales y Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social). Recuperado el 9 de marzo de 2019, a partir de <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/definicion-global-del-trabajo-social/>
- Flaquer, L. (2001). La individualització de la vida privada en el món actual. *Anàlisi*, 26, 89-102.
- Flaquer, L. (2004). La articulación entre familia y el Estado de bienestar en los países de la Europa del sur. *Papers, Revista de Sociología*, 73, 27-58.
doi: 10.5565/rev/papers/v73n0.1105
- Foucault, M. (1982). The subject and power. *Critical Inquiry*, 8(4), 777-795.
doi: 10.1086/448181
- Friedlander, M. L., Escudero, V., y Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica*. Barcelona: Paidós.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 27(2), 143-153. doi: 10.1037/0033-3204.27.2.143
- Gaudin, J.M., Polansky, N., Kilpatrick, A.C., y Shilton, P. (1996). Family function in neglectful families. *Child Abuse & Neglect*, 20(4), 363-377.
doi: 10.1016/0145-2134(96)00005-1
- Gergen, K.J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.

- Gladstone, J., Dumbrill, G., Leslie, B., Koster, A., Young, M., e Ismaila, A. (2014). Understanding worker-parent engagement in child protection casework. *Children and Youth Services Review*, 44, 56-64. doi: 10.1016/j.childyouth.2014.06.002
- Goh, E. C. L. (2015). Vulnerable families as active agents of their own change process: a bidirectional perspective. *Social Work*, 60(2), 145-154. doi: 10.1093/sw/swv002
- Gómez, E., Kotliarenco, M. (2010). Resiliencia familiar; un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de psicología*, 19(2), 103-132. doi: 10.5354/0719-0581.2010.17112
- González, J.A. y Pazmiño, M. (2015). Cálculo e interpretación del Alfa de Cronbach para el caso de validación de la consistencia interna de un cuestionario con dos posibles escalas tipo Likert. *Revista Publicando*, 2(1), 62-77.
- Grant, J.S., y Cadell, S. (2009). Power, pathological worldviews, and the strengths perspective in social work. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 90(4), 425-430. doi: 10.1606/1044-3894.3921
- Hall, P. (2005). Interprofessional teamwork: professional cultures as barriers. *Journal of Interprofessional Care*, 19(1), 188-196. doi: 10.1080/13561820500081745
- Hamilton, G. (1960). *Teoría y práctica del Trabajo Social*. México: Prensa Médica Mexicana.
- Hatcher, R. L., y Barends, A. W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1326-1336.
- Heimann, P. (1950). On counter-transference. *The International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Hernández-Martín, L., Fernández-Calvo, B., Ramos, F., y Contador, I. (2006). Burnout, expectativas de control y afrontamiento en un grupo de funcionarios de prisiones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 155-164. doi: 10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4026
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of Family Therapy. A conceptual framework for Systems Change*. New York: Basic Books, Inc.
- Holtzworth-Munroe, A., Jacobson, N.S, DeKlyen, M., y Whisman, M.A. (1989). Relationship between behavioral marital therapy outcomes and process

- variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 658-662.
doi: 10.1037/0022-006X.57.5.658
- Horvath, A. O., y Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
doi: 10.1037/0022-006X.61.4.561
- Horvath, A. O., y Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Ibarra, A. (2004). ¿Qué es la terapia colaborativa? *Athenea Digital*, 5, 1-8.
doi: 10.5565/rev/athenead/v1n5.128
- Imber-Black, E. (1991). A family-larger-system perspective. *Family Systems Medicine*, 9(4), 371-395. doi: 10.1037/h0089322
- Imber-Black, E. (2000). *Familias y sistemas amplios*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Imber-Black, E. (2010). Caring in multiple relational contexts of adversity: implications for family therapy. *Family Process*, 49(2), 139-141.
doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01314.x
- Jakob, P. (2018). Multi-stressed families, child violence and the larger system: An adaptation of the nonviolent model. *Journal of Family Therapy*, 40, 25-44.
doi: 10.1111/1467-6427.12133
- Keenan, E.K., y Grady, M.D. (2014). From silos to scaffolding: Engaging and effective social work practice. *Clinical Social Work Journal*, 42, 193-204.
doi: 10.1007/s10615-014-0490-5
- Klein, M. (1980). Los orígenes de la transferencia. En *Obras Completas* (Vol. 6, pp. 261-270). Buenos Aires: Paidós-Hormé.
- Kokotovic, A. M., y Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37(1), 16-21.
doi: 10.1037/0022-0167.37.1.16
- Krumer-Nevo, M. (2003). From 'a coalition of despair' to 'a covenant of help' in social work with families in distress. *European Journal of Social Work*, 6(3), 273-282.
doi: 10.1080/1369145032000167255
- Krumer-Nevo, M. (2016). Poverty-aware social work: A paradigm for social practice with people in poverty. *British Journal of Social Work*, 46(6), 1793-1808.
doi: 10.1093/bjsw/bcv118

- Kuehl, B.P., Newfield, N.A., y Joanning, H. (1990). A client-based description of family therapy. *Journal of Family Psychology*, 3(3), 310-321. doi: 10.1037/h0080546
- Lamas, C. (1997). Los primeros contactos. En M. Coletti y J. L. Linares (Comps.). *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática* (pp. 83-124). Barcelona: Paidós.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2013). Psychotherapy outcome research. *American Psychologist*, 50(1), 42-51. doi: 10.1037/a0030682
- Lambert, M. E., y Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143–189). New York: Wiley.
- Lambert, M.J. y Kleinstäuber, M. (2016). When people change, and its relation to specific therapy techniques and common factors. *Verhaltenstherapie*, 26, 1-6. doi: 10.1159/000442372
- Lambert, M., y Ogles, B.M. (2014). Common Factors: Post hoc explanation or empirically based therapy approach? *Psychotherapy*, 51(4), 500-504. doi 10.1037/a0036580
- Lara, C., Cruz, C., Vacarezza, A., Florezano, R., y Trapp, A. (2008). Análisis comparativo de dos instrumentos de evaluación clínica: OQ-45 e InterRAI-Salud Mental. *Revista Chile Neuro-Psiquiatría*, 46(3), 192-198. doi: 10.4067/S0717-92272008000300004
- Laska, K.M., Gurman, A.S., y Wampold, B.E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467-481. doi: 10.1037/a0034332
- Lawson, H. A. (2004). The logic of collaboration in education and the human services. *Journal of Interprofessional Care*, 18(3), 225-237. doi: 10.1080/13561820410001731278
- Leigh, S., y Miller, C. (2004). Is the third way the best way? *Journal of Social Work*, 4(3), 245-267. doi: 10.1177/1468017304047744

- Linares, J.L. (1997). Modelo sistémico y familia multiproblemática. En M. Coletti y J.L. Linares (Comp.) *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática* (pp. 23-44). Barcelona: Paidós.
- Lindsey, C. (1979). Working with range and anger- the establishment of a therapeutic setting in the homes of multiproblem families. *Journal of Family Therapy, 1*, 117-124.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lipchik, E. (2017). My story about solution-focused brief therapist/client relationships. *Journal of Systemic Therapies, 36*(4), 76-89. doi: 10.1521/jsyt.2017.36.4.76
- Lister, R. (2004). Poverty and social justice: Recognition and respect. *Third Bevan Foundation Annual Lecture (June)*. Wales, United Kingdom: The Bevan Foundation.
- López-Roldán, P. y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 38-50). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., y Daley, D. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II) : Psychometric Properties. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research, 5*(3), 260-271.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies; "Is it true that everybody has won and all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry, 32*, 995-1008.
- Lyubomirsky, S., King, L., y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin, 131*, 803-855. doi: 10.1037/0033-2909.131.6.803
- Macdonald, E.M., Jackson, H.J., Hayes, R.L., Baglioni, A.J., y Madden, C. (1998). Social skill as a determinant of social networks and perceived social support in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 29*, 275-286. doi: 10.1016/S0920-9964(97)00096-0

- Madsen, W.C. (2006). Teaching across discourses to sustain collaborative clinical practice. *Journal of Systemic Therapies*, 25(4), 44-58.
doi: 10.1521/jsyt.2006.25.4.44
- Madsen, W. C. (2007). *Collaborative therapy with multi-stressed families*. New York: The Guilford Press.
- Madsen, W.C. (2009). Collaborative helping: A practice framework for family-centered services. *Family Process*, 48(1), 103-116.
doi: 10.1111/j.1545-5300.2009.01270.x
- Madsen, W.C. (2011). Collaborative helping maps: a tool to guide thinking and action in family-centered services. *Family Process*, 50(4), 529-543.
doi: 10.1111/j.1545-5300.2011.01369.x
- Madsen, W.C. (2014a). Applications of collaborative helping maps: supporting professional development, supervision and work teams in family-centered practice. *Family Process*, 53(1), 3-21. doi: 10.1111/famp.12048
- Madsen, W.C. (2014b). Taking it to the streets: family therapy and family-centered services. *Family Process*, 53(3), 380-400. doi: 10.1111/famp.12089
- Madsen, W. C., y Gillespie, K. (2014). *Collaborative helping; a strengths framework for home-based services*. New York: Willey.
- Matos, A. R., y Sousa, L. (2004). How multiproblem families try to find support in social services. *Journal of Social Work Practice*, 18(1), 65-80.
doi: 10.1080/0265053042000180590
- Mazer, M. (1972). Characteristics of multi-problem households: A study in psychosocial epidemiology. *American Journal of Orthopsychiatrist*, 42(5), 792-802.
- McClintock, A.S.; Perlman, M.R.; McCarrick, S.M.; Anderson, T., y Himawan, L. (2017). Enhancing psychotherapy processes with common factors feedback: A randomized, clinical trial. *Journal of Counselling Psychology*, 64(3), 247-260.
doi: 10.1037/cou0000188
- Miller, S.D., Duncan, B.L., y Hubble, M.A. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. Nueva York: Norton.
- Minuchin, P., Colapinto, J., y Minuchin, S. (2009). *Pobreza, institución, familia*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Miranda, M. (2012). Algunas reflexiones sobre las pioneras del trabajo social y el papel de la educación. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, 1, 87-96.
- Mitchell, G. y Campbell, L. (2011). The social economy of excluded families. *Child & Family Social Work*, 16, 422-433. doi: 10.1111/j.1365-2206.2011.00757.x
- Moreno, A. (Ed.). (2014). *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moreno, A. (Ed.). (2018). *La práctica de la terapia sistémica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Navarro, M. (2002). *La intervención psicosocial con familias multiproblemáticas: la perspectiva ecológica*. Tesis doctoral publicada. Valencia: Universidad de Valencia.
- Ng, I. (2017). Multistressed low-earning families in contemporary policy context: Lessons from work support recipients in Singapore. *Journal of Poverty*, 17, 86-109. doi: 10.1080/10875549.2012.747998
- Norcross, J.C., y Wampold, B.E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98-102. doi: 10.1037/a0022161
- Norcross, J. C., y Lambert, M. J. (2011a). Evidence-Based Therapy Relationships. En J.C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (pp. 3-21). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., y Lambert, M. J. (2011b). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4-8. doi: 10.1037/a0022180
- O'Hanlon, B. (2001). *Desarrollar posibilidades*. Barcelona: Paidós.
- Orchard, C. A., Curran, V., y Kabene, S. (2005). Creating a culture for interdisciplinary collaborative professional practice. *Medical Education Online*, 10(11), 1-13. doi: 10.3402/meo.v10i.438
- Palenzuela, D.L. (1984). Análisis psicométrico de dos escalas clásicas de lugar de control. En Sánchez, J.M. (Ed.). *Actividad Humana y Procesos Cognitivos: homenaje a J.L. Pinillos: conferencias del Symposium sobre Actividad Humana y Procesos Cognitivos*. Madrid: Alhambra.
- Palenzuela, D.L. (1988). Redefining the theory and measurement of expectancy of internal versus external control of reinforcement. *Personality and Individual Differences*, 9, 607-629.

- Palenzuela, D.L. (1991). Propiedades psicométricas de la Escala de Expectativas Generalizadas de Control Percibido. Comunicación presentada al *II Simposium de Metodología de las Ciencias Humanas, Sociales y de la Salud*. Tenerife.
- Palenzuela, D.L., Prieto, G., Barros, A.M., y Almeida, L.S. (1997). Una versión española de una batería de escalas de expectativas generalizadas de control (BEEGC). *Revista Portuguesa de Educação*, 10(1), 75-96.
- Panadès, C. (2001). Famílies i serveis multiproblemàtics. L'ecosistema del maltractament infantil. *Revista Alimara*, 47, 27-54.
- Pannebakker, N.M, Kochen, P.L., Theunissen, M.H.C., van Mourik, K., Crone, M.R., Numans, M.E., y Reijneveld, S.A. (2018). Services use by children and parents in multiproblem families. *Childen and Youth Services Review*, 84, 222-228. doi: 10.1016/j.chilyouth.2017.12.003
- Pedrazza, M., Trifiletti, E., Berlanda, S., y Di Bernardo, G.A. (2013). Self-efficacy in social work: Development and initial validation of the Self-Efficacy Scale for Social Workers. *Social Sciences*, 2, 191-207. doi: 10.3390/socsci2030191
- Perlman, H.H. (1965). *El trabajo social individualizado*. Madrid: Ediciones RIALP.
- Ramos, R. (2007). Propuesta para un abordaje sistémico con familias multiproblemáticas. *REDES*, 155-162.
- Reder, P. (1986). Multi-agency family systems. *Journal of Family Therapy*, 8, 139-152.
- Relvas, A.P., Escudero, V., Sotero, L., Cunha, D., Portugal, A., y Vilaça, M. (2010). The System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA) and the preliminary Portuguese studies. *8th Electronic EFTA Newsletter*. Disponible en <http://www.europeanfamilytherapy.eu/wp-content/uploads/2012/10/softa.pdf>
- Reupert, A., y Maybery, D. (2014). Practitioners' experience of working with families with complex needs. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(7), 642-651. doi: 10.1111/jpm.12149
- Ribner, D. S., y Knei-Paz, C. (2002). Client's view of a successful helping relationship. *Social Work*, 47(3), 379-387. doi: 10.1093/sw/47.4.379
- Richmond, M. (1917). *Social diagnosis*. New York: Russell Sage Foundation.
- Richmond, M. (1995). *El caso social individual. El Diagnóstico social. Textos seleccionados*. Madrid: Ed. Talasa.
- Ripol-Millet, A. (2001). *Familias, trabajo social y mediación*. Barcelona: Paidós.
- Robbins, M. S., Alexander, J. F., Turner, C. W., y Hollimon, A. (2016). Evolution of Functional Family Therapy as an evidence-based practice for adolescents with

- disruptive behaviour problems. *Family Process*, 55(3), 543-557.
doi: 10.1111/famp.12230
- Rodríguez, A. (2007). Más allá de la perspectiva crítica. *Cuadernos de Trabajo Social*, 20, 117-137. doi: 10.5209/CUTS.8392
- Rodríguez, A. (2013). *Teoría y práctica de la intervención socio-familiar con familias multiproblemáticas*. Tesis doctoral publicada. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Rodríguez, A.; Mosteiro, A., y Sobremonte, E. (2017). Claves del éxito o fracaso de la preservación familiar en Bizkaia: la voz de los profesionales. *Revista Española de Sociología*, 23(3), 41-57. doi: 10.22325/fes/res.2017.34
- Rogers, C. (2000). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415.
doi: 10.1111/j.1939-0025.1936.tb05248.x
- Rossell, T. y Rodríguez, P. (2017). *La entrevista en el trabajo social*. Barcelona: Herder.
- Saar-Heiman, Y., Lavie-Ajayi, M., y Kumer-Nevo, M. (2017). Poverty-aware social work practice: Service users' perspective. *Child & Family Social Work*, 22(2), 1054-1063. doi: 10.1111/cfs.12325
- Salanova, M., y Schaufeli, W.B. (2004). El *engagement* de los empleados: un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. *Estudios Financieros*, 261, 109-138.
- Salanova, M., y Schaufeli, W.B. (2009). *El engagement en el trabajo. Cuando el trabajo se convierte en pasión*. Madrid: Alianza Editorial.
- Saleebey, D. (2001). The diagnostic strenghts manual? *Social Work*, 46(2), 183-187.
doi: 10.1093/sw/46.2.183
- Sanz, A. (2001). Acción social y Trabajo Social en España. Una revisión histórica. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 13, 5-42.
doi: 10.26754/ojs_ais/ais.200113201
- Schaufeli, W., y Bakker, A. (2003). *UWES-Utrecht Work Engagement Scale. Preliminary Manual*. Utrecht: Occupational Health Psychology Unit. Utrecht University.
- Segado, S. (2011). *Nuevas tendencias en Trabajo Social con Familias. Una propuesta para la práctica desde el empowerment*. Madrid: Trotta.

- Seikkula, J. y Arnkil, T.E. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Barcelona: Herder.
- Seikkula, J., Arnkil, T. E., y Eriksson, E. (2003). Postmodern society and social networks: open and anticipation dialogues in network meetings. *Family Process*, 42(2), 185-203. doi: 10.1111/j.1545-5300.2003.42201.x
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio*. Barcelona: Gedisa.
- Selig, A. L. (1976). The myth of the multi-problem family. *American Journal of Orthopsychiatry*, 46(3), 526-532.
- Shamai, M. (2005). Personal experience in professional narratives: the role of helpers' families in their work with terror victims. *Family Process*, 44(2), 203-215. doi: 10.1111/j.1545-5300.2005.00054.x
- Shamai, M., Moin, V., y Sharlin, S.A. (2003). Poverty in the "promised land": Therapeutic intervention with immigrant caucasus families in Israel. *Families in Society*, 84(4), 559-570. doi: 10.1606/1044-3894.144
- Sharlin, S. A., y Shamai, M. (2000). *Therapeutic intervention with poor, unorganized families*. London: Haworth.
- Simpson, A.J., y Bedi, R.P. (2012). The therapeutic alliance: Clients' categorization of client-identified factors. *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy*, 46(4), 344-366.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Revista Sistemas Familiares*, 2, 65-68.
- Sluzki, C. (1996). *La red social: fronteras de la práctica sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Sluzki, C. (2000). Social networks and the elderly: conceptual and clinical issues, and a family consultation. *Family Process*, 39(3), 271-284. doi: 10.1111/j.1545-5300.2000.39302.x
- Sousa, L. (2005). Building on personal networks when intervening with multi-problem poor families. *Journal of Social Work Practice*, 19(2), 163-179. doi: 10.1080/02650530500144766
- Sousa, L. (2007). Beliefs and values of family doctors and multi-problem poor clients. *Quality in Primary Care*, 15(5), 277-283.
- Sousa, L., y Costa, T. (2010). The multi-professional approach: front-line professionals' behaviours and interactions. *International Journal of Social Welfare*, 19(4), 444-454. doi: 10.1111/j.1468-2397.2009.00693.x

- Sousa, L., y Eusébio, C. (2005). When multi-problem poor individuals' values meet practitioners' values! *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 15(5), 353-367. doi: 10.1002/casp.835
- Sousa, L., y Eusébio, C. (2007). When multi-problem poor individuals' myths meet social services myths. *Journal of Social Work*, 7(2), 217-237. doi: 10.1177/1468017307080281
- Sousa, L., Ribeiro, C., y Rodrigues, S. (2006). Intervention with multi-problem poor clients: towards a strengths-focused perspective. *Journal of Social Work Practice*, 20(2), 189-204. doi: 10.1080/02650530600776913
- Sousa, L., Ribeiro, C., y Rodrigues, S. (2007). Are practitioners incorporating a strengths-focused approach when working with multi-problem families? *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 17, 53-66. doi: 10.1002/casp.875
- Sousa, L., y Rodrigues, S. (2008a). Challenges for professionals: expertise and/or rapport. En L. Sousa (Ed.), *Strengthening Vulnerable Families* (pp. 1-16). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Sousa, L., y Rodrigues, S. (2008b). Promoting success in social intervention with multi-problem poor families. En L. T. Kane y M. R. Poweleer (Eds.), *Citizenship in the 21st Century* (pp. 55-91). New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Sousa, L., y Rodrigues, S. (2009). Linking formal and informal support in multiproblem low-income families: the role of the family manager. *Journal of Community Psychology*, 37(5), 649-662. doi: 10.1002/jcop.20313
- Sousa, L., y Rodrigues, S. (2012). The collaborative professional: towards empowering vulnerable families. *Journal of Social Work Practice*, 26(4), 411-425. doi: 10.1080/02650533.2012.668878
- Sparks, J. (2015). The Norway Couple Project: Lessons learned. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(4), 481-494. doi: 10.1111/jmft.12099
- Stajkovic, A., y Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 124(2), 240-261. doi: 10.1037/0033-2909.124.2.240
- Stamoulos, C.; Trepanier, L; Bourkas, S.; Bradley, S.; Stelmaszczyk, K.; Schwartzman, D. y Drapeay, M. (2016). Psychologists' perceptions of the importance of common factors in psychotherapy for successful treatment outcomes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(3), 300-317. doi: 10.1037/a0040426

- Steens, R.J., Hermans, K, y Van Regenmortel, T. (2018). Building a working alliance between professionals and service users in family preservation. A multiple case study. *Child & Family Social Work*, 23, 230-238. doi: 10.1111/cfs.12405
- Stern, S.B; Walsk, M.; Mercado, M.; Levene, K.; Pepler, D.J.; Carr, A.; Heppell, A. y Lowe, E. (2015). When they call, will they come? A contextually responsive approach for engaging multistressed families in an urban child mental health center: A randomized clinical trial. *Research on Social Work Practice*, 25(5), 549-563. doi: 10.1177/1049731514548038
- Sutherland, O., y Strong, T. (2011). Therapeutic collaboration: a conversation analysis of constructionist therapy. *Journal of Family Therapy*, 33(3), 256-278. doi: 10.1111/j.1467-6427.2010.00500.x
- Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Post, W., Knorth, E.J., y Grietens, H. (2014). Outcomes of a coaching program for families with multiple problems in the Netherlands: A prospective study. *Children and Youth Services Review*, 46(11), 203-212. doi: 10.1016/j.childyouth.2014.08.024
- Tausendfreund, T., Knot-Dickscheit, J., Schulze, G. C., Knorth, E. J., y Grietens, H. (2016). Families in multi-problem situations: Backgrounds, characteristics and care services. *Child & Youth Services*, 37(1), 4-22. doi: 10.1080/0145935X.2015.1052133
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 511-532.
- Tierney, L.J. (1976). *Excluded families* (tesis doctoral). School of Social Work. Columbia: Columbia University.
- Thomas, M. L. (2006). The contributing factors of change in a therapeutic process. *Contemporary Family Therapy*, 28, 201-210. doi: 10.1007/s10591-006-9000-4
- Tryon, G. S., y Kane, A. S. (1990). The helping alliance and premature termination. *Counselling Psychology Quarterly*, 3(3), 233-238. doi: 10.1080/09515079008254254
- Trotter, C. (2015). *Working with involuntary clients*. New York: Routledge.
- Ospina, B.E., Sandoval, J.J., Aristizábal, C.A., y Ramírez, M.C. (2005). La escala de Likert en la valoración de los conocimientos y las actitudes de los profesionales de enfermería en el cuidado de la salud. Antioquia, 2003. *Investigación y Educación en Enfermería*, 23(1), 14-29. doi:

- Viscarret, J. J. (2009). Modelos de intervención en Trabajo Social. En T. Fernández (Ed.), *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 293-344). Madrid: Alianza editorial.
- Von Bergen, A., y De la Parra, G. (2002). OQ-45.2, cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Revista Terapia Psicológica*, 20(2), 161-176. doi: 10.4067/S0717-92272006000400004
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Visscher, L.; Evenboer, K.E.; Jansen, D.E.M.C.; Scholte, R.H.J.; Knot-Dickscheit, J.; Veerman, J.W.; Reijneveld, S.A., y van Yperen, T.A. (2018). Identifying practice and program elements of interventions for families with multiple problems: The development of a taxonomy. *Children and Youth Services Review*, 95, 64-70. doi: 10.1016/j.childyouth.2018.10.030
- Waizmann, V. y Roussos, A.J. (2009). Acerca de la dificultad en la conceptualización de la alianza terapéutica. *Intersubjetivo*, 1(10), 122-133.
- Wampold, B. E. (2001). *The Great Psychotherapy Debate. Models, Methods and Findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Wampold, B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*, 14(3), 270-277. doi: 10.1002/wps.20238
- Wampold, B.E.; Mondin, G.W.; Moody, M.; Stich, F.; Benson, K., y Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes”. *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215. doi: 10.1037//0033-2909.122.3.203.
- Watson, J., (2005). *Strategies to increase service participation by vulnerable families*. Ashfield, Australia: Centre for Parenting and Research.
- Walsh, F. (2016). *Strengthening family resilience*. New York: The Guilford Press
- White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2016). *Mapas de la práctica narrativa*. Santiago de Chile: PRANAS Chile.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Zamanillo, T. y Gaitán, L. (1991). *Para comprender el Trabajo Social*. Navarra: Verbo Divino.

ANEXOS

ANEXOS

Anexo 1. Conjunto de cuestionarios	I
Anexo 2. Carta de información a los participantes	XV
Anexo 3. Consentimiento informado	XVII
Anexo 4. Aprobación Comité de Ética de la Investigación	XIX
Anexo 5. Carta de agradecimiento a los participantes	XXI

Código Servicio _____

Querido/da compañero/a,

A continuación, te presentamos la relación de cuestionarios. Para llevar a cabo el presente estudio, es importante que cumplas los siguientes requisitos:

Debes estar en posesión del título de trabajador/a social (grado, diplomatura o equivalente).

Debes estar trabajando como trabajador/a social en servicios sociales de atención primaria públicos, con una antigüedad mínima de 2 meses EN ESE servicio.

Debes estar en un puesto de trabajo donde, entre otras tareas, realices algún tipo de intervención directa con familias tradicionalmente conocidas como “multi-problema”.

Te recordamos:

- Se trata de cuatro cuestionarios:
 - o Inventario para el desarrollo de prácticas colaborativas con familias en situación de especial dificultad. Consta de 68 ítems.
 - o Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-20). Consta de 20 ítems.
 - o Encuesta de Bienestar y Trabajo. Consta de 9 ítems.
 - o Cuestionario sociodemográfico y sobre características contextuales y organizacionales del servicio. Consta de 23 preguntas.
- Tómate el tiempo que te sea necesario
- Queda garantizada la confidencialidad de tus datos a la hora de contestar los cuestionarios
- Te pedimos máxima sinceridad

Gracias por tu colaboración

Querido/da compañero/a,

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones relacionadas con conocimientos, destrezas, actitudes, habilidades y conductas en la intervención socio-relacional colaborativa desde el Trabajo Social con familias en situación de especial dificultad (conocidas tradicionalmente como “familias multiproblemáticas”).

Nos interesa saber el grado de importancia que le das a cada uno de los ítems, así como el nivel de realización efectiva que consideras que desarrollas en la actualidad en relación a cada micro-práctica descrita. No hay respuestas correctas o incorrectas, queremos conocer cuál es tu percepción. Rogamos contestes con la máxima sinceridad, te recordamos que las respuestas serán confidenciales.

Marca la casilla correspondiente (con una cruz o un círculo), tanto en nivel de importancia como en nivel de realización

NIVEL DE IMPORTANCIA

1	nada o casi nada importante
2	poco importante
3	bastante importante
4	muy importante
5	extremadamente importante

NIVEL DE REALIZACIÓN

1	nunca o casi nunca
2	algunas veces
3	bastantes veces
4	muchas veces
5	todas las veces

**INVENTARIO SOBRE EL DESARROLLO DE PRÁCTICAS COLABORATIVAS
DESDE EL TRABAJO SOCIAL CON FAMILIAS EN SITUACIÓN DE ESPECIAL
DIFICULTAD**

Criterio de intervención	Nivel importancia					Nivel de realización				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Demostrar interés genuino por la persona/familia, más allá del problema.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Activar la escucha activa, atendiendo y conectando con la narrativa de la persona/familia, suspendiendo los juicios de valor.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Mostrar respeto incondicional hacia la persona/familia, independientemente de lo que haga, crea o sienta.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Mantener una posición neutral con respecto a los diferentes miembros de la familia, evitando coaliciones y alianzas.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Compartir con la persona/familia lo que siente (empatía) en relación a las dificultades que manifiesta.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. Demostrar interés por conocer si, además del motivo inicial de la consulta, existen otras preocupaciones que quiera/n compartir en este espacio.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Transmitir a la persona/familia que ella es la protagonista del proceso, invitarles a ser activos en la toma de decisiones en relación al proceso de intervención.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Transmitir la necesidad de comprender lo que nos dicen, desde una posición de “no saber”, de curiosidad genuina.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Tener en cuenta a todo el sistema familiar, aunque no estén todos presentes en los encuentros.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Acercarse a esa persona/familia única: solicitar su permiso para adentrarse en esa “nueva cultura”.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Potenciar, en la fase de estudio, valores y competencias de la persona/familia, al tiempo que se construye conjuntamente una comprensión de la situación.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Reconocer la sabiduría de la persona/familia, y honrarla manifestándole que ella es la verdadera experta de su vida, solicitando su ayuda para poder comprender la situación-problema.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Transmitir a la persona/familia la esperanza de que el cambio es posible, con expresiones alentadoras y honestas acerca de sus posibilidades de cambio.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. Hacer uso del humor, cuando la situación lo permita.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Si cabe, compartir sentimientos personales con la persona/familia en relación a la situación que atraviesan.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Compartir similitudes con el cliente en sus valores o experiencias.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. Introducir preguntas que permitan a los miembros escucharse a sí mismos, sentirse escuchados por otros, generando un espacio de conexión emocional entre los miembros y el profesional.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

18. Considerar que la persona/familia dispone de las capacidades y recursos necesarios para el cambio, y manifestárselo explícitamente.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Reconocer y normalizar la hostilidad de los clientes involuntarios, escuchando sus razones y negociando con ellos unos objetivos mínimos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20. Potenciar las interacciones que aparecen en las conversaciones, que reflejan fuerza y competencia, y ponerlas en valor.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21. Reformular las afirmaciones negativas que se dan en la expresión de la queja, transformándolas en peticiones sobre lo que necesitan o desean los miembros de la familia (“yo necesito que”, “a mí me gustaría que”, etc.).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22. Escuchar la historia de vida que narra la persona/familia, sin perder de vista que esa narrativa está inscrita en un sistema cultural y de valores dominantes, propios de un contexto socio-cultural más amplio.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23. Interesarse por la vida de la persona/familia más allá de la influencia del problema, subrayando y amplificando sus recursos y competencias, así como su disposición al cambio.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24. Interesarse por conocer las expectativas que tiene la persona/familia en relación al servicio.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25. Interesarse por conocer las expectativas que tiene la persona/familia en relación al profesional.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
26. Concretar con la familia un acuerdo inicial de trabajo: clarificar en el acuerdo los objetivos iniciales (que justifican que la relación de ayuda se inicie), es decir, qué cosas acordamos que trabajaremos juntos.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
27. Explicitar qué características va a tener la relación de ayuda (cómo trabajaremos), en base a cada uno de los objetivos iniciales acordados.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
28. Al explicar cómo trabajaremos, acordar con la persona/familia cuestiones transversales relativas al proceso de ayuda: acompañamiento por parte del profesional, toma de decisiones y liderazgo del proceso por parte de la familia, confidencialidad del proceso, conexión con el resto de profesionales implicados, y trabajo en equipo.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
29. Manifestar a la persona/familia que nos vamos a interesar durante todo el proceso por su opinión sobre cómo va dicho proceso, si le está resultando útil, si considera que va generando pequeños cambios, si siente que el trato recibido es respetuoso, etc. (retroalimentación o feedback).	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
30. A partir del feedback recibido por parte de la persona/familia sesión a sesión, ambos iremos introduciendo las reflexiones y los cambios que se consideren adecuados.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
31. Considerar que la persona/familia no es el problema, sino que “mantiene una relación con” el problema.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
32. Manifestar interés en conocer los esfuerzos que la persona/familia ha realizado para desarrollar un cambio en la relación con el problema.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
33. Identificar a los servicios implicados que mantienen una relación con los diferentes miembros de la familia.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

34. Identificar el número de profesionales implicados, desde cuándo intervienen, y la frecuencia con que interaccionan con los miembros de la familia.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
35. Reflexionar, junto a la persona/familia, acerca de sus relaciones con los sistemas más amplios que la familia (SMAF) implicados, elaborando conjuntamente un ecomapa que permita visualizar ese macrosistema de ayuda.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
36. Identificar posibles sentimientos negativos en relación con algún servicio o profesional, reflexionando con la familia sobre ello.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
37. Detectar relaciones caracterizadas por un vínculo positivo con algún servicio o profesional, poniendo en valor la generación de ese vínculo.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
38. Conversar con la familia acerca de cómo creen que serán las relaciones en el futuro con los diferentes SMAF.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
39. Detectar posibles conflictos entre la familia o alguno de sus miembros y los diferentes SMAF implicados, tratando de comprender, junto a la familia, cómo se ha iniciado el conflicto, y cómo se ha mantenido hasta el momento actual.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
40. Detectar posibles mensajes contradictorios de diferentes profesionales, reflexionando junto a la persona/familia acerca de la naturaleza de la contradicción y acerca de su posible gestión.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
41. Detectar sistemas más amplios que la familia que proporcionan soporte informal, poniendo en valor esas fuentes de apoyo social.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
42. Detectar las competencias de la familia y sumarlas a las de otros profesionales para generar sinergias de cambio.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
43. Reflexionar, junto con el resto de profesionales, acerca de las relaciones existentes entre la familia (o algunos de sus miembros) y los SMAF, teniendo en cuenta los mandatos de los diferentes servicios e instituciones implicados.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
44. Detectar posibles vínculos positivos entre los diferentes SMAF implicados y la familia, identificando los aspectos que han facilitado la generación de dicho vínculo.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
45. Valorar posibles estrategias que puedan neutralizar cualquier efecto negativo en la relación SMAF-persona/familia.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
46. Convocar a los SMAF implicados en el caso (o asistir a la reunión si la convoca otro SMAF) para conocer la definición del problema que cada SMAF realiza, las intervenciones ya realizadas y las que se han planificado.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
47. Reflexionar junto al resto de profesionales acerca de los posibles desajustes entre las visiones de todas las partes implicadas (los SMAF y la familia), construyendo una visión consensuada.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
48. Cuando la comprensión de la situación se considera suficiente, dar paso a una entrevista para construir de manera compartida con la persona/familia el co-diagnóstico.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
49. Respetar los deseos de la persona/familia, y trabajar junto a ella para la construcción conjunta de objetivos y tareas.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

50. Definir conjuntamente los objetivos a alcanzar, teniendo en cuenta los otros proyectos de intervención presentes en otros servicios que están interviniendo con esta persona/familia.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
51. Ajustar con la persona/familia y los otros sistemas implicados, la dirección de los objetivos, sin perder de vista el balance entre los deseos, competencias, puntos fuertes y las posibilidades reales de cada servicio y de la persona/familia.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
52. Redactar conjuntamente con la persona/familia objetivos y tareas de modo que sean fácilmente comprensibles, alcanzables, y que estén lo suficientemente acotados como para poder evaluar su grado de cumplimiento.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
53. Establecer temporalización (flexible) para cada uno de los objetivos y tareas acordados.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
54. Valorar la disposición y el momento vital de cada miembro de la familia para ampliar o mejorar sus conexiones con el exterior.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
55. Utilizar los recursos disponibles a nivel local y comunitario, de modo que el proceso de intervención contribuya a mejorar y/o a aumentar la red de apoyo social de esa persona/familia.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
56. Construir conjuntamente y firmar un acuerdo/plan de intervención, de modo que tanto el profesional como la persona/familia asuman una responsabilidad compartida en ese plan acordado.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
57. En la reunión de red, una vez construida de forma conjunta la definición de la situación, planificar conjuntamente estrategias de intervención que eviten duplicidades y contradicciones en las intervenciones de los diferentes SMAF implicados.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
58. En base a la dirección del cambio acordada, proponer a la persona/familia, si cabe, la realización de determinadas tareas entre sesiones.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
59. Solicitar a la persona/familia una retroalimentación al final de cada encuentro, interesándose por saber si el proceso se ajusta a sus expectativas, si el proceso les está resultando útil.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
60. En caso de que sea necesario modificar el contexto de intervención profesional (por ejemplo, ante situaciones de desprotección de menores), explicar a la persona/familia las responsabilidades legales y éticas del profesional, manteniendo una posición honesta ante la persona/familia, de manera que se faciliten alternativas de acción que no pongan en peligro la continuidad en la relación de ayuda.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
61. Acordar periódicamente reuniones de red entre los diferentes profesionales que están trabajando con la persona/familia, ajustando las diferentes intervenciones, y compartiendo cualquier tipo de avance, por pequeño que éste sea.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
62. Mantener contacto telefónico o por correo electrónico entre profesionales para compartir informaciones y avances de la familia, así como para ir ajustando las diferentes intervenciones.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
63. En un marco de colaboración, decidir conjuntamente qué profesional va a liderar la coordinación del macro-sistema de ayuda creado.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

64. En caso de conflicto relacional, plantear un encuentro entre los/las profesionales afectados/as y la persona/familia, a fin de poder reflexionar sobre el proceso de ayuda y tomar conjuntamente las decisiones que se precisen.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
65. Ante atascos y trabas que puedan darse en el proceso de ayuda, entender que la dificultad está en la interacción, más que en la familia o en el profesional.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
66. Construir con la persona/familia conversaciones sobre sus valores y potencialidades, de modo que la familia pueda anclar narrativas alternativas que rescaten sus competencias por encima de sus déficits.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
67. Apoyar y/o acompañar a la red de soporte formal e informal, de forma que los cambios, por pequeños que sean, se vean reconocidos y ampliados.	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Has llegado al final del primer cuestionario. Por favor, continúa en la página siguiente con el segundo cuestionario

BATERÍA DE ESCALAS DE EXPECTATIVAS GENERALIZADAS DE CONTROL (BEEGC-20)**Instrucciones**

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones relacionadas con algunos aspectos relevantes de tu vida. No hay una respuesta mejor que otra, cada uno tiene sus opiniones y forma de pensar. Lee cada frase y rodea con un círculo en el margen de la derecha un número, según estés más o menos de acuerdo con cada afirmación; desde “1” (estás totalmente en desacuerdo con la afirmación en cuestión) hasta “5” (estás totalmente de acuerdo).

No hay, por lo tanto, contestaciones buenas o malas, correctas o incorrectas. No obstante, no emplees mucho tiempo, trata de contestar de forma espontánea tras leer cada afirmación.

Por favor, responde a todas las afirmaciones, no dejes ninguna sin contestar.

© Palenzuela, Prieto, Almeida y Barros, 1994

1. Lo que yo pueda conseguir en mi vida tendrá mucho que ver con el empeño que yo le ponga	1 - 2 - 3 - 4 - 5
2. Son pocas las ocasiones en las que dudo de mis capacidades	1 - 2 - 3 - 4 - 5
3. No merece la pena en absoluto esforzarse ni luchar en este mundo, todo está corrompido	1 - 2 - 3 - 4 - 5
4. Normalmente, cuando deseo algo pienso que lo conseguiré	1 - 2 - 3 - 4 - 5
5. Lo que pueda sucederme en mi vida tendrá que ver con la suerte	1 - 2 - 3 - 4 - 5
6. Dependiendo de como yo actúe así me irá en la vida	1 - 2 - 3 - 4 - 5
7. De nada sirve que yo sea o no competente pues la mayoría de las cosas están amañadas	1 - 2 - 3 - 4 - 5
8. Tengo grandes esperanzas en conseguir las cosas que más deseo	1 - 2 - 3 - 4 - 5
9. Sin la suerte poco se puede conseguir en esta vida	1 - 2 - 3 - 4 - 5
10. Me siento seguro de mi capacidad para realizar bien las tareas de la vida diaria	1 - 2 - 3 - 4 - 5
11. En general, lo que pueda sucederme en mi vida estará en estrecha relación con lo que yo haga	1 - 2 - 3 - 4 - 5
12. ¡Para qué engañarnos!, lo único que cuenta en esta vida son los “enchufes”	1 - 2 - 3 - 4 - 5

13. Para poder conseguir mis metas deberá acompañarme la suerte	1 - 2 - 3 - 4 - 5
14. Raramente me invaden pensamientos de inseguridad en situaciones difíciles	1 - 2 - 3 - 4 - 5
15. Si lucho y trabajo duro podré conseguir muchas cosas en la vida	1 - 2 - 3 - 4 - 5
16. Nada importa lo que yo valga, todo está manejado por la gente con poder	1 - 2 - 3 - 4 - 5
17. Soy optimista en cuanto a la consecución de mis metas	1 - 2 - 3 - 4 - 5
18. Me veo con capacidad suficiente para enfrentarme a los problemas de la vida	1 - 2 - 3 - 4 - 5
19. Creo que tendré éxito en las cosas que más me importan de la vida	1 - 2 - 3 - 4 - 5
20. Creo mucho en la influencia de la suerte	1 - 2 - 3 - 4 - 5

Has llegado al final del segundo cuestionario. Por favor, pasa a la siguiente página para comenzar el tercer cuestionario

ENCUESTA DE BIENESTAR Y TRABAJO (UWES)

© Occupational Health Psychology Unit Utrecht University

Las siguientes preguntas se refieren a los sentimientos de las personas en el trabajo. Por favor, lee cuidadosamente cada pregunta y decide si te has sentido de esta forma. Si nunca te has sentido así contesta "0" (cero), y en caso contrario indica cuántas veces te has sentido así teniendo en cuenta el número que aparece en la siguiente escala de respuesta (de 1 a 6)

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Regularmente	Bastantes veces	Casi siempre	Siempre
0	1	2	3	4	5	6
Ninguna vez	Pocas veces al año	Una vez al mes o menos	Pocas veces al mes	Una vez por semana	Pocas veces por semana	Todos los días

1. _____ En mi trabajo me siento lleno/a de energía
2. _____ Soy fuerte y vigoroso/a en mi trabajo
3. _____ Estoy entusiasmado/a con mi trabajo
4. _____ Mi trabajo me inspira
5. _____ Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar
6. _____ Soy feliz cuando estoy absorto/a en mi trabajo
7. _____ Estoy orgulloso/a de lo que hago
8. _____ Estoy inmerso/a en mi trabajo
9. _____ Me "dejo llevar" por mi trabajo

Has llegado al final del tercer cuestionario. Por favor, pasa a la siguiente página para comenzar el cuarto y último cuestionario

CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, LABORALES Y PERSONALES

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

<p>1. Sexo:</p> <p><input type="radio"/> Hombre</p> <p><input type="radio"/> Mujer</p>	<p>2. Edad:</p>
---	------------------------

DATOS FORMACIÓN

<p>3. ¿En qué año finalizaste tus estudios en Trabajo Social?</p>	<p>4. ¿Has realizado la adaptación al Grado en Trabajo Social?</p> <p><input type="radio"/> Sí, en modo presencial</p> <p><input type="radio"/> Sí, a distancia</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>5.1. ¿Has realizado cursos de formación continua (o de formación reglada) durante los últimos 5 años, relacionados con la intervención con familias?</p> <p><input type="radio"/> Sí (pasa a pregunta 5.2)</p> <p><input type="radio"/> No (pasa a pregunta 6)</p>	<p>5.2. En caso afirmativo, señala horas totales aproximadas de formación recibida (intervención con familias, últimos 5 años)</p> <p><input type="radio"/> 1-25 horas</p> <p><input type="radio"/> De 25 a 50 horas</p> <p><input type="radio"/> Entre 51 y 100 horas</p> <p><input type="radio"/> Más de 100 horas</p>

DATOS EXPERIENCIA LABORAL

<p>6. Indica los años de experiencia laboral en la categoría de Trabajador/a Social</p>	<p>7. Indica el tiempo que lleva ejerciendo en su actual puesto de trabajo</p>
<p>8. Indica tipo de contrato</p> <p><input type="radio"/> Temporal (previsión menos de 6 meses)</p> <p><input type="radio"/> Funcionario/a o laboral interino/a</p> <p><input type="radio"/> Funcionario/a de carrera o laboral fijo/a</p> <p><input type="radio"/> Otro (especifica) _____</p>	<p>9. Tu jornada laboral es de:</p> <p><input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> horas semanales.</p>

DATOS RELACIONADOS CON LA DINÁMICA DE TU SERVICIO

<p>10. ¿Disponéis de espacios pre-establecidos de supervisión en tu servicio?</p> <p><input type="radio"/> Sí, se realiza supervisión de forma periódica, como parte de la dinámica del servicio</p> <p><input type="radio"/> Sí, aunque se realiza de modo voluntario</p> <p><input type="radio"/> No se contempla</p>	<p>11. ¿Disponéis de espacios de reunión interprofesional en tu servicio (reunión de todos/as los/as profesionales del servicio)?</p> <p><input type="radio"/> Sí, reunión semanal</p> <p><input type="radio"/> Sí, reunión quincenal/mensual</p> <p><input type="radio"/> No</p>
<p>12.1 ¿Existen espacios de coordinación del equipo de trabajo del caso (dentro de tu propio servicio)?</p> <p><input type="radio"/> Sí (pasa a pregunta 12.2)</p> <p><input type="radio"/> No (pasa a pregunta 13.1)</p>	<p>12.2. ¿Se toman decisiones en conjunto en ese equipo de trabajo de caso?</p> <p><input type="radio"/> Sí, siempre</p> <p><input type="radio"/> Sí, habitualmente</p> <p><input type="radio"/> Algunas veces</p> <p><input type="radio"/> No, salvo contadas excepciones</p>
<p>13.1 ¿Se realizan reuniones de red con 3 o más servicios?</p> <p><input type="radio"/> Sí, siempre (pasa a pregunta 13.2)</p> <p><input type="radio"/> Sí, habitualmente (pasa a pregunta 13.2)</p> <p><input type="radio"/> Algunas veces (pasa a pregunta 13.2)</p> <p><input type="radio"/> No, salvo contadas excepciones (pasa a pregunta 14.1)</p>	<p>13.2. ¿Se toman decisiones en conjunto en esas reuniones de red?</p> <p><input type="radio"/> Sí, siempre</p> <p><input type="radio"/> Sí, habitualmente</p> <p><input type="radio"/> Solo puntualmente (algunas veces)</p> <p><input type="radio"/> No, salvo contadas excepciones</p>
<p>14.1 ¿Disponéis de protocolo o procedimiento escrito en tu servicio para el equipo de trabajo del caso?</p> <p><input type="radio"/> Sí (pasa a pregunta 14.2)</p> <p><input type="radio"/> No (pasa a pregunta 15)</p> <p><input type="radio"/> No lo sé (pasa a pregunta 15)</p>	<p>14.2 ¿Disponéis de protocolo o procedimiento escrito en tu servicio sobre el trabajo en red con otros/as profesionales?</p> <p><input type="radio"/> Sí</p> <p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> No lo sé</p>
<p>15. Indica el rango de casos aproximados de atención directa atendidos semanalmente</p> <p><input type="radio"/> 1-10 <input type="radio"/> 11-20 <input type="radio"/> 21-30 <input type="radio"/> 31-40</p> <p><input type="radio"/> Más de 40</p>	<p>16. Del número de casos que acabas de anotar, ¿Cuántos consideras de carga emocional elevada? <input type="text"/></p>
<p>17. Indica el número de nuevos casos a la semana (de media, aproximadamente)</p> <p><input type="radio"/> 1-2 <input type="radio"/> 3-4 <input type="radio"/> 5-6 <input type="radio"/> 7-8</p> <p><input type="radio"/> 9-10 <input type="radio"/> Más de 10</p>	<p>18. Indica el número de casos que cierras al mes (de media, aproximadamente)</p> <p><input type="radio"/> 1-2 <input type="radio"/> 3-4 <input type="radio"/> 5-6 <input type="radio"/> 7-8</p> <p><input type="radio"/> 9-10 <input type="radio"/> Más de 10</p>

19.1 De las siguientes intervenciones, señala el porcentaje semanal aproximado de dedicación a cada una de estas prácticas profesionales en tu servicio

_____ Práctica directa con personas y/o familias

_____ Gestión y/o tareas administrativas y/o coordinación

_____ Desarrollo de proyectos comunitarios

_____ Trabajo con grupos

_____ Supervisión

_____ Otros: _____

Has llegado al final del último cuestionario, ya puedes entregarlo a la investigadora. Gracias por tu participación.

Hoja de información para las personas participantes en el estudio

Estudio sobre el desarrollo de prácticas colaborativas desde el trabajo social con familias en situación de especial dificultad (trabajadores/as sociales de servicios sociales de atención primaria públicos de Mallorca)

Por favor, lea detenidamente el siguiente documento y, si acepta participar en este estudio, firme la hoja de consentimiento informado que le proporcionará la investigadora. Con su firma acepta participar de modo voluntario en este estudio, y declara ser conocedor/a de las características de la investigación.

PROYECTO

Estudio sobre el desarrollo de prácticas colaborativas desde el trabajo social con familias en situación de especial dificultad (trabajadores/as sociales de servicios sociales de atención primaria públicos de Mallorca)

INVESTIGADORA PRINCIPAL

Tatiana Casado de Staritzky. Profesora ayudante del Departamento de Filosofía y Trabajo Social de la Universitat de les Illes Balears. Datos de contacto: tatiana.casado@uib.es. Teléfono: 69xxxxxxx. Doctoranda inscrita en el Doctorado de Psicología de la Universitat de les Illes Balears. Directoras de la investigación: Dra. Josefa Cardona y Dra. Margalida Gili.

PROPÓSITO

El desarrollo de prácticas colaborativas desde el trabajo social está demostrando su eficacia a nivel internacional en la intervención con familias en situación de especial dificultad, con las que no se han conseguido avances utilizando enfoques más tradicionales. Se basa en el paradigma post-modernista y en el construccionismo social, proponiendo un cambio en el modo en que se relacionan los y las trabajadores/as sociales con estas familias. El enfoque colaborativo implica el desarrollo de determinadas actitudes, habilidades y destrezas por parte de los profesionales en su relación, no solo con las familias con las que trabaja, sino también con el conjunto de profesionales implicados en cada caso concreto. La comunidad científica investiga, cada vez más, aspectos relacionados con el desarrollo de prácticas colaborativas, ya que se viene demostrando su utilidad en la mejora de las relaciones que se establecen en el sistema de ayuda, maximizando así los resultados de la intervención.

Este estudio pretende conocer el grado de desarrollo de estas prácticas en la isla de Mallorca, proponiendo un modelo de intervención basado en este enfoque colaborativo.

PROCEDIMIENTO Y DURACIÓN DEL ESTUDIO

Para llevar a cabo este estudio, se le ha remitido la carta de presentación y el consentimiento informado para poder participar en la investigación.

Las personas participantes deben cumplir 4 requisitos:

- a) estar en posesión del título de trabajador/social (grado, diplomatura o equivalente);
- b) desarrollar sus funciones en el marco de Servicios Sociales de Atención Primaria públicos de Mallorca;
- c) antigüedad en el puesto de trabajo de un mínimo de dos meses;
- d) estar en un puesto de trabajo en el que, entre otras tareas, realice intervenciones directas con familias.

Si desea participar, le pediremos que conteste a cuatro cuestionarios:

- Inventario de prácticas colaborativas desde el trabajo social con familias en situación de especial dificultad (68 ítems, diseñado para este estudio)
- Encuesta de Bienestar y Trabajo (9 ítems, desarrollada por *Occupational Health Psychology Unit Utrecht University*)
- Batería de Escalas Generalizadas de Control (20 ítems, creado por Palenzuela y colaboradores, 1997).
- Cuestionario de variables socio-demográficas y sobre el servicio en el que se presta sus servicios el/la trabajador/a social (23 ítems, diseñado para este estudio).

Se ha calculado un período de tiempo de 30 meses para desarrollar esta investigación. El tiempo de recogida de datos durará unos 4 meses, con el posterior análisis de la información recopilada. Los datos recogidos se utilizarán exclusivamente con fines de investigación, sin ánimo de lucro.

RESULTADOS DEL ESTUDIO

Todas las personas participantes recibirán una devolución de los resultados del estudio. Todo el material será tratado bajo el principio de confidencialidad

COSTES

La participación en este estudio supone una inversión de tiempo de unos 30-40 minutos por participante. La investigadora principal se desplazará a su lugar de trabajo el día y la hora acordada para proceder a la recogida de datos

CONFIDENCIALIDAD

De acuerdo con la normativa legal vigente, los resultados serán tratados con total confidencialidad. Los cuestionarios serán archivados, y se asignará un código a cada participante, de modo que no se pueda relacionar la identidad de las personas participantes con los resultados obtenidos.

El documento de consentimiento informado será archivado y custodiado por la investigadora, bajo su responsabilidad. Transcurridos los plazos que determine la legislación, los documentos informados serán destruidos. El resto de documentos mantendrán la confidencialidad de los datos.

La investigadora principal se compromete a garantizar la confidencialidad de los datos. A su vez, se compromete a no ceder el material a otros/as investigadores/as. Los resultados extraídos del presente estudio podrán ser publicados en revistas científicas o publicaciones de carácter general -respetando siempre el principio de confidencialidad-.

En cumplimiento de lo que dispone el Reglamento (UE) 2016/2017 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas por lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, se informa de que los datos recogidos serán incluidos en uno o más ficheros personales gestionados por la UIB en el registro de la actividad de tratamiento habilitado a este efecto, la finalidad de los cuales es gestionar su solicitud. Los datos solicitados son necesarios para cumplir con la finalidad mencionada, y, por tanto, el hecho de no obtenerlos impide conseguirla. La UIB es la responsable del tratamiento de los datos, y como tal le garantiza los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento en cuanto a los datos facilitados. Para ejercer los derechos indicados se debe dirigir por escrito a: Universitat de les Illes Balears, Secretaria General, a la atención de la delegada de protección de datos, cra. de Valldemossa, km 7,5, 07122 Palma (Illes Balears). De la misma manera, la UIB se compromete a respetar la confidencialidad de sus datos, y a utilizarlos de acuerdo con la finalidad de los ficheros.

Se aplicará la legislación vigente sobre protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal; BOE 298 de 14 de diciembre de 1999 y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal; BOE 19 de enero del 2008; Reglamento (UE) 2016/2017 del Parlamento Europeo y el Consejo de 27 de abril de 2016).

Gracias por su atención, le invito a participar en el estudio, firmemente convencida de que ello redundará en la mejora del ejercicio de nuestra profesión.

Tatiana Casado de Staritzky

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio sobre el desarrollo de prácticas colaborativas desde el Trabajo Social con familias en situación de especial dificultad en Servicios Sociales de Atención Primaria (públicos) de Mallorca

El objetivo del presente estudio es analizar el desarrollo de prácticas colaborativas desde el trabajo social con familias en situación de especial dificultad, desde la perspectiva de los/as trabajadores/as sociales de los distintos centros de servicios sociales de atención primaria públicos de Mallorca. Asimismo, también nos interesa conocer el perfil de autoeficacia percibida de los participantes, así como variables relacionadas con las variables sociodemográficas y del servicio concreto en que se ubican.

Durante el estudio se recogerá la siguiente información: datos correspondientes al Inventario para el desarrollo de prácticas colaborativas desde el trabajo social con familias en situación de especial dificultad (Casado, 2017), datos de la Encuesta de Bienestar y Trabajo (UWES) (*Occupational Health Psychology Unit Utrecht University*), datos de la Escala de Autoeficacia Percibida (Palenzuela et al., 1997), así como datos sobre variables sociodemográficas (edad, sexo, formación) y variables laborales (características del centro de trabajo, tipo de intervenciones más frecuentes, cargas de trabajo).

Yo _____
(nombre completo del/ de la participante)

He leído la información del estudio que figura en este documento

He podido hacer preguntas sobre el estudio

He recibido suficiente información sobre el estudio

Comprendo que mi participación es voluntaria y que los datos recogidos se incorporarán en una base de datos informatizada de forma confidencial para poder realizar la investigación (en dicha base de datos los participantes serán identificados por un número, con el fin de que sus datos no se puedan asociar a una persona identificada o identificable), y pueden ser utilizados en futuros estudios. Los cuestionarios completados serán utilizados exclusivamente con finalidad de investigación sin ánimo de lucro.

En cumplimiento de lo que dispone el Reglamento (UE) 2016/2017 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas por lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, se informa de que los datos recogidos serán incluidos en uno o más ficheros personales gestionados por la UIB en el registro de la actividad de tratamiento habilitado a este efecto, la finalidad de los cuales es gestionar su solicitud. Los datos solicitados son necesarios para cumplir con la finalidad mencionada, y, por tanto, el hecho de no obtenerlos impide conseguirla. La UIB es la responsable del tratamiento de los datos, y como tal le garantiza los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento en cuanto a los datos facilitados. Para ejercer los derechos indicados se debe dirigir por escrito a: Universitat de les Illes Balears, Secretaria General, a la atención de la delegada de protección de datos, cra. de Valldemossa, km 7,5, 07122 Palma (Illes Balears). De la misma manera, la UIB se compromete a respetar la confidencialidad de sus datos, y a utilizarlos de acuerdo con la finalidad de los ficheros.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio

Contacto: tatiana.casado@uib.es 69xxxxxxx

Investigadora principal: Doctoranda Tatiana Casado de Staritzky

Fecha: ____/____/____

Firma persona participante
principal

Firma de la investigadora

Tatiana Casado de Staritzky



Universitat
de les Illes Balears

Exp.núm. 70-CER-18

Informe del Comité de Ética de la Investigación⁽¹⁾ relativo a la solicitud de evaluación del proyecto de investigación titulado *Factores descriptores de una intervención con familias especialmente vulnerables sus sistemas amplios desde el Trabajo Social: la perspectiva del profesional* presentada por la Dra. Tatiana Casado de Staritzky, del Departamento de Filosofía y Trabajo Social de la UIB.

Vista la solicitud el 24 de enero de 2018 y revisada, el 15 de marzo de 2018, la información complementaria presentada a este Comité por la Dra. Tatiana Casado de Staritzky, con el fin de que emita el correspondiente informe.

Visto el Acuerdo Normativo de 13 de junio de 2014 (FOU núm. 403), y de acuerdo con el artículo 2º de éste, el Comité es competente para analizar el citado proyecto.

De conformidad con el art. 4, letra a), del Acuerdo Normativo de 13 de junio, el Comité ha revisado la documentación presentada desde el punto de vista ético y jurídico.

De conformidad con el art. 4, letra b), del Acuerdo Normativo de 13 de junio, se ha evaluado la idoneidad del protocolo en relación a los objetivos del estudio y su eficiencia científica.

De conformidad con el art. 4, letra c), del Acuerdo Normativo de 13 de junio, se ha comprobado que está previsto el consentimiento informado y libre de las personas que participen en el estudio.

Por todo lo anterior, y de acuerdo con lo decidido unánimemente por el Comité en fecha 15 de marzo de 2018.

Se informa favorablemente la solicitud de evaluación del proyecto titulado *Factores descriptores de una intervención con familias especialmente vulnerables sus sistemas amplios desde el Trabajo Social: la perspectiva del profesional*, presentado por la Dra. Tatiana Casado de Staritzky, miembro del Departamento de Filosofía y Trabajo Social de la UIB e investigadora principal del proyecto.

Palma de Mallorca, 20 de abril de 2018

Antoni Miralles Socías
Presidente del Comité de Ética de la Investigación

Dra. Tatiana Casado Staritzky.

⁽¹⁾El Comité de Ética de la Investigación (Comitè d'Ètica de la Recerca, CER) de la Universitat de les Illes Balears, creado a través del Acuerdo Normativo de 13 de junio de 2014 (FOU núm. 403), tiene como finalidad apoyar a los investigadores cuya tarea científica implique el uso de datos procedentes de seres humanos. Es objetivo prioritario de este comité garantizar que los diseños experimentales y los protocolos propuestos cumplan la legalidad vigente y los principios éticos de respeto a la dignidad humana, confidencialidad, no discriminación y proporcionalidad entre los riesgos y los beneficios esperados. No es función de este comité informar sobre el cumplimiento de la normativa sobre protección de datos. Quedan excluidos de las competencias del CER los estudios con medicamentos, regulados según el Real decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el cual se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, y las investigaciones que impliquen procedimientos invasivos en seres humanos o la utilización de muestras biológicas de origen humano, regulados en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.

Estimada colega, estimado colega,

Con tu permiso, quiero poner en valor tu participación en esta investigación. La realización de mi tesis doctoral está siendo posible gracias a tu colaboración y la de tus compañeros/as, por lo que os estoy profundamente agradecida.

Creo sinceramente que es desde la colaboración entre todos y todas que tenemos la llave para ampliar el conocimiento en Trabajo Social.

Me gustaría compartir contigo algunos contenidos en los que estoy trabajando. Están en la carpeta "Enfoque colaborativo", en ella encontrarás dos ponencias que he realizado, durante el año 2016, sobre la colaboración entre los y las trabajadoras sociales y las familias en situación de especial dificultad, así como sobre la colaboración entre todas y todos los profesionales implicados.

Sin ánimo de agobiarte, sino de compartir saberes en el mundo del Trabajo Social, también he adjuntado una tesis doctoral que para mí ha sido importante, me ha infundido valor para adentrarme con vuestra colaboración en el terreno de la complejidad en el Trabajo Social. La autora es Alfonsa Rodríguez, trabajadora social con amplia trayectoria investigadora, que elabora su tesis a partir de la recopilación de supervisión de casos de familias en situación de especial complejidad.

Cuando acabe la investigación, será un placer poder compartir los resultados en un espacio con todos y todas vosotras.

Gracias de nuevo por tu colaboración.

Un cordial saludo,

Tatiana Casado de Staritzky

69

tatiana.casado@uib.es

