

Caixa**Pro**infancia



Guía de Atención Psicoterapéutica

Programa CaixaProinfancia



Obra Social "la Caixa"

OBRA SOCIAL. EL ALMA DE "LA CAIXA".

EDICIÓN:**Obra Social "la Caixa"**

AUTORÍA:

Grupo de Investigación PSITIC de la Universidad
Ramon Llull de Barcelona.

Lluís Botella y Jordi Longás (Coords.)

Jordi Riera (IP PSITIC)

Xavier Úcar

Eduard Longás

Carmina Puig

Jesús Vilar

Mireia Civís

Irene Cussó

Cristina Boria

Han participado en este trabajo:

Adela Camí

Patricia Montozzi

Itziar Santamaría

Javier Vilches

DISEÑO GRÁFICO:

Cèl·lula Acció Creativa, SL

ILUSTRACIONES:

Imma Itxart

COORDINACIÓN DE PRODUCCIÓN:

Edicions 62, S.A.

CORRECCIÓN LINGÜÍSTICA:

Paz Lorenzo Moreno

IMPRESIÓN:

Novoprint

© de la edición, Obra Social "la Caixa", 2013

Av. Diagonal, 621 – 08028 Barcelona

D.L.: B . 7176 - 2013



Guía de Atención Psicoterapéutica

Programa CaixaProinfancia

Índice

- 1** Presentación p. 7
- 2** ¿Qué es la atención psicoterapéutica del Programa CaixaProinfancia? p. 11
 - 2.1 Límites de la intervención psicoterapéutica p. 13
 - 2.2 Condiciones de la práctica psicoterapéutica p. 14
 - 2.3 Propuesta de contexto psicoterapéutico p. 17
 - 2.4 Criterios generales de la atención psicoterapéutica p. 18
- 3** ¿Cuáles son sus objetivos? p. 21
- 4** ¿A quién se dirige? p. 23
- 5** ¿Quién ofrece la atención psicoterapéutica del Programa CaixaProinfancia? p. 25
- 6** ¿Cuál es el perfil de los profesionales de la atención psicoterapéutica? p. 27
- 7** ¿Cuál es el procedimiento general de la atención psicoterapéutica? p. 29
 - 7.1 Preevaluación p. 31
 - 7.2 Derivación e incorporación al servicio p. 31
 - 7.3 Evaluación psicoterapéutica y plan de acción psicoterapéutica p. 33
 - 7.4 Atención psicoterapéutica p. 35

- 8** ¿Qué actividades se ofrecen dentro del subprograma de atención psicoterapéutica? p. 37
- 9** ¿Qué metodología se utiliza en la atención psicoterapéutica? p. 41
- 10** ¿Cómo se evalúa el subprograma de atención psicoterapéutica? p. 45
- 11** ¿Cómo se puede colaborar para mejorar este subprograma? p. 47
- 12** Bibliografía comentada p. 49

Anexo 1. Ficha de derivación al servicio de atención psicoterapéutica personal y familiar p. 53

Anexo 2. Modelo de protocolo de final de terapia p. 55

Anexo 3. Evaluación de la satisfacción de los participantes en el proceso terapéutico p. 59



1

Presentación

El Programa CaixaProinfancia fue impulsado en el año 2007 por la Fundación “la Caixa” como respuesta al reto de mejorar las oportunidades y la inclusión de los niños, niñas y adolescentes afectados por la pobreza, en clara sintonía con el objetivo de luchar contra la pobreza y la exclusión social establecido en los programas marco de la Unión Europea y sus Estados miembros.

Durante los años 2007-10, CaixaProinfancia ha permitido atender a 154.328 niños y niñas y 88.722 familias, a la vez que ha construido un tejido de atención social formado por más de 350 entidades sociales y 11 Administraciones Públicas en Baleares, Barcelona, Bilbao, Gran Canaria, Madrid, Málaga, Murcia, Sevilla, Tenerife, Valencia y Zaragoza. El programa se ha caracterizado desde su inicio por su dinamismo y flexibilidad, de modo que ha introducido progresivamente elementos de mejora con la voluntad de conseguir una atención social de calidad a los niños, niñas y adolescentes y sus familias.

Por ello, siguiendo estos principios, en el curso 2010-11 se inició un proceso de reflexión desde la práctica, liderado por el grupo de investigación PSITIC de la Universidad Ramon Llull a quien se le ha encargado la dirección científica del programa. El trabajo se orientó a construir, conjuntamente con las entidades coordinadoras de las redes locales, mejoras en la acción socioeducativa del programa que culminó con el modelo general *Programa CaixaProinfancia: Modelo de promoción y desarrollo integral de la infancia en situación de pobreza y vulnerabilidad*.



En el curso 2011-12 se implementaron por parte de las entidades los primeros cambios que exigía la revisión del modelo y, siguiendo el compromiso adquirido, se ha continuado el trabajo de reflexión y teorización con la edición de nuevos documentos. Se trata de la publicación de textos o guías de carácter más operativo que tienen por objetivo presentar, definir y sistematizar las propuestas de acción que se plantean en el programa. Concretamente en este curso se han editado el Modelo de Acción Social, eje fundamental sobre el que gira toda la acción socioeducativa con la población destinataria del programa, y las guías del subprograma de refuerzo educativo y del subprograma de atención psicoterapéutica. En los próximos cursos se seguirán desarrollando las guías del resto de los subprogramas.

Concretamente, esta publicación que presentamos se dedica al subprograma de atención psicoterapéutica y parte de la experiencia profesional de la práctica psicoterapéutica de muchas de las entidades en red que colaboran con el Programa CaixaProinfancia, así como de otras iniciativas contrastadas dentro de la disciplina. Aunque no pretende ser una patente o un modelo exclusivo, al reflejar por escrito y de forma ordenada qué se hace y qué se pretende con la atención psicoterapéutica del Programa CaixaProinfancia, se fijan los mínimos comunes que deben caracterizar a este subprograma y aquellos estándares de calidad que deben permitir realizar el mejor servicio posible. A la vez, se establece la base desde la cual será posible seguir aprendiendo y reinventando la acción compartida, en aras de mejorar la atención a la infancia en situación de vulnerabilidad social.

En primer lugar, la publicación se dirige a las entidades y profesionales que trabajan desarrollando este subprograma en todo el territorio. La guía permite identificar aquellos objetivos, criterios metodológicos y procedimientos que se consideran mínimos y comunes para todos. Se busca tener un referente claro, alejado de una homogeneización indiscriminada que niegue la cultura organizativa, las diferentes escuelas y modelos psicoterapéuticos y la capacidad de innovación de cada entidad. Debe suponer un estímulo para la revisión del trabajo, quizá un sistema para mejorar lo que se está haciendo o, simplemente, para confirmar la acción actual. En cualquier caso, al clarificar y precisar el

modelo de subprograma que financia la Fundación “la Caixa”, se establece un sistema de indicadores claro para la evaluación interna, externa y la auditoría.

En segundo lugar, la publicación también está abierta a profesionales y expertos del ámbito de la psicología, la salud y la acción social, interesados en este modelo y en la reflexión sobre cómo mejorar la atención a la infancia en riesgo de exclusión.

La guía sigue un índice en forma de preguntas que pretenden ser respondidas. Estas, sin duda no se agotan, pues además de ser algo casi imposible, se quiere dejar la tarea abierta a la interpretación responsable de cada profesional y entidad en función de su singularidad y contexto. Se ha buscado evitar excesivos tecnicismos para facilitar la máxima difusión y, podríamos decir, un manejo cotidiano entre todos los profesionales de la acción social que trabajan en red, y no solo de los propios especialistas de la psicoterapia y la atención psicológica. Consideramos que la guía está viva, en proceso de crecimiento, de modo que podrá ser revisada o ampliada en futuras ediciones.

Solo nos queda agradecer a todas las personas que han participado en este trabajo –con funciones de autoría, gestión y supervisión– su talante, generosidad en el compartir, trabajo y conocimientos. Esta actitud y competencia han sido la mejor garantía para ofrecer un documento riguroso, honesto y adaptado a las necesidades del programa. Además de lo mucho que hemos aprendido, nos queda la satisfacción de poder compartir nuestro trabajo e ilusión con todas aquellas personas que se interesen por el apoyo y la promoción del bienestar emocional y la salud relacional en la infancia y adolescencia en situación de vulnerabilidad social.



2 ¿Qué es la atención psicoterapéutica del Programa CaixaProinfancia?

El subprograma de atención psicoterapéutica personal y familiar engloba el conjunto de estrategias y acciones cuya finalidad es dar apoyo psicosocial, psicológico y psicoterapéutico a niños, niñas, adolescentes y familias con dificultades o conflictos emocionales y de relación. El principal foco de la atención psicoterapéutica personal y familiar es la promoción de la salud relacional del niño y su familia, centrándose en el desarrollo de sus habilidades y competencias y no solo en la compensación de sus posibles déficits. Concretamente, las actividades que ofrece el subprograma van desde el apoyo o asesoramiento puntual hasta la atención psicoterapéutica ya sea en sus modalidades individual, familiar o en talleres grupales. Dada la concepción integral de la salud relacional por la que se decanta el Programa CaixaProinfancia, todas estas modalidades de apoyo o atención psicológica se deberían combinar con otras acciones de apoyo socioeducativo y promoción de la salud, así como con el acceso a otros recursos del programa si son necesarios, según se establezca en el plan de acción social para cada situación.

En ningún caso este subprograma de CaixaProinfancia debería suplantar el acceso a la red pública de salud o al diagnóstico y tratamiento de las personas con trastornos mentales ya instaurados, ya que su objetivo principal es apoyar la salud relacional en el seno de la familia. El buen funcionamiento de esta línea de actividades e intervenciones requiere la coordinación entre todos los profesionales implicados y el trabajo en red con los



dispositivos del territorio, así como la manifestación explícita, por parte de las familias, de su compromiso y disponibilidad.

La Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas define psicoterapia como “todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. El término psicoterapia no presupone una orientación o enfoque científico definido, siendo considerado denominativo de un amplio dominio científico-profesional especializado, que se especifica en diversas y peculiares orientaciones teóricas, prácticas y aplicadas”. Dentro de ese contexto, tanto la terapia con niños como la terapia familiar ocupan un lugar reconocido y prestigioso, con numerosas evidencias de eficacia tanto empíricas como clínicas.

De entre los factores de riesgo conducentes al tipo de dificultades que llevan a formular demandas de ayuda psicoterapéutica, las condiciones sociales y la calidad de vida en general desempeñan un papel fundamental. En este sentido, la pobreza y la vulnerabilidad social constituyen una merma seria y profunda en el bienestar psicológico individual y familiar, con potenciales efectos a largo plazo, especialmente sobre los niños, que han demostrado contribuir significativamente a la entrada de estos en ciclos de indefensión, vulnerabilidad y autoinvalidación recursivos.

La intervención terapéutica no puede paliar por sí sola la pobreza y la vulnerabilidad social. Tampoco es ese su objetivo estricto, aunque sí ha demostrado poder contribuir a fomentar el tipo de cambios y de desarrollo personal basado en competencias y en la resiliencia humana que puede fomentar la fractura de dichos ciclos y su posible extinción, al menos caso por caso. No obstante, conviene no olvidar que para atajar dichos problemas a un nivel sistémico superior también es indispensable una intervención de corte más psicosocial, comunitaria o directamente macroeconómica. En este sentido, los programas de intervención psicoterapéutica con infancia, adolescencia

y familias en situación de pobreza y vulnerabilidad social deben basarse en lograr objetivos: a) psicológicos, b) alcanzables, c) focales y d) evaluables. De otra forma corren el riesgo de quedar como una declaración de buenas intenciones o una “terapia de apoyo” que contribuye paradójicamente a perpetuar el problema al no formar parte de la solución.

2.1 Límites de la intervención psicoterapéutica

Para evitar solapamientos y confusiones conceptuales, se considera fundamental establecer claramente los **límites de la atención psicoterapéutica**, dado que las problemáticas asociadas a la infancia en situación de pobreza y vulnerabilidad social revisten una complejidad sistémica tal que aconseja administrar las intervenciones de forma estratégica, evitando tanto duplicidades como posibles desatenciones por omisión.

Se considera relevante **distinguir entre psicoterapia y acción social**. La finalidad de la primera es el fomento de la consecución de una identidad coherente para la edad y entorno del usuario; de formas de relación integradas consigo mismo, con su cuerpo y con las personas y medios sociales de su entorno próximo; de una autoestima suficiente y de la capacidad de amar, trabajar, disfrutar y tolerar las frustraciones y sentimientos inevitables en la vida. Si bien todas esas capacidades requieren un contexto social seguro y predecible, no se considera función de la psicoterapia *stricto sensu* la intervención directa sobre el entorno social, sino en todo caso sobre la capacidad del usuario para ayudar a construirlo, adaptando sus comportamientos, emociones, conductas y relaciones a dicho contexto a la vez que lo modifica creativamente para que le permita su desarrollo óptimo como persona.

Por lo tanto, las entidades responsables de la prestación de servicios psicoterapéuticos deberán contemplar la psicoterapia como tal y no como un derivado de la acción social ni viceversa. En todo caso, y cuando así resul-



te aconsejable, la intervención psicoterapéutica deberá ir acompañada de las intervenciones propias de los diferentes profesionales de la acción social que se consideren adecuadas a cada caso y que se hayan articulado en el plan de trabajo pertinente (ver el procedimiento de acción social del Programa CPI).

2.2 Condiciones de la práctica psicoterapéutica

Para garantizar que la intervención psicoterapéutica resulte de la máxima eficacia es igualmente imprescindible que esta se dé en **condiciones óptimas de integridad**. En un apartado posterior de este documento se especifican los criterios que se consideran necesarios para dicha integridad por lo que respecta a las condiciones de la práctica terapéutica, pero en todo caso es imprescindible que esta tenga lugar en un contexto de seguridad relacional y física, así como en condiciones que garanticen la cobertura de las necesidades básicas de la sesión.

Por ello se considera necesario que las sesiones tengan lugar en un espacio físico debidamente acondicionado para la práctica de la psicoterapia, siendo lo más recomendable que se trate de una sala o despacho destinado específicamente a tal uso, protegido de ruidos, distracciones o alteraciones de la privacidad que dificulten la sesión, y equipada con mobiliario adecuado para el caso de terapia familiar (sillas, mesa y material de oficina o equipamiento de uso equivalente según las preferencias de cada entidad) e infantil (juguetes, material escolar y demás elementos habituales en la terapia con niños, colocados a su alcance y destinados a su uso además del mobiliario especificado antes).

Junto a la integridad de la propia sesión, se considera también imprescindible la garantía de integridad y seguridad de sus participantes, por lo que se recomienda a las entidades que pongan el máximo esmero en evitar situaciones que puedan resultar incómodas o peligrosas, como llevar a cabo sesiones

que supongan que los niños tengan que circular por zonas conflictivas de las ciudades a horas inadecuadas.

Por otra parte, se considera necesario el establecimiento de **límites legales y éticos** a la intervención psicoterapéutica tanto individual como familiar, especialmente tratando situaciones que, como ya se ha comentado, revisten una gran complejidad sistémica y, en ocasiones, un elevado nivel de problemática y demanda social. Para ello se aconseja a las entidades que elaboren normas de actuación deontológica específicas dentro del marco general del Código Deontológico del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, especialmente adaptadas a las casuísticas más habituales en su práctica y privilegiando las buenas prácticas en la protección y defensa del menor y su familia.

También resulta especialmente aconsejable tener en cuenta y respetar las **peculiaridades culturales de las familias** destinatarias de la intervención terapéutica, adaptando la terapia a ellas en la medida en que resulte ético, legal y razonable, en lugar de asumir una posición de etnocentrismo terapéutico consistente en forzar a las familias a ser ellas quienes se tengan que adaptar sistemáticamente a una concepción de la dinámica familiar y del propio proceso psicoterapéutico que en ocasiones es ajeno a su cultura de origen. La extensa literatura sobre psicoterapia y multiculturalidad puede resultar muy valiosa sobre este particular.

Asimismo, y de nuevo debido a la **complejidad multisistémica** de muchos de los casos de infancia en situación de pobreza y vulnerabilidad social, se debe tener en cuenta en el diseño, planificación e implementación de las intervenciones la posibilidad de que el sistema terapéutico afecte y se vea afectado por otros sistemas relevantes en la vida del usuario y su familia (por ejemplo el sistema educativo). Tal afectación mutua debe contemplarse en el plan de trabajo del que se trate para evitar el fenómeno frecuente de que la posible eficacia de la intervención se vea mermada por malentendidos entre recursos potencialmente relevantes.

Por último, se recomienda que, dados los límites temporales y estratégicos de la intervención psicoterapéutica individual y familiar en el contexto del Programa



CaixaProinfancia, y tal como se especifica en el propio modelo del programa, las entidades hagan un esfuerzo consciente y deliberado por articular planes de trabajo acordados con las familias, operativos, con metas alcanzables a corto o medio plazo y evaluables de cara a su eficacia, es decir, a la consecución de dichas metas. **La evaluación de la eficacia de la intervención** se considera un requisito indispensable en el rendimiento de cuentas del sentido social de este tipo de programas, y resulta solo viable si se dispone de un plan de trabajo articulado conforme a objetivos evaluables. En este sentido, este documento deja a criterio de las entidades en general y los terapeutas en particular los detalles de los objetivos que se desean alcanzar en cada intervención concreta, pero se decanta por fijar unos criterios generales que se deberán traducir en cada caso en las metas terapéuticas específicas (apartado 3). Tal y como muestra la gran cantidad de investigación sobre la alianza terapéutica como predictora de la eficacia de la intervención psicoterapéutica, el acuerdo con la familia en relación con dichas metas, así como en relación con las tareas relevantes para alcanzarlas y el establecimiento de un buen vínculo emocional resulta una condición esencial para que la terapia surta el efecto deseado.



2.3 Propuesta de contexto terapéutico

Por lo que respecta a la propuesta de contexto terapéutico, y de nuevo teniendo en cuenta la necesidad de adaptarlo a las peculiaridades de cada entidad, familia y equipo terapéutico, se considera necesario que reúna al menos los siguientes requisitos:

- Que sea **flexible y adaptable al usuario**. Dicha flexibilidad abarca lo metodológico (diferentes opciones de trabajo en lo que respecta al formato de la terapia), lo conceptual (combinación de diferentes marcos teóricos desde una perspectiva integradora) e incluso lo pragmático (flexibilidad horaria, periodicidad adaptable, etc.). En casos complejos como los que se tratan en el programa, se ha demostrado que un abordaje flexible es la mejor garantía para aumentar la adhesión al tratamiento y reducir el número de abandonos de la terapia a un mínimo razonable.
- Que fomente una posición y motivación idónea de la familia para el establecimiento de una buena **alianza terapéutica** y adhesión a la terapia (por ejemplo, clarificar la demanda individual de un adolescente a través de talleres grupales). Las demandas muy centradas exclusivamente en problemáticas sociales no encajan con los objetivos psicológicos de la oferta de proceso psicoterapéutico.
- Que provenga de una **derivación estratégica y motivadora**. En este sentido, se recomienda especialmente trabajar muy de cerca con las principales fuentes de derivación y aclararles cuál es la forma idónea de elaborar la solicitud de la intervención terapéutica. Se debe tener en cuenta que la terapia es coadyuvante del referente de derivación y no un competidor de dicho referente.
- Igualmente se considera aconsejable aclarar con las fuentes de derivación **qué papel desempeñan en el seguimiento del caso**.
- Que el **terapeuta asuma una posición activa y comprometida** de fomento de la adhesión al tratamiento. Por las características de las fami-



lias y niños atendidos, no basta con la posición más clásica de esperar a que la motivación y la adhesión provenga al 100% de ellos.

- Que el terapeuta haga un esfuerzo consciente y deliberado por **adaptar el lenguaje terapéutico** al nivel cultural, las peculiaridades idiosincrásicas y la poca mentalidad psicológica de algunas familias. Ese esfuerzo requiere formación y experiencia previa, así como flexibilidad conceptual y práctica clínica.

2.4 Criterios generales de la atención psicoterapéutica

El proceso terapéutico habitual se orienta desde una serie de requisitos que se deben enfatizar según la realidad y el contexto de los niños, niñas, adolescentes y familias en situación de pobreza y vulnerabilidad social. En cada situación se plantean una serie de retos que exigen adaptaciones y modificaciones en función de los criterios generales presentados a continuación:

- a. Fomentar la **implicación activa de la familia** en el tratamiento. Para ello resulta indispensable una comprensión adecuada del marco de referencia y valores de la familia, lo cual puede suponer un enfoque transcultural en muchos casos. En este sentido, se debe partir del reconocimiento de que la organización del proceso terapéutico no está libre de valores culturales, que todas las fases de dicho proceso conllevan una carga simbólica y que la sensibilidad cultural, la flexibilidad y adaptabilidad del proceso deben preceder a la práctica clínica competente. Se recomienda pues la asunción de prácticas activas para ganarse la confianza de la familia, tales como demostrar la competencia cultural del terapeuta, asumir una posición colaborativa y unirse a la familia mediante la acomodación a su estilo relacional y emocional.
- b. Fomentar la **emancipación de etiquetas opresivas**. Dado que muchas familias en situación de pobreza y exclusión social han pasado por un pro-

ceso de “incompetencia adquirida” y etiquetado negativo, es importante que el terapeuta evite ser un agente más en él. Para ello se recomienda un cierto nivel de autorrevelación profesional y la adopción de una posición colaborativa (no autoritaria). Por ejemplo, presentarse, explicar los detalles relevantes del propio contexto profesional y buscar activamente puntos de conexión con la familia pueden ser formas de normalizar la situación que rodea al propio proceso terapéutico y evitar la construcción de este como una forma de “asistencia social”.

- c. Basarse en las **competencias y recursos de la familia para fomentar una construcción positiva y que empodera al proceso, incrementando la motivación para el cambio** así como la adhesión al tratamiento. El aforismo clásico de que la psicoterapia no se diseña para cambiar a las personas sino para ayudarlas a que cambien por sí mismas cobra aquí pleno sentido. La acción del terapeuta debería encaminarse a que las familias no conciban el servicio como algo “que les pasa” sino como algo que ellos “hacen que pase”.
- d. Establecimiento de **metas realistas y concretas**. La complejidad de las situaciones psicosociales asociadas a los motivos de demanda que presentan las familias en situación de pobreza y vulnerabilidad social, junto a los efectos de su etiquetado como “incompetentes”, hace que puedan sentir que fracasarán incluso en objetivos muy modestos. Esta vulnerabilidad hace esencial el establecimiento de metas realizables y específicas (téngase en cuenta además la duración limitada del servicio en el contexto del programa). Una buena pregunta para establecer metas de este tipo es la clásica de la terapia sistémica estratégica: “¿Cuál sería el cambio mínimo que les indicaría que las cosas están mejorando?”. Igualmente, la evaluación inmediata y contingente de la consecución de dichas metas es un requisito para incrementar la motivación para el cambio y las expectativas de autoeficacia.
- e. **Reconocimiento de las necesidades sociales**. Si bien no son el objetivo directo de la intervención terapéutica, es necesario reconocer que en estos casos se dan una serie de necesidades básicas no cubiertas (viven-



da, trabajo, sanidad, educación) que el terapeuta debe saber cómo gestionar en cuanto a su derivación a los servicios y programas adecuados.

- f. **Foco en la acción y en la toma de conciencia transformadora.** Las terapias exclusivamente centradas en la adquisición de conciencia sobre el problema motivo de demanda pueden ser percibidas como poco prácticas e incluso que culpabilizan, cuando este tiene relación con situaciones de vulnerabilidad social. Aun manteniendo la relevancia de todas las perspectivas teóricas, se recomienda que el foco de la terapia incluya el fomento de las capacidades personales y familiares de transformación activa de la situación.
- g. **Redefinición.** De nuevo, la necesidad de emancipar a la familia de etiquetas opresivas hace muy aconsejable el uso de técnicas de reencuadre y redefinición especialmente centradas en evitar la asunción de una posición de incompetencia y culpabilidad individual para reconstruirla desde un punto de vista de responsabilidad relacional, competencia, autoeficacia y resiliencia.
- h. **Manejo del nivel adecuado de ansiedad sistémica.** Las consecuencias de los procesos de etiquetado, indefensión y poca mentalidad psicológica implícitos en estos casos pueden llevar a un nivel bajo de motivación hacia la demanda de ayuda psicoterapéutica. Dado que la ansiedad se relaciona directamente con dicha motivación, se aconseja un manejo adecuado del nivel de la misma. Por ejemplo, la implicación de tres generaciones en la terapia familiar puede hacer aumentar la ansiedad del sistema y, por lo tanto, su motivación al hacer partícipe de la situación problemática a los abuelos. Asimismo, la implicación de agentes sociales relevantes en el barrio o comunidad de la familia puede también tener el mismo efecto (por ejemplo, los líderes de la comunidad religiosa en algunos grupos culturales).

3

¿Cuáles son sus objetivos?

Las intervenciones terapéuticas en el contexto del Programa CaixaProinfancia deberían garantizar que la terapia parte de un enfoque del niño, niña o adolescente y de la familia desde la capacidad y no desde el déficit. Los objetivos no pueden plantearse solo de forma negativa, remediable o correctiva, sino positiva, afirmativa, proactiva y centrada en recursos, potencialidades y posibles resiliencias.

Consideramos necesario dejar a criterio de cada terapeuta y familia los detalles de los objetivos específicos de la intervención. Esta opción por la flexibilidad terapéutica no se basa solo en consideraciones pragmáticas, sino también en la gran cantidad de evidencia empírica disponible que indica que las intervenciones terapéuticas “manualizadas” y con objetivos estandarizados *a priori* son menos eficaces que aquellas que privilegian los aspectos de acuerdo terapeuta-paciente propios del establecimiento de una sólida alianza terapéutica.

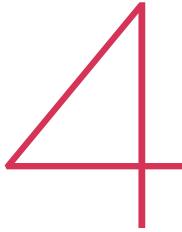
Sin embargo, sí se considera necesario presentar un conjunto de criterios generales que sean el sustrato común de toda intervención, en coherencia con los criterios generales del programa y con el espíritu que los inspira, y que en cada caso se traducirán en objetivos de la intervención:

- a. Sensibilizar respecto a la dinámica relacional familiar, tanto en la terapia individual como en la familiar.
- b. Prevenir hábitos o conductas de riesgo para la salud emocional y el desarrollo social de los niños, niñas o adolescentes.
- c. Promocionar relaciones sociales (incluidas las familiares) funcionales y saludables en el contexto del respeto por las características y preferencias personales y culturales de los usuarios.



- d. Fomentar la parentalidad positiva como función familiar con la posibilidad de complementar la propia terapia mediante talleres experienciales para madres y padres.
- e. Favorecer la oportunidad creativa para que los individuos y las familias reconstruyan su experiencia vital y adopten patrones de vida más plenos y saludables.
- f. Desarrollar u optimizar las capacidades de autoayuda y ayuda mutua, de forma que tras la intervención terapéutica exitosa sean más autónomos y menos dependientes de futuras intervenciones.
- g. Promover el bienestar, la autorregulación y la resiliencia cognitiva, conductual, emocional y relacional, tanto en lo individual como en lo familiar y psicosocial.
- h. Fomentar la comprensión narrativa de la experiencia individual en el contexto familiar trigeracional para regular sus efectos en el futuro, de modo que no tan solo se actúe de forma diferente, sino que se limiten las consecuencias de la situación presente y pasada en el futuro, como única vía factible para evitar ciclos de autoinvalidación recursiva que lleven a la perpetuación de la indefensión y la vulnerabilidad que conlleva la situación de los usuarios.

A partir de ese marco general y la realidad de cada caso, todos los objetivos específicos que se concreten en particular deben ser fruto de un proceso de construcción conjunta de la demanda de ayuda y de la alianza terapéutica en forma de acuerdo.



¿A quién se dirige?

Los destinatarios del subprograma de atención psicoterapéutica son niños, niñas, adolescentes y sus familias en situación de vulnerabilidad y/o en riesgo de exclusión social. Se tratará siempre de familias que acceden al servicio de acuerdo con el Plan de acción social acordado con cada una de ellas. La participación de los menores debe ser aceptada libremente por ellos mismos y/o por su familia, teniendo en cuenta su edad y sus capacidades, aunque debe suponer un acuerdo o compromiso formal.

Los criterios de inclusión en las diversas formas de ayuda psicoterapéutica y psicosocial son los siguientes:

- Niños, niñas y adolescentes que viven inmersos en contextos de disfuncionalidad familiar.
- Niños y niñas con indicadores de sufrimiento y daño como consecuencia de los cuidados inadecuados o negligentes de sus madres o padres.
- Niños y niñas expuestos a la violencia familiar o a abusos de cualquier tipo.
- Niños y niñas con necesidades especiales como resultado de una discapacidad agravada por los contextos de pobreza y exclusión social.
- Madres y padres con una carencia importante de competencias parentales.
- Madres y padres con indicadores de sufrimiento causado por violencia conyugal o doméstica.
- Sufrimiento por violencia de género pasada y no resuelta por la víctima, afectando esta situación a la relación materno-filial y el desarrollo socio-afectivo de los menores.



Se considera que el Programa CaixaProinfancia debe derivar a los servicios públicos correspondientes, acompañando al niño, niña, adolescente y su familia y trabajando coordinadamente con otras instituciones, los casos siguientes:

- Trastornos mentales severos: trastornos generalizados del desarrollo, autismo, etc.
- Drogodependencias.
- Abusos sexuales.
- Violencia doméstica.
- Negligencia severa.
- Maltrato físico o psicológico a los niños, niñas y adolescentes.

Por “derivar acompañando” entendemos que, en la medida de lo posible, la entidad referente colaborará para que el niño, niña o adolescente pueda ser atendido en el recurso o recursos especializados más adecuados de su territorio, manteniendo su contexto local de pertenencia.



5 ¿Quién ofrece la atención psicoterapéutica del Programa CaixaProinfancia?

Las actuaciones que propone el subprograma deben ser desarrolladas preferentemente por las entidades de la red local especializadas en atención psicológica y psicoterapéutica, compuestas por profesionales del apoyo, orientación y salud emocional, relacional y familiar. No se descarta la posibilidad de que también puedan ofrecer todas o algunas de las actividades del subprograma las entidades que acogen directamente a las familias. En este caso, deberán contar con los profesionales y espacios adecuados, según se describen en esta guía.

El hecho de que en las redes locales se disponga de alguna entidad especializada en la atención psicoterapéutica supone fortalecer la calidad del servicio, tanto por la incidencia que ello tiene en la especialización con población en situación de vulnerabilidad social, como por la mejora que puede suponer en la definición de los circuitos de derivación y la coordinación entre profesionales. Esta propuesta permite imaginar centros compuestos por diferentes profesionales que se convierten en proveedores de las entidades en red de múltiples servicios del Programa Caixa-Proinfancia –atención logopédica y psicomotriz del refuerzo educativo y atención psicoterapéutica– y de otros complementarios. En este supuesto, que teóricamente sería el óptimo según el modelo de trabajo en red que busca el programa, tanto se podrían prestar los servicios en los locales del “centro terapéutico” como en las entidades derivantes de cada caso, siempre que dispongan de las instalaciones adecuadas, median-



te el desplazamiento acordado del profesional que corresponda. Desde criterios de eficiencia del servicio y de eficacia de la terapia, se deberá valorar en cada situación si resulta más conveniente que se desplace el/la destinatario/a del servicio –incluso financiando su desplazamiento– o que lo hagan los y las profesionales.



6 ¿Cuál es el perfil de los profesionales de la atención psicoterapéutica?

La complejidad del abordaje psicoterapéutico individual y familiar de los casos de infancia en situación de pobreza y vulnerabilidad social hace imprescindible que la intervención se lleve a cabo en condiciones lo más idóneas posible. Como complemento a los criterios generales antes citados, se considera que para garantizar tales condiciones el perfil de los profesionales de la atención psicoterapéutica debe cumplir una serie de requisitos mínimos indispensables.

Para la actividad de evaluación y/o asesoramiento psicológico personalizado y para los talleres terapéuticos grupales se precisa que como mínimo los profesionales sean titulados y colegiados en psicología, con formación y experiencia en el trabajo con niños y familias. Sin embargo, es aconsejable que el perfil profesional responda a los criterios aplicados en la atención psicoterapéutica personalizada y familiar, dado que son actividades que frecuentemente se combinan o se administran en relación de continuidad.

Los terapeutas deberán necesariamente cumplir los criterios establecidos por los sistemas de acreditación de la práctica profesional vigentes. En el momento de redactar este documento, tales requisitos son los que especifica la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (<http://www.feap.es/>) en sus Estatutos (ver Título V, Artículo 21, "Criterios mínimos comunes a todas las acreditaciones").

Además del cumplimiento indispensable de tales criterios, se considera igualmente necesario lo siguiente:



- Los terapeutas en general y los terapeutas familiares en particular deberán tener formación y experiencia acreditable en terapia familiar.
- En los casos que así lo requieran por su complejidad sistémica o dificultad intrínseca, las entidades deberán acomodar la posibilidad de conducir el caso mediante un equipo de, al menos, dos terapeutas (preferentemente acompañados de un equipo de supervisión). El equipo de supervisión tiene la función de comentar, seguir y dar apoyo técnico ante las posibles dificultades que plantee el caso. Preferentemente formados por terapeutas de la entidad que trabajen en equipo.
- Las entidades deberán proveer a los terapeutas de espacios de supervisión periódica a cargo de terapeutas supervisores debidamente acreditados según los criterios propios de la Asociación de Psicoterapeutas de la que se trate.
- Las entidades deberán proveer a los terapeutas de espacios y contextos de cuidado personal, así como garantizar que sus condiciones de trabajo clínico son las idóneas (facilitar espacio entre sesiones, evitar un exceso de carga de casos, desburocratizar la práctica en la medida de lo posible, garantizar la prevención del síndrome de *burnout*, etc.).

Se recomienda que toda medida derivada de la aplicación de este documento que suponga cambios de procedimiento se implemente de forma gradual y no disruptiva para los usuarios. Así, los casos en curso deberían seguir siendo abordados tal y como ya lo eran durante un período transitorio y los nuevos deberían adaptarse al nuevo procedimiento de forma proactiva.

7 ¿Cuál es el procedimiento general de la atención psicoterapéutica?

El acceso al subprograma de atención psicoterapéutica y su posterior desarrollo sigue un procedimiento básico de cinco etapas: preevaluación, derivación, evaluación y, si se precisa, atención psicoterapéutica y seguimiento posterior. Estas fases se enmarcan dentro del plan general de acción social con cada menor y familia, de modo que:

- a. se precisa de la primera inclusión en el Programa CaixaProinfancia mediante acceso directo o derivado a las entidades de la red que realizan la acción social.
- b. una vez finalizada la atención psicoterapéutica requerida (y durante ella, si se necesita) se asegura el retorno al profesional referente y el seguimiento de cada caso.





Se presentan a continuación las etapas propias del procedimiento de atención psicoterapéutica y un diagrama de flujo en el que se resumen estas etapas y se ubican en el conjunto de la acción social propuesta en el modelo.

Figura 1. Flujograma de la atención psicoterapéutica

	Objetivo y temporalidad	ACCIONES PSICOTERAPIA	Herramientas
PREEVALUACIÓN, DERIVACIÓN, EVALUACIÓN	Tiempo: 1/2 semanas. Objetivo: Obtener información del caso, del servicio que deriva y otros servicios implicados: imprescindible datos habituales de anamnesis y profesional referente del caso en CPI.	PREEVALUACIÓN, DERIVACIÓN E INCORPORACIÓN AL SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	Ficha de Derivación al Servicio de Atención Psicoterapéutica (Anexo 1) Informaciones sobre la actitud proactiva de la familia/menor acerca de la atención terapéutica (opcional)
	Tiempo: Máx. 6 semanas Objetivos: <ul style="list-style-type: none"> - Realizar las entrevistas de contacto y la exploración necesaria según las técnicas adecuadas a cada caso. - Establecer las metas de la terapia. - Elaboración de la alianza terapéutica. - Retornar la información al profesional referente del caso. 	EVALUACIÓN PSICOTERAPÉUTICA Y PLAN DE ACCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	Entrevistas de contacto y exploración necesarias con la familia/menor (opcional) Ficha de primeras entrevistas (opcional) Contrato terapéutico
ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	Tiempo: Máx. 15 sesiones Objetivo: Implementar el plan de acción acordado en el contrato terapéutico.	IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	Guía del proceso (opcional) Protocolos de sesión (opcional)
	Tiempo: Última sesión Objetivos: a) Finalizar la intervención terapéutica una vez alcanzadas las metas o el límite de duración de la intervención; b) Establecer el seguimiento posterior a la intervención; c) Retornar la información al profesional referente del caso CPI.	FINAL DE TERAPIA CON EL NIÑO, NIÑA, ADOLESCENTE Y/O FAMILIA	Protocolo de final de terapia (Anexo 2) Evaluación de la satisfacción de los participante (s) en el proceso terapéutico (Anexo 3)
SEGUIMIENTO	Objetivo: Evaluar el mantenimiento del cambio o, si es el caso, la posibilidad de reiniciar otra intervención.	SEGUIMIENTO	Entrevistas periódicas de seguimiento (opcional) Cuestionarios de seguimiento (opcional)

7.1 Preevaluación

El procedimiento general de la atención psicoterapéutica, en cualquiera de las modalidades descritas en esta guía, se inicia con una **primera valoración o preevaluación** de las necesidades que el niño, niña o adolescente y la familia presentan a nivel de salud emocional, relacional y familiar. Esta preevaluación deberán realizarla los profesionales de las entidades “receptoras” que incorporan a los menores y las familias al programa, en el proceso de definición y seguimiento del plan de trabajo con cada menor y familia desde el que se proponen las estrategias y recursos que se activarán. En aquellas situaciones en que los profesionales referentes de cada caso detecten indicadores y/o perfiles de riesgo (**Ficha de derivación al servicio de atención psicoterapéutica personal y familiar**, ver anexo 1) deberán derivar al apoyo especializado de psicólogos, psicólogas o psicoterapeutas para afinar la evaluación y valorar la conveniencia de acceder a las actuaciones más específicas e intensivas de este subprograma.

Se considera pues imprescindible la articulación para cada caso del acceso a la evaluación y atención psicoterapéutica desde el plan de trabajo, tal como establece el Modelo de Acción Social, no pudiéndose iniciar la intervención psicoterapéutica antes. De otra forma se correría el riesgo de malgastar un recurso potencialmente valioso por falta de visión estratégica y de coordinación entre servicios, programas e intervenciones a los que puede tener acceso cada familia.

7.2 Derivación e incorporación al servicio

Por lo que respecta a las etapas previas al inicio de la psicoterapia en sí misma, se considera esencial prestar una especial atención al proceso de derivación, tal y como de hecho se especifica en el modelo general del programa.



En general, se considera que la derivación en condiciones idóneas es un prerequisite para el éxito de una intervención focalizada y de tiempo limitado como la que contempla el programa. La necesidad de establecer una sólida alianza terapéutica con menores y familias, que pueden no darle necesariamente una lectura psicológica a sus dificultades, aconseja ser sumamente estratégico en las sesiones iniciales y previas al inicio de la terapia. En algunos casos incluso se debería plantear la necesidad de asumir una posición proactiva de información motivadora para el inicio de la intervención terapéutica dado que es posible que algunas familias sean derivadas en fases de precontemplación del cambio (“Lo que nos pasa no tiene nada que ver con nosotros, la culpa la tienen los demás y la responsabilidad de la solución también.”).

En este sentido se considera muy relevante que la derivación se haga conforme a criterios que faciliten la intervención psicoterapéutica a partir de una serie de fases previas que corresponden a la acción social general:

- a. Una ficha de derivación, en la que quien deriva especifique, además de los datos habituales de anamnesis y derivación de caso, si está dispuesto a servir de referente para la futura gestión del mismo y qué otros servicios están actuando ya.
- b. Apertura de expediente por parte de las instancias de acción social correspondientes.
- c. Establecimiento de referente inicial, también por parte de las instancias de acción social correspondientes.
- d. Plan de trabajo, por parte de las instancias de acción social correspondientes.
- e. Construcción de la red inicial de relaciones o apoyo en cada caso (denominada “red funcional”), que incluye entrevistas con la familia para definir su nivel de implicación. Se deben movilizar estos recursos al alcance de cada caso en la medida y extensión idónea, evitando tanto excesos que resulten inoperantes como defectos que limiten innecesariamente la posible eficacia de la intervención.

7.3 Evaluación psicoterapéutica y plan de acción psicoterapéutica

Para llevar a cabo una intervención estrictamente psicoterapéutica y desplegar todo su potencial de fomento del cambio es imprescindible que las **condiciones del inicio de la relación sean claras y adecuadas**. La psicoterapia ha demostrado repetidamente un incremento en su eficacia cuando sus usuarios:

- experimentan suficiente ansiedad como para estar motivados para la terapia, pero no tanta como para ser incapaces de cambiar;
- tienen una actitud positiva hacia la terapia, la solicitan libremente, están dispuestos a participar activamente y tienen la esperanza de que les ayudará;
- tienen competencias sociales (habilidades de comunicación, red de apoyo social...);
- están dispuestos a comunicar y examinar sus sentimientos;
- están dispuestos a asumir la responsabilidad relacional de sus comportamientos y aceptan el hecho de que la terapia les va a suponer ciertos sacrificios.

Dado que la tipología de los casos atendidos por el servicio prestado en el programa conlleva algunas dificultades intrínsecas con alguno de estos criterios de pronóstico óptimo, es especialmente importante velar por un análisis detallado de la consulta inicial y hacer todo lo posible por garantizar que la derivación minimice sus efectos.

En este sentido, **la transición entre derivación y prestación** del servicio debería plantearse detalladamente las siguientes tres cuestiones:

- ¿Cómo ha llegado el cliente a solicitar ayuda psicoterapéutica?
- ¿Cuál es su posición respecto al cambio terapéutico? (Por ejemplo, utilizando el modelo clásico que la sistematiza en a) precontemplación, b) contemplación, c) preparación, d) acción, e) mantenimiento y f) término).



- ¿A quién puede resultar útil convocar a una primera sesión de contacto? En este punto este documento se inclina por una postura integradora sistémica en cuanto a la idoneidad de considerar la implicación del “sistema determinado por el problema” en la terapia. Tal implicación se dirige a movilizar, en sentido estricto, al sistema familiar y, en sentido amplio, al sistema de relaciones pertinente para cada caso en la medida de lo posible.

En esta fase se realizan las **entrevistas de contacto y la exploración necesaria** según las técnicas adecuadas a cada caso, siguiendo por ejemplo las propuestas instrumentales incorporadas en el documento *Programa CaixaProinfancia: Modelo de promoción y desarrollo integral de la infancia en situación de pobreza y vulnerabilidad*. Si la derivación se ha realizado con criterios profesionales es de suponer que, en gran parte de los casos, la evaluación continuará con actuaciones específicas de mayor intensidad. Por ello, en esta fase se establecerán las metas de la terapia y la correspondiente alianza terapéutica. Dicha intervención se apoya en la **Ficha de Primeras Entrevistas** (para concreción del trabajo que se va a realizar) y el **Contrato Terapéutico**, documento en el que el terapeuta y el paciente o los pacientes acuerdan explícitamente las condiciones particulares aplicables a su caso en referencia a los objetivos o metas de la terapia; los cambios necesarios para llegar a ellos; las características de la relación terapéutica por lo que respecta a tareas y vínculo y qué hacer en caso de conflictos o rupturas de la alianza. Se puede incluir si se desea información contextual de la propia terapia o del funcionamiento de la entidad (duración de la terapia, periodicidad de las sesiones, política de anulación... pero entendemos que en este caso puede ser redundante, ya que viene estipulada por el programa del que la terapia forma parte).

Además, en esta fase debe preverse el retorno de información a los profesionales de referencia que han derivado al menor y familia.

7.4 Atención psicoterapéutica

Se opta en este punto por un criterio de estandarización procedimental pero flexibilidad clínica casuística. En consecuencia, lo que sigue es la estructura básica del procedimiento psicoterapéutico por fases asociadas a la documentación necesaria para justificarlo y autorregularlo.

En primer lugar, debemos considerar la **implementación de la atención terapéutica** en cualquiera de las tres modalidades previstas en el subprograma de atención psicoterapéutica personalizada. Se trata de poner en marcha el plan de acción psicoterapéutico acordado en el contrato terapéutico según las particularidades de cada caso. Esta acción se apoya en la **Guía del proceso** y los **Protocolos de sesión**, los cuales se describen a continuación:

- a. **Guía del proceso**: Documento en que se establecen las líneas generales de las particularidades del curso previsible de la terapia en el caso del que se trate, especialmente por lo que respecta a las variables de proceso tales como relación, alianza terapéutica y vínculo entre terapeuta y paciente.
- b. **Protocolo de sesión**: Documento en el que se registra, periódicamente tras cada sesión, un resumen de a) los principales temas tratados en ella, b) las pruebas pasadas si es el caso, c) las principales intervenciones o técnicas empleadas por el terapeuta y d) las tareas asignadas para la siguiente sesión si se diera la situación.

En segundo lugar, es preciso abordar específicamente el **final de la terapia**. Se llega a este momento como término de la relación terapéutica, una vez alcanzadas las metas o extinguido el límite de duración de la intervención que contempla el programa.

Se debe apoyar este momento con la siguiente documentación específica: a) protocolo final de terapia, y b) evaluación de la satisfacción de los participante/s en el proceso terapéutico.

- a. **Protocolo final de terapia**: consta de dos apartados donde se recogen los datos generales del participante y la comparativa entre los problemas

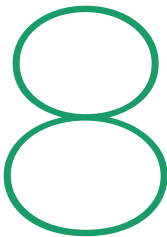


y motivos presentes en la demanda inicial vs. los resultados del proceso terapéutico (ver anexo 2).

- b. **Evaluación de la satisfacción de los participantes en el proceso terapéutico:** ítems que el participante debe evaluar al finalizar la prestación del servicio con el fin de valorar su satisfacción con la atención recibida (ver anexo 3).

En el cierre de la terapia se deberá prever el **seguimiento** posterior para evaluar el mantenimiento del cambio o, si se da el caso, la posibilidad de reiniciar otra intervención. Se pueden prever la realización de **entrevistas periódicas de seguimiento** y **cuestionarios de seguimiento periódicos**.





¿Qué actividades se ofrecen dentro del subprograma de atención psicoterapéutica?

La atención psicoterapéutica se estructura en torno a las siguientes acciones o actividades: evaluación y/o asesoramiento psicológico personalizado; atención psicoterapéutica personalizada; atención psicoterapéutica a familias, y talleres terapéuticos grupales. Cada niño, niña o adolescente y/o familia podrá participar en una o más modalidades en función de lo que estipule el plan de trabajo a raíz de la evaluación. A continuación presentamos las actividades organizadas en las siguientes fichas-resumen.

Evaluación y/o asesoramiento psicológico personalizado

Descripción	Acciones de evaluación o consultoría a niños, niñas, adolescentes, familias, de forma puntual vinculadas a necesidades de orientación y diagnóstico psicológico ante situaciones que inciden en los procesos de desarrollo y aprendizaje, incluido el rendimiento académico del niño, la niña o el adolescente.
Metodología	Orientación y diagnóstico psicológico
Edades	6-16 años. En edades inferiores a los 6 años, la evaluación tiene lugar mediante las dinámicas familiares a través de las actividades de atención psicoterapéutica a familias.
Ratios	1 niño, niña o adolescente (y familia)
Número profesionales	Un profesional
Titulación profesionales	Psicólogos con formación y experiencia en el trabajo con niños y familias.
Duración	1-3 sesiones
Observaciones	Este servicio se propone como complemento a lo establecido en el programa socioeducativo y puede estructurarse como fase previa a la realización de los otros servicios de atención más específicos.



Atención psicoterapéutica personalizada

Descripción	Este servicio se propone como complemento a lo establecido en el programa socioeducativo con la finalidad de promover capacidades y competencias emocionales y sociocognitivas de niños, niñas y adolescentes. También puede proporcionarse apoyando psicológicamente a las "personas intermedias" (por ejemplo, familiares o educadores).
Metodología	Promoción de las capacidades y competencias emocionales y sociocognitivas. Apoyo psicológico.
Edades	6-16 años
Ratios	1 niño, niña o adolescente
Número profesionales	Un profesional
Titulación profesionales	Profesionales titulados que cumplan criterios de acreditación de la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas).
Duración	15 sesiones, periodicidad entre semanal y mensual, excepcionalmente renovable una vez previo informe certificado que lo justifique. Debe contemplar la realización de alguna entrevista de seguimiento.
Observaciones	Se considera preferible que el profesional manifieste una buena flexibilidad y adaptabilidad metodológicas para poder tratar una gran variedad de casos, más que un gran conocimiento teórico o superespecialización en trastornos específicos.

Atención psicoterapéutica a familias

Descripción	Acción terapéutica continuada e incisiva que tiene como objetivo principal mejorar las relaciones familiares disfuncionales. Se realiza con los familiares directamente implicados en la crianza y crecimiento del niño o adolescente, con la participación de este o no, según las técnicas.
Metodología	Mejorar y compensar la situación de necesidad específica detectada. Actividades adaptadas a las necesidades específicas de cada familia.
Edades	0-16 años y familiares
Ratios	1 familia
Número profesionales	Un profesional
Titulación profesionales	Profesionales titulados que cumplan criterios de acreditación de la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas).
Duración	15 sesiones por familia, de periodicidad entre bisemanal y mensual. En caso de crisis, podrá plantearse una serie breve de entrevistas familiares, según el modelo de "intervención en crisis". La ayuda terapéutica familiar podrá renovarse excepcionalmente una vez por año previo informe certificado que lo justifique.
Observaciones	Se considera preferible que el profesional manifieste una buena flexibilidad y adaptabilidad metodológicas para poder tratar una gran variedad de casos, más que un gran conocimiento teórico o superespecialización en trastornos específicos.



Talleres terapéuticos grupales

Descripción	Actividades y dinámicas orientadas a mejorar la eficacia en habilidades concretas, relacional, emocional, cognitiva o motriz. Busca promocionar la participación de las familias en las redes sociales de apoyo, focalizando las familias de la red como entorno de acogimiento e integración social.
Metodología	Series de sesiones centradas en el trabajo de grupo (grupos de niños, de adolescentes, de madres, de madres y padres, por ejemplo) y/o con el modelo de los "grupos operativos". La participación en los talleres de competencias ha de orientarse hacia la integración de los usuarios en la red social de apoyo a las familias.
Edades	0-16 años y sus familias.
Ratios	8-10 personas por grupo
Número profesionales	Un profesional
Titulación profesionales	Psicólogos con formación y experiencia en terapias grupales, preferentemente profesionales titulados que cumplan criterios de acreditación de la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas).
Duración	Se sugiere trabajar en sesiones de dos horas los diferentes contenidos de los talleres en grupos de 10 adultos u 8 niños o adolescentes (grupos de iguales o familias). Se propone un límite de 15 sesiones anuales para este tipo de ayuda.
Observaciones	También puede plantearse la creación de grupos terapéuticos para familiares de niños, niñas o adolescentes con trastornos mentales severos o discapacidades psíquicas con la finalidad de mejorar la salud de la convivencia familiar, según el modelo psicoeducativo.





9 ¿Qué metodología se utiliza en la atención psicoterapéutica?

La metodología que se utiliza en la atención psicoterapéutica debe estar armonizada con el conjunto de las actuaciones realizadas con cada niño, niña, adolescente y familia dentro del programa. Dado el carácter relativamente intensivo y acotado en el tiempo de la práctica psicoterapéutica que se propone, debe considerarse que la eficacia de la misma también viene condicionada por la calidad del apoyo psicosocial que se pueda prestar desde la actuación de los diferentes profesionales en red. En consecuencia, consideramos en este apartado aquellas cuestiones, específicas a la psicoterapia o complementarias, que deberían guiar las acciones con menores y familias que presentan dificultades o conflictos emocionales y de relación.

Antes de realizar cualquier intervención terapéutica, tal como se ha indicado, se debe asegurar la realización de una preevaluación. En ella se considera necesario evaluar la dimensión social y la psicológica, tanto en el conjunto familiar como en el niño, la niña o el adolescente.

En cuanto a la dimensión más social, deberá considerarse la situación de vulnerabilidad y riesgo psicosocial de exclusión del niño o adolescente mediante los criterios sociales habituales, complementados con instrumentos de evaluación sistematizados (por ejemplo, escalas de calidad de vida como la *KidScreen* o similares).

En cuanto a la dimensión psicológico-familiar, se debería poder calificar la situación inicial de la familia dentro de tipologías o formas de funcionamiento familiar. Inicialmente, se propone la agrupación siguiente, suscepti-



ble de ser mejorada o cambiada en sucesivas ediciones de este subprograma: 1) familia con funciones familiares normalizadas, 2) familia funcional en crisis, 3) familia disfuncional y 4) familia sociopática o “en reversión” (no solo no cumple las funciones familiares necesarias para el crecimiento de los niños y adolescentes, sino que actúa con grave negligencia o tiende a alterar su desarrollo, facilitando su participación en actividades o grupos sociopáticos).

A nivel psicosocial individual, es conveniente determinar de entrada una “línea de base” a la que referirse en el futuro y poder comparar evoluciones y terapias. Provisionalmente, al menos, proponemos el uso de un instrumento ampliamente conocido y utilizado en la clínica psicosocial como es la escala GAF del DSM-4 (*Global Assessment of Functioning*), que permite valorar la adaptación y funcionamiento sociales del niño o niña y/o de los adultos más significativos de su familia, sean cuales sean sus posibles disfunciones o trastornos psicológicos.

Antes de comenzar una intervención intensiva o prolongada, la situación actual de nuestros conocimientos hace pensar en la necesidad de establecer un diagnóstico clínico básico, o la aproximación al mismo. Sobre la base del diagnóstico psicosocial anteriormente descrito y según los conocimientos psicoterapéuticos actuales, no conviene realizar una intervención intensiva, larga y costosa (como son muchas formas de ayuda psicológica, psicosocial y psicoterapéutica) sin haber realizado previamente una aproximación al menos a la posibilidad de que existan trastornos clínicos en el niño o el adolescente. El que esos trastornos existan no debe entenderse como una exclusión automática del niño o adolescente del Programa CaixaProinfancia. Si el trastorno es grave, como ya se ha señalado, implica la derivación a los servicios públicos del territorio, pero el programa puede colaborar con los mismos en algunos aspectos no cubiertos de ayuda psicológica y psicosocial.

Si el trastorno es menos grave, en relación con dichos servicios públicos y la red asistencial, pedagógica y de servicios sociales del territorio, deberá decidirse qué dispositivo puede comprometerse al adecuado tratamiento psicológico del niño y su familia.

Se propone provisionalmente que todo niño o niña menor de 3 años sea valorado a nivel clínico al menos con los grupos globales descritos, por ejemplo, en la clasificación “de 0 a 3”. Para niños y niñas mayores y púberes y adolescentes, se propone la utilización del diagnóstico de la OMS, apartado de trastornos mentales, al menos con sus diagnósticos globales o en “grandes grupos”. El diagnóstico clínico de carácter psicosocial se basa en recabar información de una amplia gama de los comportamientos objeto de queja y de los comportamientos positivos del niño o niña, de los parámetros de respuesta inadecuada y sus capacidades y disfunciones concretas. Todo ello, unido a la información de la salud general del niño o niña, de sus antecedentes personales y familiares, y de la historia de su desarrollo emocional y relacional, con el fin de determinar su funcionamiento global en las distintas áreas que se supongan relacionadas con el problema. Los datos provenirán de las entrevistas, de la observación directa o por personas intermedias, y de las exploraciones psicológicas y psicosociales realizadas, todo ello tanto con el niño o niña como con sus cuidadores principales.

Como criterio terapéutico básico está favorecer el apoyo psicosocial, debiendo considerarse la importancia de trabajar sistémicamente o en “red funcional”, es decir, de diseñar un plan de actuación alrededor de una persona o un sistema de personas a quien se considera adecuado atender. El objetivo debe ser mejorar sus condiciones de desarrollo integral. Para ello, en especial en los casos o situaciones graves y/o complejas, se convoca y se constituye una microrred de profesionales que trabaja junto con la persona (usuario/a, paciente), ya sea niño, niña, adolescente, madre, padre y/o sistema de personas (pareja, familia nuclear, familia extensa). En esa red funcional de cada caso complejo debe quedar claro quién es el “profesional referente” (que centraliza la información proveniente de los diversos servicios y dispositivos y de la red social) y quién es el “clínico principal” (el que verá al niño o adolescente y/o a su familia con mayor profundidad o intensidad). Desde esta estrategia, que puede implicar reuniones presenciales de coordinación ocasionales si la complejidad del caso lo aconseja, se deben planificar actividades que puedan tener un impacto en aquellos factores que mantienen



los problemas y dificultades de la infancia o para apoyar los esfuerzos que personas e instituciones ya realicen en el sentido de resolverlas o superarlas. Cabe subrayar aquí la especial importancia preventiva de trabajar conjuntamente con los servicios públicos de atención primaria y los servicios pedagógicos, así como el enfoque de trabajo basado en la acción comunitaria.



10 ¿Cómo se evalúa el subprograma de atención psicoterapéutica?

Las características de la atención psicosocial conllevan una intervención profesional basada en la evaluación continuada. No se fijan aquí criterios comunes del programa más allá del cumplimiento de los estándares fijados en la descripción del subprograma. Corresponde a cada profesional (psicólogos, psicólogas y terapeutas) establecer objetivos de trabajo para cada acción y evaluar los resultados obtenidos.

Como criterios e indicadores principales de evaluación del proceso cabe considerar:

- La eficacia en el desarrollo del protocolo (tiempo medio entre solicitud e inicio de la atención, uso de los instrumentos previstos, comunicación y coordinación entre profesionales).
- El grado de participación (asistencia, anulación de sesiones, abandonos).
- El nivel de cumplimiento de los requisitos de funcionamiento del servicio por parte de las familias (porcentaje de cumplimiento en relación con acuerdos o compromisos durante el proceso).

Como criterios e indicadores de resultado:

- El nivel de logro de los objetivos propuestos para cada destinatario, destinataria o familia (escala de valoración en relación con el logro de los objetivos marcados).
- Satisfacción de las personas destinatarias.

Existen en la actualidad diferentes protocolos de evaluación del proceso y resultado terapéutico. En general, comparten aspectos comunes



en cuanto a la necesidad de evaluar sistemática y periódicamente los niveles de mejoría sintomática, alianza terapéutica y consecución de las metas terapéuticas.

Los resultados de la evaluación podrán ser requeridos de forma sistemática para la evaluación general de la eficiencia del subprograma.



11 ¿Cómo se puede colaborar para mejorar este subprograma?

En la redacción de esta guía han participado diferentes personas en calidad de expertas y conocedoras de la aplicación del subprograma en diferentes territorios. Además del modelo general presentado en el Programa Caixa-Proinfancia, algunas experiencias de contrastado rigor y calidad generadas en las redes territoriales han servido de base para redactar esta guía, buscando a la vez la calidad y la viabilidad de una propuesta que entendemos generalizable.

Tanto la extensión a la que nos hemos visto abocados como el respeto a las diferentes opciones terapéuticas nos han persuadido de entrar en un excesivo nivel de detalle en aspectos de metodología. Por todo ello, debemos considerar que la guía sigue abierta, en proceso de construcción conjunta continuada tal como se explica en la presentación.

No cabe duda de que las características de complejidad de los casos a los que se destina el programa, las necesidades de la práctica clínica actual en cuanto a gestión del conocimiento que genera y el hecho de que se trate de un programa integrado hacen aconsejable la creación de recursos en línea para la coordinación y supervisión de dicha práctica. Puede ser muy interesante la creación de foros virtuales de comentario de casos, supervisión, conexión entre profesionales y formación en línea, así como portales o aplicativos de gestión de los servicios y documentos. Tales estrategias permiten la coordinación de recursos e intervenciones, indispensable en situaciones en que la multiproblemática que da lugar a la demanda de ayuda tras-



ciende las posibilidades reales de un solo terapeuta o equipo terapéutico. En cualquier caso, este tipo de iniciativas en línea (desarrolladas conforme a la legalidad vigente por lo que respecta a la protección de los datos de los usuarios según ordena la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal) abren líneas de mejora y calidad del servicio que deberían considerarse.

En definitiva, siguiendo o no este formato pero con el objetivo de mejorar y de favorecer el acceso a recursos de atención psicoterapéutica de calidad en todas las redes territoriales, nos proponemos en el futuro recoger y apoyar aquellas iniciativas de innovación que se enmarquen en este modelo presentado. De este modo, como un resultado más del trabajo en red y fruto de la generosidad de quienes buscan la excelencia en su trabajo, os invitamos desde estas páginas a continuar este proceso colaborativo de mejora continua.



12

Bibliografía comentada

Introducción y factores comunes

Feixas, G. y Miró, M.T. (1993), *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*, Barcelona: Paidós.

En esta obra se presenta el surgimiento y desarrollo de la psicoterapia en sus modelos diferenciados psicoanalíticos, humanístico-existenciales, conductuales, cognitivos y sistémicos, a la vez que se recogen las recientes tendencias integradoras entre ellos. Asimismo, se exponen las aportaciones teóricas y prácticas más innovadoras de cada modelo, y se revisa el estado actual de la psicoterapia a partir de la investigación psicoterapéutica de los últimos años.

Fernández-Álvarez, H. y Opazo, R. (2004), *La Integración en Psicoterapia: Manual Práctico*, Barcelona: Paidós.

Los autores presentan una síntesis de la evolución del movimiento integrador en la psicoterapia actual. Dicho movimiento de investigación clínica y académica, que condujo al desarrollo de los modelos integrativos, se puso en marcha buscando extraer las mejores cualidades de cada propuesta. Las cuestiones que le guiaron, y que aborda este trabajo, fueron entre otras si existen algunas formas de terapia que son superiores a otras y qué semejanzas y diferencias hay en esa gran pluralidad de procedimientos que forman parte del universo de la psicoterapia en la actualidad. El texto está destinado a mostrar aplicaciones de un modelo integrativo en diferentes áreas de la clínica, y se completa con una actualización sobre los problemas que plantea la formación de terapeutas dentro de esa línea de trabajo.

**Kleinke, C.L. (1995), *Principios comunes en psicoterapia*, Bilbao:****Desclee de Brower.**

Obra de especial interés para quienes deseen conocer qué tienen en común diversas teorías y escuelas psicoterapéuticas. El autor hace hincapié en intentar ofrecer sugerencias prácticas que los terapeutas puedan emplear en su trabajo con los clientes: cómo desarrollar habilidades de psicoterapia, cómo establecer buenas relaciones de trabajo con clientes, cómo tratar los dilemas éticos, cómo empezar y acabar la terapia y muchos otros temas de interés.

Terapia cognitiva con niños

Friedberg, R. y McClure, J. (2012), *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes*, Barcelona: Paidós.

Manual sistemático y completo de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Los autores explican cómo adaptar los principios y procedimientos de la terapia cognitiva a las necesidades individualizadas de niños que presentan una amplia variedad de problemas. El libro incluye muchos ejemplos que ilustran lo que debe hacer un profesional experimentado en estos casos.

Terapia narrativa con niños

Freeman, J., Epston, D. y Lobovits, D. (2001), *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*, Barcelona: Paidós.

Los autores parten de la base de que es posible conservar el sentido del humor mientras se abordan con eficacia situaciones de relevancia clínica en el trabajo con niños y familias y de cómo podemos invitar tanto a los niños como a sus familias a aportar sus recursos imaginativos y creativos para llegar a comprender la complejidad sociocultural de los problemas. De este modo, la terapia narrativa anima a los niños y a sus familias a utilizar recursos antes ignorados para solucionar los problemas con que deben enfrentarse.

Terapias sistémicas con niños

Cirillo, S. y DiBlasio, P. (2009), *Niños maltratados: Diagnóstico y terapia familiar*, Barcelona: Paidós.

Abordaje sistémico del fenómeno del maltrato, abuso y abandono en el contexto familiar. El trabajo aborda las causas e intervenciones terapéuticas aconsejables en tales casos. Como es habitual desde la óptica sistémica, los autores tratan de dar una respuesta que rehuya el simplismo y que sea tan compleja como el propio fenómeno de los malos tratos.

Terapia psicoanalítica

Coderch, J. (2007), *Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica*, Barcelona: Herder.

El autor expone los elementos comunes y diferenciales entre psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica, entendida como aplicación terapéutica preponderante del psicoanálisis. Con el paso del tiempo y el aumento de la experiencia, han ido estructurándose los procedimientos técnicos, los límites y las áreas propias de esta clase de terapia. Esta obra expone, a través de bases conceptuales y teóricas precisas, los diversos aspectos prácticos y las técnicas concretas de dicha psicoterapia y constituye un esfuerzo por sistematizarla desde el punto de vista técnico.

Además de esta breve bibliografía de referencia, en la siguiente lista de *bookmarks* se encuentra información y enlaces a las principales fuentes documentales en el ámbito de las psicoterapias contemporáneas, tanto nacionales como internacionales: <http://www.delicious.com/lluisbg>



Anexo 1

Ficha de derivación al servicio de atención psicoterapéutica personal y familiar

Se ha explicitado claramente que este subprograma no pretende suplir a la red pública de salud mental, por lo que establece una serie de criterios de exclusión o de derivación a recursos externos al programa, si fuese el caso. Excluyendo tales criterios, los indicadores que conforman el perfil destinatario del subprograma de atención psicoterapéutica se indican a continuación. Con ello, se pretende facilitar a los profesionales referentes de la acción social para cada familia la derivación dentro de la red local a los servicios especializados de atención psicoterapéutica.

1. Dificultades de relación

- 1.1 Con los profesores o adultos en general
- 1.2 Con los compañeros/as
- 1.3 Con el padre y/o madre
- 1.4 Con los hermanos/as

2. Problemas de conducta

- 2.1 Conductas problemáticas en casa, el colegio y/o la calle
- 2.2 Conductas agresivas
- 2.3 Conductas de riesgo social y/o personal
- 2.4 Conductas o actitudes sexualizadas no adecuadas a la edad
- 2.5 Conducta oposicionista
- 2.6 Conductas adultas inapropiadas o excesivamente infantiles para la edad
- 2.7 Dificultades para el autocontrol de su comportamiento
- 2.8 Diagnóstico de hiperactividad y/o déficit de atención

3. Problemas emocionales

- 3.1 Bloqueos
- 3.2 Miedo
- 3.3 Ansiedad



- 3.4 Apatía
- 3.5 Depresión
- 3.6 Escasa o nula tolerancia a frustración
- 3.7 Otros

4. Problemas de interacción social

- 4.1 Retraimiento social
- 4.2 Conductas que reflejan poca o nula capacidad de empatía

5. Problemas de estructura y/o dinámica familiar

- 5.1 Dificultades para establecer vínculos seguros en el entorno familiar
- 5.2 Estructura familiar disfuncional
- 5.3 Disfuncionalidad en la dinámica familiar
- 5.4 Trastorno mental en un miembro del subsistema parental que esté afectando al bienestar emocional del menor
- 5.5 Situaciones de enfermedad o discapacidad de algún miembro del subsistema parental que esté afectando al bienestar emocional del menor

6. Dificultades de aprendizaje/académicas sin la existencia de deficiencia cognitiva

7. Dificultades adaptativas

- 7.1 Vinculadas a situaciones de duelo (muerte, separación, migración...)
- 7.2 Vinculadas a la adaptación a cambios y transiciones evolutivas (maduración personal, cambios en la estructura del sistema familiar, crisis...)

Otros (especificar)

--

Anexo 2

Modelo de protocolo de final de terapia

(Propuesta orientativa de modelo que cada servicio deberá adaptar a sus necesidades)

a. DATOS GENERALES

Código del paciente

--	--	--	--	--	--	--

Fecha de inicio de la terapia (día, mes y año)

Fecha de finalización de la terapia (día, mes y año)

Número de sesiones planificadas

Número de sesiones a las que ha asistido

Número de sesiones a las que no ha asistido

Tipo de terapia con este paciente

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Psicodinámica | <input type="checkbox"/> Centrada en el cliente | <input type="checkbox"/> Integradora |
| <input type="checkbox"/> Conductual | <input type="checkbox"/> Sistémica | <input type="checkbox"/> Cognitiva/conductual |
| <input type="checkbox"/> De apoyo | <input type="checkbox"/> Estructurada/breve | <input type="checkbox"/> Cognitiva |
| <input type="checkbox"/> Otras (especificar) | | |



Modalidad de terapia con este paciente

- | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Individual | <input type="checkbox"/> Familiar |
| <input type="checkbox"/> De grupo | <input type="checkbox"/> De pareja |

Frecuencia de las sesiones

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Más de una por semana | <input type="checkbox"/> Menos de una por semana |
| <input type="checkbox"/> Una por semana | <input type="checkbox"/> Sin frecuencia fija |

El final de terapia se ha producido...**DE FORMA NO PLANIFICADA**

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> A causa de una crisis | <input type="checkbox"/> El cliente no quería continuar |
| <input type="checkbox"/> A causa de una pérdida de contacto | <input type="checkbox"/> Otras (especificar) |

DE FORMA PLANIFICADA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Planificada desde el inicio | <input type="checkbox"/> Acordada al final de la terapia |
| <input type="checkbox"/> Acordada durante la terapia | <input type="checkbox"/> Otras (especificar) |



b. PROBLEMAS/MOTIVOS DE DEMANDA INICIAL Y RESULTADOS DEL PROCESO TERAPÉUTICO

	Grado de gravedad al inicio (0 a 10)	Tratado en terapia (sí/no)	Grado de gravedad al final (0 a 10)
1. Dificultades de relación			
1.1 Con los profesores/adultos en general			
1.2 Con los compañeros/as			
1.3 Con el padre y/o madre			
1.4 Con los hermanos/as			
2. Problemas de conducta			
2.1 Conductas problemáticas en casa, el colegio y/o la calle			
2.2 Conductas agresivas			
2.3 Conductas de riesgo social y/o personal			
2.4 Conductas o actitudes sexualizadas no adecuadas a la edad			
2.5 Conducta oposicionista			
2.6 Conductas adultas inapropiadas o excesivamente infantiles para la edad			
2.7 Dificultades para el autocontrol de su comportamiento			
2.8 Diagnóstico de hiperactividad y/o déficit de atención			
3. Problemas emocionales			
3.1 Bloqueos			
3.2 Miedo			
3.3 Ansiedad			
3.4 Apatía			
3.5 Depresión			
3.6 Escasa o nula tolerancia a frustración			
3.7 Otros			
4. Problemas de interacción social			
4.1 Retraimiento social			
4.2 Conductas que reflejan poca o nula capacidad de empatía			
5. Problemas de estructura y/o dinámica familiar			
5.1 Dificultades para establecer vínculos seguros en el entorno familiar			
5.2 Estructura familiar disfuncional			
5.3 Disfuncionalidad en la dinámica familiar			
5.4 Trastorno mental en un miembro del subsistema parental que esté afectando al bienestar emocional del menor			
5.5 Situaciones de enfermedad o discapacidad de algún miembro del subsistema parental que esté afectando al bienestar emocional del menor			
6. Dificultades de aprendizaje/académicas sin la existencia de deficiencia cognitiva			
7. Dificultades adaptativas			
7.1 Vinculadas a situaciones de duelo (muerte, separación, migración...)			
7.2 Vinculadas a la adaptación a cambios y transiciones evolutivas (maduración personal, cambios en la estructura del sistema familiar, crisis...)			
Otros (especificar)			



Riesgo

Suicidio	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho
Autolesiones	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho
Agresiones a otros	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho
Complicaciones legales	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho

Factores contextuales

Motivación	<input type="checkbox"/> Poca	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta
Alianza	<input type="checkbox"/> Poca	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Alta

Beneficios de la terapia

<i>Insight / Comprensión</i>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objetivo
Expresión de sentimientos/problemas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objetivo
Exploración de sentimientos/problemas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objetivo
Estrategias o técnicas de afrontamiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objetivo
Acceso a ayudas prácticas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objetivo
Control/planificación/resolución de problemas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objetivo
Bienestar subjetivo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objetivo
Síntomas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objetivo
Funcionamiento diario	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objetivo
Relaciones interpersonales	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objetivo
Otros beneficios (especificar)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No era un objetivo

Anexo 3

Evaluación de la satisfacción de los participantes en el proceso terapéutico

1. Capacidad del profesional que les atendió en las sesiones de terapia	<input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucha
2. Satisfacción general con la atención recibida	<input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucha
3. Valoración global de su satisfacción con la experiencia en el servicio	<input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucha
4. Utilidad de la intervención concreta en su caso	<input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucha
5. Capacidad del profesional que les atendió en las entrevistas de contacto	<input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucha
6. Utilidad de lo aprendido	<input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucha
7. Nivel de mejora experimentado	<input type="checkbox"/> Nula <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Mucha

Los papeles utilizados en esta publicación son:
Folding R7B de 295 g FSC para la cubierta
y Offset Edixion de 80 g FSC para el interior.
Ambos papeles tienen su origen en bosques
generados de manera sostenible y disponen
de la certificación de cadena de custodia
de la producción del papel.



Obra Social "la Caixa"