
La entrevista clínica en el trabajo social sanitario: el proceso de ayuda

PID_00272734

Dolors Colom Masfret
Eva Giralt

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 3 horas




Dolors Colom Masfret

Diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Barcelona. Profesora asociada y directora científica del máster universitario de Trabajo social sanitario de los Estudios de Ciencias de la Salud de la UOC. Profesora asociada de la Unitat de Formació i Recerca de Treball Social de la UB. Completa la formación en el ámbito del trabajo social sanitario y en las unidades de atención al cliente con estancias, primero en el Bellevue Hospital Center de la Universidad de Nueva York, y después en el Departamento de Servicios Sociales y el Departamento de Medicina Comunitaria, División Internacional, del Mount Sinai Medical Center, también en Nueva York. Es investigadora, docente, consultora y asesora en el ámbito social de establecimientos sanitarios y sociosanitarios, y también de establecimientos residenciales y programas de atención a domicilio. Escritora. Socia fundadora en 1994 del Institut de Serveis Sanitaris i Socials, desde el cual dirige y edita la revista *Agathos, Atención Sociosanitaria y Bienestar*, y la editorial Agathos Ediciones. Ha ejercido la dirección académica y como profesora colaboradora del posgrado de Trabajo social sanitario de la UOC. Consultora del máster de Dirección ejecutiva de hospitales de la UOC (2009-2019).


Eva Giralt

Diplomada en Trabajo Social, posgrado en Técnicas de entrevista, posgrado en Peritaje social forense, certificado en Coordinación parental y máster en Mediación y resolución de conflictos. Más de veinte años de experiencia laboral en servicios penitenciarios, justicia juvenil y protección a la infancia, además de ejercer como trabajadora social forense y mediadora familiar. Actualmente trabaja en Protección a la Infancia en la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Generalitat de Cataluña. Docente en la UOC y otras universidades, así como en diferentes entidades y organizaciones del ámbito de la salud y jurídico. Coordinadora de la Comisión de Trabajo Social Forense del Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña. Miembro del Equipo de Intervención Psicosocial en Emergencias y Catástrofes de Protección Civil del Departamento de Interior de la Generalitat de Cataluña. Miembro de la Comisión de Infancia y Familia del Colegio Oficial de Trabajo Social de Cataluña. Ha publicado artículos en la *Revista de Trabajo Social*, *Revista La Ley y Agathos*, y ha participado en el libro *Peritaje y prueba pericial* de Joan Picó i Junoy. Ha realizado ponencias en diversas jornadas y congresos en Barcelona, Madrid y Panamá.

Segunda edición: marzo 2020
 © Dolors Colom Masfret, Eva Giralt
 Todos los derechos reservados
 © de esta edición, FUOC, 2020
 Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona
 Realización editorial: FUOC

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño general y la cubierta, puede ser copiada, reproducida, almacenada o transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, sea este eléctrico, químico, mecánico, óptico, grabación, fotocopia, o cualquier otro, sin la previa autorización escrita de los titulares de los derechos.

Índice

Introducción	5
1. La entrevista: de lo general al trabajo social sanitario	7
2. Definiciones de entrevista en el entorno del trabajo social sanitario	12
3. Primer encuentro: primera entrevista	15
3.1. Los sentimientos y expectativas de quien entrevista y de la persona entrevistada	18
4. El registro de la información recogida	19
5. Técnicas de entrevista	20
5.1. Características principales de la entrevista en el trabajo social ...	20
5.1.1. La diversidad	20
5.1.2. La multiplicidad	20
5.1.3. La complejidad	20
5.2. Personas atendidas por los profesionales del trabajo social sanitario	21
5.2.1. Las expectativas	21
5.2.2. Las necesidades	21
5.2.3. La relación	22
5.3. Técnicas de entrevista	23
5.3.1. La comunicación verbal	23
5.3.2. La comunicación no verbal	24
5.3.3. La escucha activa	26
5.3.4. La empatía	29
5.3.5. El refuerzo positivo	30
5.3.6. La relación de ayuda	30
5.3.7. La reformulación	32
5.3.8. La confrontación	33
5.3.9. Técnicas de contención emocional	34
Bibliografía	39

Introducción

La inclusión de un módulo sobre entrevista clínica en trabajo social sanitario obedece a la importancia que dicho instrumento y técnica de trabajo adquiere en la práctica clínica diaria. Cualquier proyecto que desarrollemos nos requerirá numerosas entrevistas con finalidades diferentes:

- obtener y facilitar información,
- explicar opciones de ayudas,
- presentar resultados,
- solicitar premisos,
- proponer proyectos,
- etcétera.

La entrevista, para el trabajo social sanitario, es uno de los instrumentos indiscutibles del ejercicio profesional, y en el posgrado de Trabajo social sanitario (2009-2012) se puso de relieve en numerosos ejercicios que, si bien cada estudiante sabía qué necesita saber y conocer respecto de las personas a las que atendía o que acudían a la unidad de trabajo social sanitario pidiendo algún tipo de ayuda, presentaba dificultades para preguntarlo. Por ello, en este máster se incluye un módulo dedicado a la entrevista clínica.

Como la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) disponía de materiales de texto de gran calidad sobre la entrevista clínica y la evaluación en salud, estos formarán parte del material básico de estudio del máster y de este módulo.

A continuación se desarrolla un breve texto que contextualiza la entrevista en el campo del trabajo social sanitario.

1. La entrevista: de lo general al trabajo social sanitario

Son muchas las definiciones de entrevista que se encuentran en toda la colección de diccionarios de Oxford University Press. Una de las más completas es la que ofrece *A Dictionary of Sociology*, que explica la entrevista como sigue:

«Una interacción social que resulta en una transferencia de información del entrevistado a un entrevistador o investigador. Las entrevistas pueden ser personales, realizadas cara a cara o por teléfono (lo que tiene ciertas ventajas para temas más delicados), o pueden realizarse en un solo contacto a través de un cuestionario postal, por correo electrónico o en línea (lo que les da a las personas más tiempo para considerar sus respuestas).

Las preguntas formuladas a los entrevistados pueden tratarlos como a un encuestado que proporciona información sobre sus propias circunstancias, actividades y actitudes, o como a un informante que proporciona información objetiva sobre fenómenos sociales dentro de su experiencia y conocimiento, como el número de habitaciones en su hogar, una estimación del ingreso total de su hogar, características de su comunidad local, sindicato o empleador.

Con menos frecuencia, se invita a las personas a ser informantes suplentes para encuestados que no están disponibles, como es el caso de una esposa que responde preguntas sobre el trabajo de su esposo.

Las entrevistas varían en estilo y formato, desde la entrevista estructurada basada en un cuestionario (que es típico en las encuestas de muestra), a la entrevista no estructurada basada en una lista de temas que cubrir, a la entrevista profunda o la entrevista cualitativa, que puede durar horas y horas. Todas varían ampliamente alrededor de los temas en una guía de entrevista. Un enfoque algo diferente para las entrevistas consiste en la discusión grupal, en la cual de cuatro a doce personas discuten el tema de interés para el investigador, bajo la guía del investigador (ver grupos focales).

La entrevista de investigación tiene algunas similitudes con otras situaciones de entrevista, como las entrevistas de selección de trabajo, ya que es una interacción entre desiguales en lugar de una conversación ordinaria: los temas son elegidos por el investigador y los entrevistadores no deben revelar nada de sí mismos en caso de que esto sesgue las respuestas. El control de los investigadores sobre la entrevista aumenta considerablemente mediante el uso de cuestionarios basados en computadora para entrevistas personales y telefónicas, como los sistemas de entrevistas telefónicas asistidas por computadora (CA-TI).»

La entrevista es un instrumento y técnica profesional de carácter universal que no pertenece a ninguna profesión en particular, si bien es frecuente que algunas se arroguen un cierto patrimonio con respecto a ella, por ejemplo: profesionales del periodismo, de la psicología, de la psiquiatría, del trabajo social sanitario, etc.

Sin embargo, a medida que se va profundizando sobre el concepto de la entrevista se descubre un sinfín de raíles sobre los que transita este instrumento según la disciplina de que se trate. Así, el concepto básico, los trazos que le dan entidad, no cambian: la entrevista es un instrumento de comunicación y una técnica de obtención de información específica.

Referencia bibliográfica

John Scott (2014). «Interview». En: *A Dictionary of Sociology*. Oxford University Press. <<http://bit.ly/2GKcOWU>>

En el trabajo social sanitario la entrevista la utilizamos en diferentes esferas de la profesión y en todos los ámbitos del sistema sanitario y de los servicios sociales. La utilizamos para acceder y conocer, como profesionales, determinada información que nos facilitará la persona entrevistada que está encarnada en cualquier persona que tenga que ver con el caso social sanitario. Un aspecto que debemos contemplar como profesionales del trabajo social sanitario es que el resto de los colectivos profesionales de otras disciplinas también necesitan realizar sus entrevistas. Así, profesional a profesional, la persona afectada puede verse abrumada por la cantidad de preguntas sobre numerosos asuntos privados y por el hecho casi seguro de que en muchos casos las preguntas se repiten. La historia clínica digital evita esta repetición de preguntas.

Las personas afectadas y los profesionales que entrevistan son muchos, los más habituales:

- La persona enferma.
- Un familiar o allegado.
- El personal médico responsable.
- El personal de enfermería responsable.
- El personal auxiliar responsable.
- Otros equipos de profesionales:
 - Rehabilitadores.
 - Fisioterapeutas.
 - Ergoterapéutas.
 - Etcétera.

Pero en la práctica veremos que habrá profesionales (de la medicina, de la enfermería, de la dirección médica, de la gerencia, de los servicios sociales) que nos pedirán mantener entrevistas sobre determinados asuntos, en los que los entrevistados seremos nosotros porque en nuestro haber profesional dispondremos de información valiosa para que ellos y ellas puedan desarrollar su propio trabajo.

En cualquier caso, cuando tiene lugar la entrevista, obedece a una técnica de comunicación. Una técnica la explicamos, metafóricamente hablando, como un acelerador, un reactivo, un tercer elemento que nos permite alcanzar de manera más rápida aquello necesario, en este caso información y datos, para nuestro quehacer. Situados dentro del trabajo social sanitario, nos permite obtener información valiosa e imprescindible para nuestro ejercicio profesional de manera más expedita que si tuviéramos que esperar obtenerla con la mera observación o esperar que el hecho a estudiar surgiera espontáneamente a lo largo de largas conversaciones con las otras partes.

Así pues, para los equipos de trabajo social sanitario la entrevista es el medio más común por el que accedemos a información básica e íntima de la persona enferma, de su familia y allegados, siempre con el fin de conocerlos a todos al

máximo para poder obtener la información que permita elaborar el diagnóstico social sanitario y sobre la base de este, establecer el plan de tratamiento que les ayudará a conciliar un antes, el antes de su llegada al sistema sanitario, con un después, el después que coincide con el momento en que deje de recibir la asistencia profesional. La entrevista como instrumento de comunicación implica un intercambio entre las dos personas. Cuando lo que ocurre es que se informa a la persona enferma, a su familia sobre algún aspecto, ello no puede considerarse una entrevista, ni un ejercicio de comunicación, tan solo un ejercicio de información.

La entrevista como concepto es un instrumento de trabajo que se transforma en técnica cuando la estamos realizando. La relación de ayuda desde el trabajo social sanitario siempre gira en torno a una persona enferma, cuya enfermedad la lleva a experimentar nuevas vivencias, a enfrentarse a necesidades biopsicosociales potenciales, a someterse a nuevas circunstancias que pueden, o no, transformar total o parcialmente lo que ha sido su vida hasta el momento. Ello también ocurre con su familia y personas allegadas. Así, la entrevista es el nexo por el que se hila la comunicación y la colaboración entre cada profesional y cada cliente, resultando esta, desde el primer momento, terapéutica. Sobre el conjunto de entrevistas que se desarrollen a lo largo del procedimiento o protocolo de trabajo social sanitario, se teje la acción terapéutica. Dice Teresa Rosell:

«A través de lo que llamamos atención social puede potenciarse la dependencia o la independencia, la sumisión o la asertividad, puede tolerarse el engaño, la ocultación o potenciar la toma de conciencia, la asunción de responsabilidades, etc., todo ello en un movimiento interactivo, de influencias mutuas entre entrevistador y entrevistado que no resulta fácil conducir.»

T. Rosell (2004), *ob. cit.*

A priori, cuando la persona llega a nuestra unidad por iniciativa propia, o derivada por algún otro profesional, incluso cuando un *screening* nos indica un riesgo latente, no podemos establecer ningún tipo de determinismo, no podemos señalar causas ni efectos y aunque por resultados de investigaciones previas podamos calificar como de riesgo los condicionantes en los que se encuentra la persona, siempre necesitaremos información complementaria de esta para verificar o descartar las hipótesis de trabajo. Esta información la obtenemos a través de entrevistas.

La palabra nutre la entrevista, pero la palabra no llega sola sino que lo hace envuelta en miradas, gestos, actitudes, expresiones, interrupciones, incluso silencios; en definitiva, un sinfín de gestos y actitudes corporales y psíquicas que ayudan a cada profesional en su trabajo de análisis e interpretación. Cada profesional del trabajo social sanitario tiene en la palabra, entendida esta en su sentido más noble, su instrumento básico de intervención, y en la técnica de la entrevista el vehículo para llegar a la persona y a sus dificultades percibidas y reales. A través de las diferentes técnicas de entrevista, cada profesional, por

Lectura recomendada

T. Rosell (2004). *La Entrevista en el Trabajo Social como instrumento al servicio de la ciudadanía*. I Jornadas de Trabajo Social y Ciudadanía: Panorámica desde los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

En: <http://bit.ly/36MkfaG>
[Consulta 15 de mayo del 2013]

una parte, se sirve de ella para disponer de información valiosa de la propia persona, de su familia y, por la otra, se vale de ella para provocar ciertas reacciones en la persona y en su familia. También en su entorno.

Gordon Hamilton reconocía en ese trabajo de desarrollo de la personalidad de los individuos al relacionarlos consigo mismos y con su entorno, el patrimonio común del conjunto de profesionales del trabajo social sanitario. A través de las entrevistas, cada una en su contexto y con su objetivo, los equipos de trabajo social sanitario transforman percepciones de las personas atendidas, de sus familias, les puede devolver *de facto*, la capacidad de ser independientes al máximo en su autodeterminación, o de gestionar su independencia dentro de sus propias percepciones y limitaciones. La palabra devuelta a partir de una escucha atenta, resulta curativa, terapéutica, provoca el cambio, potencia los puntos fuertes. Escribía Gordon Hamilton:

«Desde el momento en que el cliente realiza la demanda, se le invita y estimula a través de la entrevista a expresar sus propios sentimientos acerca de su situación. [...] Su experiencia vital es una configuración para él (el cliente) así como para el trabajador social, y es según su propia visión de la situación como el cliente reacciona habitualmente. [...] El trabajador social debe, indiscutiblemente, empezar por donde se encuentra el cliente y explorar su problema con él, como él lo ve; pero cabe contemplar la posibilidad de desavenencias con el punto de vista del cliente, consciente de su natural defensa y el trabajador social no debería empezar muy pronto la corrección de la interpretación.»

G. Hamilton, *ob. cit.* (1951)

Con estas palabras Hamilton nos enseña a que dejemos a la persona explicarnos lo que le preocupa, lo que la inquieta, lo que cree que le ocurre. Y acto seguido nos indica que una vez la persona nos ha explicado lo que ha motivado su petición de ayuda, la invitemos a que nos explique sus expectativas, «en qué cree que la podemos ayudar». Fijémonos en las expresiones que utiliza «en qué cree que la podemos ayudar» y no «qué es lo que quiere». Cuando una persona nos dice «en qué cree que la podemos ayudar» nos está hablando de lo que imagina de nosotros, de nuestra posible ayuda, también de su dificultad, esa que es la suya en particular, lo que le impide, en ese momento, su normal funcionamiento. Nuestro primer paso es identificar las dificultades que la persona piensa que va a tener que afrontar. La entrevista como acelerador nos debe permitir obtener la información clave.

Como ya hizo Mary E. Richmond con *Social Diagnosis*, Hamilton señala la tendencia de los equipos de trabajadores sociales a concentrarse en el problema principal, pero a la vez, obviando la totalidad de la situación que encierra el caso social sanitario. En nuestros días ello ocurre sobre todo cuando desde la unidad de trabajo social sanitario se atiende y satisface una demanda, ciñéndose a cumplimentar formularios para tramitar el acceso a determinados recursos o prestaciones. Iremos viendo que en el trabajo social sanitario tomamos toda la amplitud del caso, debemos tomar y considerar todas las partes, y cómo la enfermedad del familiar les afecta y en qué medida. Elisa Pérez de Ayala, pionera en España del trabajo con familias, escribe:

Referencia bibliográfica

G. Hamilton (1951). *Theory and practice of social case work*. Nueva York y Londres: The New York School of Social Work, Columbia University Press.

«Utilicemos las teorías que utilicemos; basémonos en las ideologías que queramos, el Trabajo Social siempre tiene su finalidad propia. [...] Desarrollo de los Seres Humanos. Progreso de la familia. Bienestar individual y social. Ajuste o reajuste social. Promoción de oportunidades. Capacitación de la persona. Desaparición de impedimentos para el desarrollo. Mejora de las relaciones sociales y de las relaciones interpersonales. Todos estos fines cumplen la praxis del Trabajo Social.»

E. Pérez de Ayala (pág. 79-82)

La entrevista no es una conversación baladí ni para los profesionales del trabajo social sanitario que planifican los puntos a tratar, aquellos que no pueden quedar en el tintero, ni para la persona entrevistada que pide ayuda y que sabe que, si bien podrá explicarse libremente, habrá respuestas que no podrá evitar.

Lectura recomendada

E. Pérez de Ayala (1999). *Trabajando con familias. Teoría y práctica*. (pág. 79-82). Zaragoza: Consejo General de Diplomados en Trabajo Social / Editorial Certeza.

2. Definiciones de entrevista en el entorno del trabajo social sanitario

Son muchas las definiciones que podemos encontrar sobre la entrevista. También son muchas las referencias a ella sin que se defina su estructura. Valgan estos pocos ejemplos para permitir una visión amplia de la entrevista profesional en trabajo social sanitario:

En *The Social Work Dictionary*, la entrevista se define como:

«Un encuentro entre personas en el cual la comunicación ocurre por un propósito específico y en general predeterminado. Cuando la entrevista se da entre un trabajador social y un cliente, el propósito más típico es una forma de resolución de problemas. Para alcanzar este propósito, hay varios tipos de entrevistas de trabajo social, incluyendo terapia directiva, terapia no directiva, entrevista para recabar información y consumo. Las entrevistas pueden ser de individuos, grupos, familias y comunidades. Muchos entrevistadores a menudo combinan los diferentes tipos en la misma secuencia de contactos.»

R. L. Barker

De Pablo Rabasso, en su libro *Tècniques d'entrevista per a professionals de la salut*, explica la entrevista clínica dentro del contexto sanitario con las siguientes palabras:

«La entrevista es una práctica fundamental para los profesionales de la salud, ya que una buena parte del trabajo clínico se basa en el intercambio de información con el paciente o con personas de su entorno. La entrevista, en el ámbito clínico, constituye una forma muy particular de interacción entre dos individuos: dos personas que previamente no se conocen de nada disponen de un tiempo limitado para intercambiar información. El resultado de este intercambio puede ser muy importante para una de ellas, porque puede tener grandes consecuencias para su futuro. El paciente debe proporcionar una gran cantidad de información personal, a menudo relacionada con su intimidad, y el profesional debe concretar y analizar esta información para llegar a una serie de conclusiones que permitan ayudar a mejorar el estado del paciente de la manera más eficaz posible.»

J. de Pablo Rabasso

Un paréntesis para señalar que en el mismo libro, Encarna Martín y Carmen Canaspa elaboraron el capítulo «L'entrevista en treball social» [La entrevista en trabajo social] y añadimos, sanitario. Sin embargo, apreciando la utilidad del texto en el momento en que fue escrito, a día de hoy debemos señalar que la aparición de las leyes citadas y promulgadas en el 2003, la de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y la de Profesiones Sanitarias, como hemos visto, señala las funciones y servicios, así como los procedimientos utilizados. Ello implica que la tipología de entrevista queda sujeta al diagnóstico social sanitario o como mucho, a un prediagnóstico. ¿Qué significa ello? Veamos. Las autoras señalan varios tipos de entrevista:

Lectura recomendada

R. L. Barker (2003). *The social work dictionary* (pág. 227). Washington: NASW Press.

Lectura recomendada

J. de Pablo Rabasso (1997). *Tècniques d'entrevista per a professionals de la salut* (pág. 15). Vic: EUMO Editorial.

Lectura recomendada

E. Martín; C. Canaspa (1997). «L'entrevista en treball social». En: J. de Pablo Rabasso. *Tècniques d'entrevista per a professionals de la salut* (págs. 110-111). Vic: EUMO Editorial.

Entrevista informativa y de orientación. Entrevista de asesoramiento. Entrevista de soporte. Entrevista de motivación. Entrevista de estudio sociofamiliar.

E. Martin; C. Canaspa (1997), *ob. cit.* (pág. 110-111)

Reflexionemos un instante hilando con el párrafo anterior, ¿sobre qué base realizamos una entrevista de soporte? Y es más, el término *soporte* resulta muy amplio, ¿soporte para qué?, ¿con qué objetivo? Ese soporte ¿qué busca, qué intención tiene? Para responder a esta pregunta, necesitamos, insistimos sobre ello, el diagnóstico social sanitario o un prediagnóstico. Pensemos en una entrevista de información. Si asumimos que estudiamos la demanda en vez de satisfacerla, ¿de qué vamos a informar?

Si la persona nos pide información sobre residencias y se la prestamos, sin más, estamos satisfaciendo su demanda, pero no la estamos estudiando. La persona, en este caso, deja de ser cliente para pasar a ser un potencial consumidor. Pero además, esa información no es competencia del servicio de trabajo social sanitario, sino de un servicio de información porque toda la información que presta el servicio de trabajo social la presta en base a un estudio previo del caso.

Es muy distinto informar dentro de un procedimiento o protocolo de trabajo social sanitario y en base a lo que el diagnóstico social sanitario avala, a informar genéricamente como respuesta a consultas de la ciudadanía. La unidad de trabajo social sanitario no es una unidad de información, si bien informa. Como tampoco es una unidad de asesoramiento, si bien asesora. Para proyectar el futuro de la profesión dentro de un espacio claramente profesional acorde a sus principios teóricos, debemos desaprender algunos malos hábitos que han puesto en tela de juicio a la misma profesión a lo largo de las últimas décadas, concretamente, desde que se aprobaran las leyes citadas. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su actualización. La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

También en este caso implica que hemos elaborado un diagnóstico social sanitario, o estamos en la fase prediagnóstica, dado que es información que brindaremos sobre la necesidad concreta dentro del caso social sanitario y no de manera genérica. Por tanto, es importante señalar que lo genérico no forma parte de la base filosófica del trabajo social sanitario. Lo veremos más profundamente en el módulo siguiente sobre el diagnóstico social sanitario, donde comprobaremos que cada uno de los tipos de entrevista, los señalados por las autoras y otros muchos más, responden a un fin de acuerdo a las necesidades diagnósticas. La demanda de la persona es la puerta de entrada al caso social sanitario, la primera entrevista debe indicarnos el procedimiento o protocolo de trabajo social sanitario más indicado para iniciar la primera fase de investigación.

Lo explica López Estrada en la siguiente cita, que si bien se centra en la entrevista destinada a la investigación cualitativa, no podemos perder de vista que toda intervención desde el trabajo social sanitario, se dé dentro del procedi-

miento que se dé, se apoya en una primera fase de investigación y recogida de información relativa a la persona enferma, a su familia, y al entorno donde se desarrolla su cotidianidad.

«La entrevista se define como la conversación de dos o más personas en un lugar determinado para tratar un asunto. Técnicamente, es un método de investigación científica que utiliza la comunicación verbal para recoger informaciones en relación con una determinada finalidad.»

Grawitz (1984); Aktouf (1992); Mayer y Ouellet (1991)

El autor también señala esa «determinada finalidad» necesaria que tiene toda entrevista. Finalidades que irán modificándose a medida que se vayan desarrollando intervenciones y cambios dentro del caso social sanitario.

Referencia bibliográfica

Grawitz (1984); Aktouf (1992); Mayer y Ouellet (1991). En: R. E. Lopez Estrada; J. P. Deslauriers (2011). «La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en trabajo social». *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales* (núm. 61) [Biblioteca UOC].

3. Primer encuentro: primera entrevista

En módulos anteriores y en la primera parte de este mismo, estamos señalando la necesidad de evitar la confusión entre trabajo social sanitario y la mera atención y tramitación de recursos, que si bien pueden resolver algunos problemas temporalmente, al dejar a la persona fuera, responden más a una demanda que al estudio de la demanda, resultan siempre insuficientes para abordar todos los elementos que conforman la situación. Así, este primer encuentro en el que se programa la primera entrevista (después de haber realizado un primer *screening* o una acogida) va asociado a una realidad interna que obstaculiza el *modus vivendi* de la persona y de su familia. Helen Harris Perlman señaló en varias ocasiones que «Para el trabajador social (añadimos sanitario) lo más importante es la persona que tiene el problema y no el problema en sí». En realidad, el problema en particular importa bien poco si dotamos a la persona de recursos y fortalezas propias para afrontarlo. La misma Helen Harris Perlman, catorce años más tarde, en su libro *Perspectives on social casework*, incidía en la siguiente reflexión:

«La persona que va a la agencia como cliente es alguien que por un número de razones se ha sentido incapaz de resolver su problema. Hemos de mirar los factores subyacentes a esta incapacidad y finalmente, hemos de preguntarnos y respondernos qué proceso de *casework* ofrece ayuda a la persona para pasar de un conflicto o estancamiento en su situación vital a una gestión más eficaz o resolución del problema al que se enfrenta.»

Helen Harris Perlman (pág. 52)

La entrevista en trabajo social sanitario nos sirve para focalizarnos en la persona más que en el problema, si bien, como es obvio, no podemos dar la espalda ni a este ni a sus manifestaciones, que debemos contextualizar en la persona. Sabemos que es la vivencia y la experiencia del problema lo que condiciona su actitud y el esquema de afrontamiento. La entrevista puede espolear situaciones y circunstancias ocultas, pero debemos estar preparados para reacciones imprevisibles de la persona afectada y, si corresponde, de su familia. Debemos desterrar la prisa. Los problemas están ahí pero cada persona los percibe de diferentes modos y los vive de diferentes maneras, por tanto, la primera entrevista debe permitirnos adentrarnos en ese mundo de la persona, en su personalidad y sus patrones de comportamiento. Y debemos poder ver cuándo el tratamiento o servicios de trabajo social que requiere la persona debe facilitarlos otro profesional de otro ámbito.

Francisco Ortega Bevía en su libro *Psicoterapia*, habla de esta primera entrevista poniendo énfasis en el valor terapéutico de la misma, señalando además que una entrevista profesional para conocer a la persona enferma, a su familiar, que nos viene a contar sus dificultades, no puede realizarse a modo de cuestionario. Lo explica en los siguientes términos:

Referencia bibliográfica

H. H. Perlman (1957). *Social Casework. A Problem-solving Process*. Chicago y Londres: The University of Chicago Press.

Lectura recomendada

Helen Harris Perlman (1971). *Perspectives on social casework* (pág. 52). Filadelfia: Temple University Press.

«La primera entrevista debe establecerse, como antes señalábamos, como una relación terapéutica soportada por el libre intercambio entre el paciente y el terapeuta. De esta manera, es difícil realizarla con el empleo de cuestionarios o encuestas que estructuren la entrevista, sin riesgo de que se pierda el sentido antropológico y cohumano que queremos darle a la relación. Es más, siguiendo pautas rígidas, es difícil que el paciente se comporte y se exprese libremente, si les estamos obligando a atenerse a nuestras intervenciones. Ello no significa que el terapeuta deje el curso de la entrevista en una deriva anárquica. Como más adelante señalaremos, el mantenimiento del flujo expresivo debe ser guiado.»

F. Ortega (pág. 53)

Sin duda los cuestionarios y escalas de valoración están invadiendo el espacio profesional que debíamos dedicar a la entrevista y poder conocer algo mejor a la persona. Los cuestionarios, las escalas, son instrumentos de ayuda para elaborar el diagnóstico, para verificar determinados valores; son el equivalente a la imagen en medicina, pero en ningún caso sustituyen a la entrevista ni a la intervención. Los equipos de trabajo social sanitario no podemos reducir nuestra intervención a pasar un cuestionario y a aplicar un baremo para asignar unos recursos, esto no es trabajo social sanitario. Francisco Ortega, en el párrafo anterior, lo ha explicado de manera excelente.

El primer encuentro con el cliente: En trabajo social sanitario no existe ninguna pauta común establecida sobre cómo se da ese primer encuentro. Pero las diferentes vías más comunes son:

a) Con cita previa en:

- La habitación de la persona ingresada.
- El despacho de la unidad de trabajo social sanitario.
- El despacho médico de la planta.
- Otro espacio de uso compartido.
- Por medios digitales y en línea.

b) Sin cita previa:

- Despacho de la unidad de trabajo social sanitario.
- Cualquier otro espacio que es de esperar que reúna las condiciones de privacidad necesarias.
- Otro espacio de uso compartido.

En cualquier caso, en el primer encuentro se funden dos mundos, el de la persona que necesita ayuda y el del profesional, él o ella, que la presta y prestará. Proyecciones, temores, expectativas, toda una amalgama de sensaciones que el equipo de trabajo social sanitario debe reconducir para lograr la máxima empatía con el cliente y su familia, para aproximarse máxime a sus circunstancias. Existe mucha bibliografía respecto de la relación profesional-cliente y sobre la importancia de los encuadres. Tanto la de corte psicoanalista, como conductista, o la más cartesiana señala la importancia de cuidar este primer encuentro.

Lectura recomendada

F. Ortega (2008). *Psicoterapia. Teoría y práctica* (pág. 53). Sevilla: Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones.

La importancia del lugar donde se produce la primera entrevista está argumentada en numerosa bibliografía profesional y científica. Sin embargo, desde el trabajo social sanitario, a veces esta primera entrevista se da en espacios improvisados, sin condiciones para que se dé lo que se tiene que dar: empatía, confianza y credibilidad en los equipos profesionales. Todo procedimiento o protocolo de trabajo social sanitario que se inicia con una primera entrevista debe garantizar su intimidad, confidencialidad, confort físico y psíquico, y saber muy bien el tipo de información a recabar. Todos los miembros de la unidad de trabajo social sanitario deberían establecer los mismos criterios de acogida, en los mismos términos y, por tanto, el mismo enfoque. Así, se garantiza la aplicación del procedimiento.

Pero de momento en trabajo social no existe ninguna pauta común aceptada acerca del lugar, la semántica, la actitud, el tiempo recomendable de la primera entrevista, si bien este máster propone la información que hay que recabar:

A modo de ejemplo, se presentan algunos de los esquemas posibles de encontrar en los diferentes servicios:

- Entrevista abierta: pregunta – respuesta – pregunta. Según la persona va desarrollando su exposición, cada profesional del trabajo social sanitario pregunta sobre aquello que le parece más conveniente para establecer el diagnóstico social sanitario y orientar la resolución del caso. Se elabora un registro.
- Entrevista semiabierta: aparte de la información presentada por la persona, el trabajador social sanitario, él o ella, establece una serie de preguntas de obligado conocimiento para acotar el diagnóstico social sanitario.
- Entrevista abierta sin registro. Se cubren los datos de identificación, pero se da un gran margen a la improvisación a cada profesional del social sanitario. No se elabora ningún registro.
- Se deja a la persona que se explique, cada profesional del trabajo social sanitario profundiza sobre lo que ella dice y luego se registra el contenido más importante.
 - No se establece límite de tiempo.
 - Se fija un máximo de tiempo y pasado este, se emplaza a la persona para una segunda entrevista.
- Se aplica un formulario estándar a modo de guía, los datos que no aparecen en el formulario no se registran.
- En el caso de programas específicos, la primera entrevista suele ser en formato *screening*.
- Etcétera.

Lectura recomendada

B. E. Hayes (1963). *Measuring customer satisfaction. Survey design, use, and statistical analysis* (pág. 71). Milwaukee: American Society for Quality.

3.1. Los sentimientos y expectativas de quien entrevista y de la persona entrevistada

En su libro *La relación asistencial*, Isca Salzberger-Wittenberg, un clásico que no hay que dejar de leer, elabora un tratado sobre los sentimientos que experimentan los protagonistas.

Los sentimientos del asistente en su relación con el entrevistado:

a) Esperanzas del asistente:

- Ser útil en su rol de figura parental.
- Ser tolerante.
- Comprender al entrevistado.

b) Temores el asistente:

- Explorar y escarbar en el pasado.
- Hacer daño.
- Escudriñar con rayos X.

Los sentimientos del entrevistado en su relación con el asistente:

a) Esperanzas del entrevistado:

- Librarse del dolor.
- Encontrar a alguien que lo ayude a soportar la carga.
- Ser amado.

b) Temores del entrevistado:

- Ser inculpado.
- Ser castigado.
- Ser abandonado.

Isca Salzberger-Wittenberg

Cada profesional del trabajo social sanitario debe ser capaz de explorarse para identificar estos sentimientos y otros referidos a la fase previa a encontrarse por primera vez con la persona que precisa de su ayuda. Y a la vez, de la persona que acude a pedir ayuda o que entra en algún programa, debería poder identificar cuáles de estos sentimientos u otros se manifiestan.

Lectura recomendada

I. Salzberger-Wittenberg (1970). *La relación asistencial* (pág. 15-26). Buenos Aires: Amorroto Editores.

Referencia bibliográfica

I. Salzberger-Wittenberg (1970). *La relación asistencial* (pág. 15-26). Buenos Aires: Amorroto Editores.

4. El registro de la información recogida

El registro de las diferentes entrevistas debe combinar lo cualitativo con lo cuantitativo, y de igual forma, la información relevante debe poderse clasificar a fin de poder realizar los análisis y explotaciones necesarias que nos permitan disponer en tiempo real del máximo de escenarios individuales y colectivos para proponer los cambios necesarios para ganar eficiencia.

5. Técnicas de entrevista

5.1. Características principales de la entrevista en el trabajo social

Ante la amplia diversidad de situaciones en las que un profesional del trabajo social sanitario se puede encontrar (urgencias, tratamiento, catástrofes, etc.), es necesario, en un principio, que pongamos mucha atención en las tres características comunes en la intervención mediante la entrevista.

5.1.1. La diversidad

A pesar de que la intervención del trabajo social sanitario gira siempre alrededor de la enfermedad y, por lo tanto, de la vertiente clínica, la diversidad en cuanto al ciclo vital y las circunstancias personales, familiares y sociales son infinitas. También por lo que respecta a las características personales de la persona o familia atendida habrá que individualizar la intervención y, por lo tanto, la técnica de la entrevista.

5.1.2. La multiplicidad

La multifactorialidad de los casos tratados en el ámbito del trabajo social sanitario, determinados por un conjunto de elementos personales y sociales, lleva a los profesionales a desarrollar una multiplicidad de herramientas de comunicación y análisis de las dinámicas sociales y de los contextos. A pesar de que el núcleo central es clínico, alrededor giran todos los satélites que componen el ecomapa de una persona o familia.

5.1.3. La complejidad

A menudo, las situaciones tratadas son difíciles de comprender, dado que se caracterizan por un conjunto de entroncados factores entre los que suele haber confusión, desorden, ambigüedad e incertidumbre (Morin, 2004), a raíz de consecuencias negativas en cadena en una situación concreta y de la aparición de situaciones complejas multifactoriales. Esta complejidad lleva, a veces, a que las directrices tiendan a categorizar con el objetivo de orientar, ordenar y clasificar a la población atendida para organizar la intervención.

«Hay que señalar que un exceso en el acto de establecer categorías entre las personas atendidas y las actuaciones generaría una intervención y un tratamiento en un marco institucional sectorizado que podría hacer perder el tratamiento a la individualidad de las personas.»

E. Morin (2004).

Referencia bibliográfica

E. Morin (2004). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona / Buenos Aires / México: Paidós Estudio.

5.2. Personas atendidas por los profesionales del trabajo social sanitario

En cuanto a las personas atendidas por los profesionales del trabajo social sanitario, también será necesario que estemos atentos a tres **aspectos generales** característicos de estas en el momento de la entrevista.

5.2.1. Las expectativas

Las **expectativas** de las personas que son atendidas por una unidad de trabajo social sanitario están basadas en el conocimiento que estas tienen de la unidad de trabajo social sanitario y las experiencias previas que han tenido con ella, sus características personales y la urgencia/importancia de la situación según su vivencia. Es muy importante que el profesional, él o ella, no pierda de vista este aspecto al iniciar una entrevista, ya que la entrevista de calidad será aquella que consiga definir la necesidad, lo que piensa el entrevistado y lo que siente, y por lo tanto poder diferenciar lo que espera de lo que desea.

«Las expectativas del usuario siempre contienen componentes inherentes a su manera de ser. La persona segura, que se expresa con claridad y que tiene la confianza de que los demás la entenderán y atenderán, tendrá unas expectativas basadas en las experiencias anteriores en las que el intercambio ha sido positivo. Las personas temerosas, inseguras y que muestran impotencia tendrán expectativas muy diferentes.

Las expectativas a modo de esperanzas y miedos del entrevistado son siempre respecto al trabajador social. Cuanto más importante o urgente sea para el consultando lo que espera conseguir, más altas serán sus expectativas y miedos, así como su grado de ansiedad.»

Slazberger-Wittenberg (1970).

A menudo, el entrevistado se encuentra con un nivel de ansiedad elevado que puede reducir sus capacidades de contención y reflexión, haciendo aflorar defensas y actitudes poco maduras. Ante una situación de crisis y de angustia, el entrevistado no puede percibir la realidad con todos sus componentes, la distorsiona, enfatiza y sobrevalora una parte, normalmente aquella que comprende el problema y las actitudes conflictivas. Predomina la actitud de defensa ante la incapacidad de encontrar recursos en sí mismo o en el entorno. La entrevista de calidad conseguirá que esta labilidad emocional que hace que todo parezca catastrófico se reduzca y la persona se tranquilice, lo que potenciará las aptitudes y capacidades de colaboración para comprender y mejorar el problema que presenta. La contención emocional y la aportación de herramientas de ayuda serán el enfoque de la entrevista y la intervención.

5.2.2. Las necesidades

En cuanto a este aspecto, cabe destacar que a menudo las necesidades y la demanda no coinciden, por lo que no podemos utilizarlas indistintamente. Las necesidades de las personas atendidas son tan objetivas como subjetivas y personales, y el trabajador social sanitario, él o ella, si quiere ofrecer una atención real y efectiva, no puede obviarlas. Por todo ello, a veces el entrevistado no identifica claramente su necesidad o problema y plantea o pide algo

Referencia bibliográfica

I. Slazberger-Wittenberg (1970). *La relación asistencial*. Buenos Aires.

relacionado y hace que la demanda explícita no se corresponda directamente con la necesidad o preocupación principal de la persona que la representa. Cuando en una unidad de trabajo social sanitario se detecta esta posibilidad, se debe orientar la entrevista hacia la investigación y clarificar la situación que la persona afectada presenta. Ha de utilizar la técnica de la entrevista para la identificación de los aspectos conflictivos básicos o carencias, y que de ese modo la persona afectada pueda ofrecer más información y comprensión de lo que está pasando y así, mediante la demanda formal, llegar al conocimiento de cuál es la necesidad.

«Las necesidades se clasifican en normativas, experimentadas, expresadas y comparadas. A veces no es posible precisar en qué medida la demanda corresponde a la necesidad real.»

Jonathan Bradshaw (1972).

5.2.3. La relación

La relación entre profesional y persona afectada es el pilar básico de la intervención, y la entrevista es la técnica que lo permite. Esta permite instrumentalizar el sistema relacional para que la relación asimétrica permita no distorsionar y evitar vínculos de dependencia, así como gratificaciones inadecuadas. Es decir, la relación no se puede considerar como un marco metodológico ni como una directriz simplista, sino que en sí misma es el tratamiento, que, junto con otras actividades y aplicaciones de recursos, conformarán el plan de intervención social. Cada profesional de trabajo social sanitario hará uso de la propia relación para que su intervención sea lo más efectiva posible.

El establecimiento de la relación profesional durante la entrevista ayudará a cada cual a comprender, clarificar y diferenciar los contenidos de la información que recibe para establecer un buen nivel de comunicación con la persona afectada, para que esta pueda recibir y comprender las aportaciones del profesional. La relación profesional funciona como una gestalt que engloba todos los elementos externos e internos de lo que entrevista y lo que es entrevistado, configurándose mediante el *feed-back*.

Por lo tanto, la unidad de trabajo social sanitario debe tratar a la persona afectada y a su familia comprendiendo sus motivaciones internas para ayudarla y entender su situación. Los principales aspectos que hay que tener en cuenta en la relación asistencial en el momento de realizar la entrevista serán los siguientes:

«Se ha de tener en cuenta que el primer contacto con el entrevistado estará lleno de tensiones y expectativas por ambas partes, por lo tanto el profesional deberá generar un clima que ayude al entrevistado a liberarse en lo posible del exceso de tensión, conseguir que este sienta alivio.»

Salzberger-Wittenberg (1980, pág. 138).

Referencia bibliográfica

I. Salzberger-Wittenberg (1980). *La relación asistencial: Aportes del psicoanálisis Kleiniano*. Buenos Aires: Amorrortu.

Referencia bibliográfica

T. Rossell; P. Rodríguez (2017). *La entrevista en trabajo social*. Barcelona: Herder.

«El trabajador social tiene que recibir y contener los diferentes estados emocionales del usuario: agresividad, estrés, pasividad... Esto hace que el usuario se sienta comprendido y no rechazado por su situación.»

Rossell (2017, pág. 158).

«Cuanto más importante y urgente sea para el usuario lo que quiere conseguir, sus esperanzas y la ansiedad con las que acude al servicio serán más elevadas.»

Rossell (2017).

«El entrevistado se hará su propia idea a raíz del entrevistador antes de llegar al servicio en forma de expectativas y miedos.»

Salzberger-Wittenberg (1980, pág. 23).

Para que una relación se establezca, cada profesional debe tener una capacidad mental que le permita introducirse en los sentimientos más profundos de la persona afectada para llegar a entender cuál es la realidad externa y conseguir el clima ideal. Por lo tanto, el modo de entrevistar estará condicionado por los objetivos que se pretenden alcanzar, y la comprensión del entrevistado permitirá la contención de sus sentimientos y orientará la futura intervención. Por esa razón el profesional ha de mostrarse digno de confianza, evitando producir malestar en el entrevistado en el momento de exponer su situación y que así este se sienta respetado.

5.3. Técnicas de entrevista

5.3.1. La comunicación verbal

Hay muchas definiciones de *comunicación verbal*, pero concretamente, respecto a la intervención desde el trabajo social sanitario, podemos definir la comunicación verbal como el uso de las palabras para la interacción de manera invariable a como utilizamos las palabras en función del contexto.

Hay una serie de aspectos importantes que hay que tener en cuenta cuando los trabajadores sociales sanitarios, ellos o ellas, realizan entrevistas, pues pueden influir en lo que intentamos transmitir y en lo que interpretan los interlocutores:

- Un vocabulario asequible. Hay que controlar los términos que utilizamos. Deben ser comprensibles para el entrevistado y clarificadores. Si nuestro lenguaje es demasiado técnico, provocaremos sentimientos de desconfianza, angustia o enfado en las personas atendidas, dada la complicación de la situación en la que se encuentran.
- Un tono de voz adecuado.

- La velocidad del habla. Si hablamos demasiado rápido, puede suceder que el interlocutor no nos entienda.
- La duración y direccionalidad de la comunicación. A menudo la incapacidad por parte de los profesionales de sostener los silencios provoca que estos hablen demasiado y ocupen un espacio dialéctico que, si no lo utilizan, seguro que la persona atendida lo aprovecharía. También se cae en el error de hablar de nosotros (los profesionales) o de la unidad en la que trabajamos durante demasiado tiempo, lo que puede llegar a ser monótono. Es recomendable estimular la participación de nuestros interlocutores para que expresen sus conocimientos e intercambien ideas.

5.3.2. La comunicación no verbal

El paralenguaje, la kinesia, la proxemia y la cronémica son los cuatro sistemas de comunicación no verbal reconocidos hasta ahora. Los dos primeros son considerados sistemas básicos y los otros dos, la proxémica y la cronémica, son concebidos como sistemas secundarios, dado que generalmente modifican o refuerzan el significado de los elementos de los sistemas básicos.

En síntesis, el comportamiento no verbal permite principalmente la expresión de emociones y sentimientos, que en definitiva son, por un lado, los que definen la relación que establecemos con los otros, y por otro los que definen la vivencia del hecho concreto. Por lo tanto, es importante ser conscientes de este tipo de comportamiento, lo que permitirá determinar la relación que se desea establecer y la observación del comportamiento no verbal del otro; así podremos conocer mejor a nuestros interlocutores, qué es lo que desean, esperan, sienten y comprenden, y de esta manera llegar a mejorar nuestra intervención desde el punto de vista relacional.

Los miembros de la unidad de trabajo social sanitario, como receptores, han de dominar estrategias para poder captar todos los mensajes no verbales que nos envían las personas tratadas y sus matices; y como emisores, controlar el envío de mensajes. Conjugan adecuadamente los mensajes verbales y no verbales es importante para una adecuada comunicación.

Los componentes paralingüísticos

La paralingüística hace referencia a cómo se dan los mensajes y comprende todas aquellas variaciones que acompañan al lenguaje verbal. El sistema paralingüístico está formado por las cualidades y los modificadores fónicos, los indicadores sonoros de reacciones fisiológicas y emocionales, los elementos cuasiléxicos y las pausas y silencios, que a partir de su significado, o de alguno de sus elementos, comunican el sentido de los enunciados verbales.

Referencia bibliográfica

G. Sánchez Benítez (2009). «Estrategias de enseñanza y aprendizaje del español en China». *Marco ELE* (suplemento, núm. 8).

Los principales componentes paralingüísticos son estos:

- Las cualidades físicas del sonido, es decir, el tono, el timbre, la cantidad y la intensidad, los modificadores fónicos o el tipo de voz.
- Los signos sonoros, emitidos consciente o inconscientemente, que poseen un gran rendimiento funcional. Otros signos sonoros pueden dar carácter irónico a un enunciado.
- Los elementos cuasiléxicos. Se consideran signos de este tipo a gran parte de las interjecciones, las onomatopeyas y las emisiones sonoras con nombre. En este grupo hay que tener en cuenta la ausencia de sonido, ya que también comunica.
- El volumen de la voz.
- La entonación. Sirve para comunicar sentimientos y emociones.
- La fluidez.
- La claridad.
- La velocidad.
- El tiempo en el habla. Referido al tiempo que se mantiene el individuo hablando.

La kinesia

El sistema kinésico está formado por los movimientos y las posturas corporales, que comunican o matizan el significado de los enunciados verbales, incluyendo también aspectos muy importantes, como la mirada o el contacto corporal.

De manera general, pueden distinguirse tres categorías básicas de signos kinésicos: los gestos o movimientos faciales y corporales, las maneras o formas convencionales de realizar acciones o los movimientos, y las posiciones o posiciones estáticas comunicativas resultantes o no de la realización de ciertos movimientos.

La proxemia

El sistema proxémico está formado por los hábitos relativos al comportamiento, al ambiente y a las creencias de una comunidad que tienen que ver con la concepción, el uso y la distribución del espacio.

Este último hace referencia a las distancias culturales que mantienen las personas durante la interacción según su cultura, la llamada proxémica interaccional. Mediante ella se establecen las distancias que se consideran adecuadas, dependiendo de las diferentes actividades: por ejemplo, no es lo mismo tener una conversación con un amigo que tener una entrevista de trabajo o tener una entrevista en trabajo social sanitario, y tampoco es lo mismo en cada una de las diferentes culturas que completan nuestro mundo.

Dentro de la proxémica interaccional encontramos una serie de signos no verbales, que pueden modificar o reforzar el significado de otros signos comunicativos verbales o no verbales, o sustituirlos.

«A medida que la motivación crece, las personas desean sentirse más cerca de las otras o utilizar más la mirada. La manera que tenemos de entender este espacio suele ser subjetiva y única para cada uno de nosotros. Nuestro comportamiento territorial puede ser útil a la hora de regular la interacción social y el control de su intensidad. Si sientes tu territorio invadido o disputado puede ser fuente de conflicto.»

M. Cook (1971). *Interpersonal perception*. Harmondsworth: Penguin.

«Los cambios espaciales entre las personas aportan tono a la comunicación establecida, la acentúan, y a veces incluso puede no hacerse caso alguno a la palabra dialogada. El ambiente social también tiene mucho que ver con la distancia que mantenemos con los otros durante una conversación. Si se percibe un ambiente formal o no familiar, se suele establecer una mayor distancia con los desconocidos y una mayor proximidad con los que ya conoces. En la cultura occidental, por ejemplo, el espacio más grande o la distancia se asocia al estatus. En general, los que tienen un estatus alto disponen de más y mejor libertad de movimiento. Hay muchos estudios que explican que el rechazo a otras personas hace que las personas se mantengan a una mayor distancia de los otros. En cambio, en las distancias cortas, podemos observar que las personas suelen tener un alto concepto de sí mismas, intensas necesidades de asociación. A menudo, los líderes se sientan al frente de la mesa, lugar visible para todos, lo que implica noción de estatus o de dominio.»

E. T. Hall (1966). *The hidden dimension*. Nueva York: Doubleday.

La cronémica

El tiempo también comunica, o bien de manera pasiva, ofreciendo información cultural, o bien de manera activa, modificando o reforzando el significado de los elementos del resto de los sistemas de comunicación humana. Su estudio se llama cronémica y se define como la concepción, la estructuración y el uso del tiempo que hace el ser humano. En general, se puede hablar de tres tipos de categorías dentro del estudio del tiempo: el tiempo conceptual, el tiempo social y el tiempo interactivo:

«- Forman parte del tiempo conceptual los hábitos de comportamiento y las creencias relacionadas con el concepto que tienen del tiempo las diferentes culturas.

- El tiempo social, que depende de manera directa del tiempo conceptual, está constituido por los signos culturales que muestran el manejo del tiempo en las relaciones sociales, por ejemplo, la duración de determinadas reuniones sociales, como entrevistas de trabajo o visitas, actividades diarias, como almorzar, comer y cenar.

- Y, por último, se incluye dentro del tiempo interactivo la mayor o menor duración de signos de otros sistemas de comunicación que tienen valor informativo, porque refuerza el significado de sus elementos, o bien porque se especifica o cambia su sentido.»

G. Sánchez Benítez (*op. cit.*, 2009)

5.3.3. La escucha activa

La escucha activa se refiere a la capacidad que tienen las personas de poner atención en el mensaje emitido por el otro, utilizando diferentes vías o canales, para comprender lo que se quiere decir y poder reaccionar adecuadamente al mensaje.

Para que cada profesional del trabajo social sanitario domine esta técnica, es necesario que sea consciente del otro, que conserve una posición corporal abierta al diálogo, exprese interés por lo que se dice, mantenga contacto visual de forma no dominante ni intimidadora, observe el lenguaje corporal del otro, escuche sin interrumpir, empatee, acepte sus opiniones aunque no las comparta, detecte palabras e ideas claves, elimine obstáculos que frenen la comunicación y retroalimente la comunicación. Si todo esto sucede, el diagnóstico social sanitario será de calidad y, por lo tanto, la intervención también.

Es pertinente enfatizar, además, la importancia de respetar el ritmo de cada persona al hablar de sus experiencias. Asimismo, es necesario que los equipos profesionales del trabajo social sanitario responsables de la atención directa sean conscientes del grado de impacto que tiene en cada persona lo que está explicando.

No menos importante será no forzar a las personas a hablar de sus vivencias: no todo el mundo está preparado para explicar lo que realmente le pasa, por lo que la intervención correcta de escucha es aquella que acompaña a que cada uno lo logre, pero cuando se sienta preparado para hacerlo. Cuando una persona tiene dificultad para hablar es conveniente que el profesional mantenga el silencio, sin ejercer presión y dejando que las personas se tomen el tiempo que necesiten. Por el contrario, cuando una persona atendida habla con exceso y sin orden, la escucha activa irá acompañada de pequeñas intervenciones que ordenen el relato para entender y hacerle saber que le estamos entendiendo.

Por lo tanto, la escucha activa implicará que el profesional tenga:

- Gran capacidad de observación, para adaptarse al ritmo y a las necesidades del escuchado.
- Habilidades para la comprensión (entendida como la capacidad de adentrarse en el significado de las cosas). Entender, e interesarse por el otro, estar disponible para el otro, aceptándolo como es, diferente.
- Habilidades para centrarse en el otro pacientemente. Es él quien comunica. Además de atender y ponerse en disposición de ello, es necesario acompañar, es decir, seguir con familiaridad, tratando de conocer y comprender cada vez mejor, ayudando a hablar, comunicando confianza, dejando «paso libre» mientras se expresa sin sentirse fiscalizado.
- Capacidad para «vaciar de uno mismo». Vaciar de las cosas propias y de los prejuicios. Escuchar es «alojar» sin condiciones y sin cobrar el precio de estar de acuerdo o someterse al propio criterio o a las propias pautas en torno a la situación que se expone.

En resumen, el trabajador social sanitario, él o ella, requiere, para que su diagnóstico social sanitario e intervención sea de la máxima precisión, actitudes de escucha activa. Estas estarán basadas en la disponibilidad de tiempo, en la apertura emocional y cognitiva, en las habilidades de protección, en la evitación de juicios y en garantizar la continuidad de la ayuda. Esto hará que escuchar a la persona afectada, correctamente, genere además sentimientos de acompañamiento y reconocimiento que aumentarán los recursos de afrontamiento de las personas atendidas, y aflorarán factores de protección, como la sensación de apoyo, sensación que promoverá su recuperación individual y comunitaria.

Es necesario en este apartado hacer enmienda de los **obstáculos** que podéis encontrar como entrevistadores en cuanto a la escucha activa. Estos impedimentos son o propios del entorno, como el ruido o las distracciones, o propios del estado físico del profesional, como por ejemplo el cansancio; o los propios del área emocional, cognitiva y mental, que requieren algo más de atención:

- El obstáculo de la ansiedad, que tiene lugar siempre que el oyente, él o ella, está preocupado por sí mismo, por cómo es recibido y por cómo ha de responder.
- El obstáculo de la superficialidad, manifestado sobre todo en la dificultad para atender los sentimientos de las personas afectadas. Se tiende a generalizar o a huir de los temas más comprometidos a nivel emotivo. No se personaliza la conversación.
- La tendencia a juzgar, a imponer inmediatamente las propias ideas y decir lo que es justo y lo que no lo es. Es propio de quien dirige su mirada inmediatamente a normas o esquemas personales, a sus ideas religiosas, políticas, éticas, etc.
- La impaciencia y la impulsividad que llevan a algunas personas a no permitir que el otro se exprese o acabe a su ritmo sus frases.
- El obstáculo de la pasividad, experimentado por quienes tienden a dar siempre la razón a la persona afectada por el hecho de serlo y carecen, por lo tanto, de una capacidad de intervención activa y confrontadora en el momento oportuno.
- Otro obstáculo es la tendencia a predicar, a ofrecer enseguida pequeños «sermones» con los que explicar lo que el otro está experimentando, según el propio criterio.

Como profesionales del trabajo social sanitario debemos elaborar estrategias para trabajar y poder superar estos obstáculos si queremos realizar entrevistas de calidad que permitan elaborar diagnósticos sociales sanitarios efectivos y de gran calidad técnica.

5.3.4. La empatía

Empatizar es el acto que permite la comprensión e identificación con la situación del otro, sin censurar, juzgar o condenar lo que siente, y desde su experiencia, no desde la propia.

Es un proceso relacional fundamentado en la comunicación entre las personas y con unos componentes esenciales como la escucha activa y la comprensión del mundo vivencial del otro, de modo que se pueda dar un significado al mensaje que se escucha, liberándonos de prejuicios y estando dispuesto a cambiar de parecer. Es decir, comprender los sentimientos de una persona en una situación concreta y con sus circunstancias y características personales (dado que, en la misma situación, nosotros no sentiríamos la misma persona).

Hay una serie de tácticas que conforman y facilitan el acto de empatizar para aislar nuestra escala de importancia y comprender el sufrimiento del otro desde su propia escala de importancia:

- Hacer preguntas abiertas, que demuestran el interés del interlocutor por la persona a la que se pregunta, y animan a la otra a la conversación.
- Ser positivo, esperando lo mejor de los otros. Si dejamos al otro que tome iniciativas y se marque sus objetivos fomentaremos expectativas positivas.
- Evitar la emisión de juicios utilizando expresiones del tipo «ya te lo decía yo...» o «no es para tanto...», que nos alejan de los sentimientos de los otros.
- Utilizar los mensajes para pedir aclaraciones sin reaccionar ante discrepancias producidas por la comparación de lo que siente el otro con lo que sentimos o conocemos.

La empatía permite la conexión necesaria para que cada profesional del trabajo social sanitario realice una intervención adecuada, ya que una mirada positiva hacia las víctimas del sufrimiento nos permite enfrentar a situaciones emocionalmente delicadas.

5.3.5. El refuerzo positivo

El refuerzo positivo es una de las técnicas que permite, desde el trabajo social sanitario, modificar las conductas, potenciando conductas ya existentes en el repertorio de la persona o generando otras nuevas. Algunos de los conceptos básicos para comprender el refuerzo positivo son:

- Estímulo. Es la novedad que se da en el ambiente antes o después de una conducta. Puede ser agradable o desagradable.
- Reforzador. Es el estímulo que aumenta la probabilidad de una respuesta, ya sea con una que suma u otra que resta en la situación ambiental vinculada a la conducta en la que estamos interviniendo.
- Reforzamiento. Es la acción de otorgar un reforzador (sumando o restando) en contingencia (inmediatamente vinculado) a una determinada conducta.
- Refuerzo. Es el aumento en la probabilidad de emisión de una conducta como consecuencia de un reforzamiento.

Por lo tanto, se entenderá como refuerzo positivo aquella acción que facilita estímulos positivos y agradables que siguen a una respuesta conductual de manera inmediata, aumentando la probabilidad de emisión de dicha respuesta. Las personas nos reforzamos con actividades como *hobbies*, amigos, familia, trabajo o pequeños logros en la vida cotidiana que nos proporcionan bienestar. Pero durante la vida vamos perdiendo refuerzos positivos, que van desde pequeñas pérdidas hasta pérdidas importantes, como el trabajo, la muerte de una persona cercana o dejar de hacer una actividad importante. Con estas pérdidas solemos reaccionar mediante emociones negativas y, por lo tanto, tener sentimientos de tristeza, frustración, enfado, desesperanza, melancolía o depresión. Muchas de las personas atendidas en el ámbito del trabajo social sanitario se encuentran ante estas reacciones emocionales a raíz de la pérdida de reforzadores que, con el acompañamiento y el refuerzo positivo en la intervención, favorecen la búsqueda de ayuda en los demás, la resolución de problemas, el aumento de las posibilidades de crear nuevas fuentes de refuerzos y, en definitiva, el incremento de la resiliencia.

5.3.6. La relación de ayuda

La relación de ayuda es una intervención de tipo profesional que tiene como finalidad aportar elementos para que la persona afectada pueda, por sí misma, adaptarse a las situaciones que sufre o a las dificultades con las que se encuentra.

La persona que precisa ser ayudada ha de ser contemplada globalmente, es decir, teniendo en cuenta sus características biológicas, cognitivas, emotivas, sociales, generacionales y espirituales, que aun así están en constante interacción con el entorno. Hay que contemplar a la persona en su capacidad de percibir, de sentir y emocionarse, de pensar, de optar y, finalmente, y como consecuencia de los procesos anteriores, de actuar, de decir o de hacer. En la relación de ayuda resulta de vital importancia reconocer la capacidad del individuo en cada uno de sus componentes. La persona debe ser reconocida en el conjunto de todos los aspectos mencionados.

La relación de ayuda no es el hecho de conducir una conversación para conocer a otra persona. Tampoco es una discusión, debate o litigio con argumentaciones. No es una entrevista centrada en una persona y los problemas que esta presenta. No se trata de un interrogatorio que implica verificación. Y tampoco ha de ser un espacio para confesiones que supongan una implicación moral.

Por esta razón, el modo de actuar de cada profesional del trabajo social sanitario, su actitud, puede romper los procesos de relación de ayuda si esta no es adecuada. Para que una entrevista de intervención tenga la calidad esperada y evoque la relación de ayuda será necesario:

- No inducir las respuestas al plantear la intervención. Hay que controlar las actitudes implícitas que pueden generar conductas de dependencia, agresividad, angustia, frustración o mimetismo por parte de la persona atendida. Las actitudes implícitas pueden ser utilizadas como recurso, pero nunca como finalidad.
- No dar consejos ni soluciones a los conflictos que plantea la persona afectada. El hecho de aconsejar puede limitar las opciones personales, además que no permitir que la persona desarrolle procesos de autoayuda.
- No interrogar. La actitud investigadora no es acogedora y genera en la persona afectada un sentimiento de poca comprensión de su situación.
- No evaluar ni juzgar moralmente, dado que se pueden producir situaciones de inhibición, bloqueo, sentimiento de culpabilidad y sensación de angustia.
- No interpretar aquello que expresa la persona ayudada; se debe potenciar que sea la persona afectada quien interprete sus propios hechos desde la objetividad.
- Evitar cualquier actitud paternalista a pesar de que esta facilite el efecto tranquilizador y sedante. La actitud compasiva es contraproducente, ya que eterniza y genera más demanda de compasión, lo que se transforma

en sobreprotección y dependencia y no permite llegar a la confrontación y resolución de conflictos.

Por lo tanto, la actitud de cada profesional del trabajo social sanitario durante la entrevista estará basada en la comprensión empática, que implica una manera de actuar y una forma de ser, lo que sumado a algunas técnicas como la reformulación y la confrontación de los problemas hará que la intervención sea adecuada y efectiva. Este modo de actuar se caracteriza por los siguientes puntos:

- Quien ayuda debe acoger, no ha de tomar la iniciativa.
- Tiene que centrarse en aquello que vive la persona y no en los hechos que esta evoca.
- El interés de cada profesional debe estar en relación con la persona afectada, no con el problema.
- Su intervención ha de basarse en el respeto hacia la persona afectada, escucharla para llegar a comprenderla.
- Cada profesional tiene que facilitar los canales de comunicación adecuados y evitar hacer revelaciones inconscientes.
- Cada profesional no debe hacer caso de las etiquetas y prejuicios que acompañan a la persona afectada.

Con todo esto, está claro que la relación de ayuda se basa principalmente en la escucha activa, tratada anteriormente.

5.3.7. La reformulación

La reformulación es una técnica cuyo objetivo es presentar de nuevo la realidad a la persona afectada, pero desde la más pura objetividad. Cada profesional del trabajo social sanitario ha de potenciar que la persona ayudada transmita sus opiniones, pero también que sea capaz de aceptar los contenidos subjetivos que le generan dificultad. Con la reformulación potencia que la persona se distancie de su problema y lo valore con mayor objetividad, aumentando la reflexión a partir de la experiencia del dolor.

Reformular es como poner un espejo en el que la persona ve reflejada su situación para dirigirla a niveles más altos de autoconocimiento. Cuanto más autoconocimiento posea la persona ayudada, más condiciones tendrá para reconocer las situaciones que favorecen su crecimiento y su realización a nivel personal.

Mediante el parafraseo (técnica para separar los hechos de las emociones y poder tratarlas más adecuadamente) y la reiteración en la comunicación interactiva reformularemos situaciones y afrontamientos emocionales.

Algunos ejemplos de reformulaciones serían:

Ejemplo 1:

- «Mi marido es un despreocupado. Nuestro hijo está enfermo y su preocupación por el niño es nula».
- Reformular: «Cuando dices esto, ¿quieres decir que en ocasiones te sientes poco acompañada en el cuidado de tu hijo?».

Ejemplo 2:

- «Mi hijo, como adolescente, será incapaz de seguir el tratamiento. Los adolescentes son así, unos irresponsables».
- Reformular: «Antes, cuando te has referido a tu hijo, has hecho referencia a comportamientos de él que no llegas a comprender, que quizá te molestan, ¿es así?».

Algunos ejemplos de parafraseo serían:

Ejemplo 1:

- «No te puedes fiar de mi exmujer. Es una mentirosa y tiene mucha cara. Me dijo que iríamos ampliando las visitas con mis hijos y todavía estoy esperando. Hace poco me volvió a decir que sí, que ya lo haremos».
- Parafraseo: «Parece que te sientes engañado (sentimiento) porque no se hace efectivo lo que tu mujer y tú habéis pactado... (hecho)».
- Incorrecto: «Así que piensas que tu exmujer es una mentirosa porque no cumple las promesas, ¿no?».

Ejemplo 2:

- «Nadie nos ayuda, con todo lo que nos está pasando y ahora solo faltaba la enfermedad de mi madre. Con esto no podré y todo se hundirá».
- Parafraseo: «Me ha parecido que te sientes sola para afrontar la situación (sentimiento) y que la enfermedad de tu madre (hecho) todavía lo agrava más, ¿es así?».
- Incorrecto: «Así que estás sola para encargarte de tu madre, ¿no?».

5.3.8. La confrontación

Esta técnica consiste en comparar dos cosas entre sí para reconocer las diferencias que existen entre ellas. Es una actitud profesional que explícita y directamente denuncia las contradicciones que la persona afectada utiliza y que, en la mayoría de los casos, son la fuente de los propios problemas. Es una invitación a examinar un comportamiento que parece ineficaz o un obstáculo, o un desafío planteado a la persona afectada para que esta movilice sus recursos y dé un paso más en la dirección de reconocerse mejor e inicie una acción constructiva.

Esta técnica es muy utilizada en la entrevista motivacional para tratar la ambivalencia hacia el cambio, muy característica de las personas con comportamientos adictivos o que se encuentran en situaciones cronificadas. Si el entrevistador tiene suficientes habilidades y domina esta técnica, conseguirá, mediante la entrevista, promover la autoeficacia, dominar la resistencia, empatizar y crear discrepancias en el discurso del entrevistado que permitan aumentar la resiliencia de la persona afectada y reforzar su autoconfianza.

Referencia bibliográfica

W. Miller; S. Rollnick
(1991). *La entrevista motivacional ayudará las personas a cambiar*. Ediciones Paidós.

«La disposición para el cambio no es un rasgo de personalidad del usuario, sino que es fluctuante a raíz de la interacción interpersonal. La resistencia y la negación no son rasgos del entrevistado, sino que responden a una retroalimentación respecto al comportamiento del profesional que lo está entrevistando. La resistencia es a menudo una señal de que el entrevistador está logrando la aparición de una mayor disposición al cambio por parte del usuario de la que realmente tiene.»

W. Miller; S. Rollnick (*op. cit.*, 1991).

5.3.9. Técnicas de contención emocional

Las emociones

Los sentidos son la puerta de la comunicación con todo aquello que nos rodea. Al ser estimulados nos producen a las personas sensaciones que denominamos emociones. Las emociones están inmersas en todas las áreas de nuestra vida y su función principal es darnos información de nosotros mismos, lo que nos permite reaccionar ante situaciones agradables o amenazantes. Cuando esta información es correctamente entendida, podemos modificar pensamientos y mejorar nuestro rendimiento y estabilidad, y así modelar las situaciones del entorno.

«Las reacciones a las informaciones que recibimos en nuestras relaciones con el entorno tendrán una intensidad que vendrá dada en función de las evaluaciones subjetivas, es decir, en función de la manera como cada persona califica la información recibida y cómo esta repercute en su ser. En las evaluaciones subjetivas intervienen los conocimientos previos, las creencias, los objetivos personales, la percepción y el ambiente entre otros factores.»

M. Vivas y otros (2006).

«Las emociones tienen dos funciones principales, afrontar y socializar.»

Barriga Jiménez (1996).

Afrontar situaciones que nos impactan y que nos protegen con el miedo, el rechazo o la tristeza, entre otras sensaciones, y ayudándonos a equilibrar el impacto físico y psíquico de lo que sucede con fenómenos como el afecto, la pasión o el humor.

Los elementos constitutivos de las emociones son:

- «El **estímulo** o situación a la que la persona se enfrenta.
- La **percepción**, procesamiento y reacción voluntaria ante el estímulo o situación.
- Las **reacciones** corporales o fisiológicas que pueden ser involuntarias (respiración agitada, sudoración o cambio de ritmo cardíaco, por ejemplo).
- El **significado** que la persona da a la situación concreta, es decir, el nombre que elige para describirla (miedo, alegría, tristeza, etc.).
- La **experiencia emocional** que la persona desarrolla ante una situación.
- La **expresión corporal**, es decir, el tono y volumen de la voz, la expresión facial de acuerdo con la emoción (llantos, sonrisas, movimientos corporales de defensa o agresión, afectivos, etc.).

Las emociones son multidimensionales, por lo tanto, afectan a varias esferas del ser humano:

- **Dimensión subjetiva.** Corresponde a los sentimientos, a vivenciar las emociones de una manera particular, como es el enfado o la alegría.
- **Dimensión biológica.** Se refiere a las respuestas movilizadoras de la energía que preparan el cuerpo para adaptarse a cualquier situación que afrontamos.
- **Dimensión intencional.** Comprende aquellas emociones que llevan implícita una finalidad determinada. Por ejemplo, la ansiedad que produce el hambre lleva a comer.
- **Dimensión social.** Indica la manera como interactuamos con las personas. Cuando nos encontramos bajo un determinado estado emocional enviamos señales faciales, posturales y vocales reconocibles que comunican a los demás la calidad e intensidad de nuestra emoción.»

J. Marshall Reev (2002).

Una de las clasificaciones de las emociones más utilizadas es la siguiente:

- «**Emociones primarias o básicas.** Se inician con rapidez y duran algunos segundos. Entre estas se encuentran la alegría, la aflicción o la tristeza, el enfado, el miedo, la sorpresa y el asco. No existe ninguna cultura en la que no estén presentes. No son aprendidas sino que forman parte de la configuración del ser humano.
- **Emociones secundarias.** Emanan de las primarias y se deben en gran medida al desarrollo individual, y sus respuestas difieren ampliamente de unas personas a otras, como por ejemplo el enojo.
- **Emociones negativas.** Implican sentimientos desagradables, valoración de la situación como nociva y la movilización de muchos recursos para afrontarla. Como por ejemplo la ira y el asco.
- **Emociones positivas.** Son aquellas que implican sentimientos agradables y se valora la situación como benéfica. Tienen una duración temporal corta y no resulta amenazante afrontarla (por ejemplo, la felicidad).
- **Emociones neutras.** Son las que intrínsecamente producen reacciones ni agradables ni desagradables. Tienen como finalidad facilitar la aparición de posteriores estados emocionales, como por ejemplo la sorpresa.»

Fernández-Abascal y otros, citado por M. Vivas y otros (2006).

La contención emocional

La contención emocional es un procedimiento terapéutico que se refiere a la implantación de medidas con el objetivo de tranquilizar y estimular la confianza de una persona que se encuentra afectada por una fuerte crisis emocional. Consiste en la creación de las condiciones y espacios que faciliten la ela-

boración y el desarrollo de las capacidades mentales para que los impulsos, instintos o pasiones sean contrastados con la realidad y puestos en acción de una manera saludable.

La contención emocional no significa negar o reprimir las emociones, sino optar conscientemente por poner las emociones intrusivas, dolorosas o disruptivas a un lado por un periodo provisional de tiempo. Está relacionada principalmente con dos mecanismos: la actitud empática y la escucha activa, instrumentos que ya hemos desarrollado.

Estos instrumentos proporcionan a la persona herramientas para gestionar las emociones dolorosas y los sentimientos agobiantes de modo que ayuden a actuar y tener control sobre el propio proceso de mejora.

«La contención emocional supone percibir y empatizar con el sufrimiento, conflicto y ansiedades de la persona atendida y contenerlas para, en el momento apropiado, poder devolverle un mensaje suficientemente elaborado o mentalizado que le permita, a la vez, la contención de su ansiedad dentro de su propio espacio mental, ajustarlo a la realidad y, de este modo, facilitar el progreso y desarrollo de su salud psíquica.»

J. Tizón (1988).

El eje principal para la contención emocional es el respeto por la persona, mostrándole voluntad de escucha y centrándose en ella y no tanto en el problema, dado que el acompañamiento puede generar cambios de puntos de vista sobre la problemática que a la vez desencadenen una posible solución. La comprensión mutua de las necesidades de la persona tratada llevará a acuerdos respecto al planteamiento de la problemática y el camino que se debe seguir. Por lo tanto, los objetivos están centrados en explorar su propia personalidad, comprenderse a sí mismo y tomar decisiones para actuar con coherencia.

Como profesionales del trabajo social sanitario requerimos, en la acción de la contención emocional, ciertas habilidades, como por ejemplo:

- Ayudar a la persona a que vuelva a ver que tiene el control sobre su propia vida y sobre la toma de decisiones.
- Conseguir que las personas se sientan con total libertad para poder expresarse sin inhibiciones.
- Saber comprender que los sentimientos son involuntarios, que una persona no puede elegir cómo sentirse y, en consecuencia, no es responsable de lo que siente.
- Comprender que, por otro lado, las conductas sí son voluntarias y que las personas están capacitadas para elegir cómo se conducen.

- Dominar microhabilidades como el lenguaje corporal, el contacto visual, las señales de reflejo, las señales de aliento, la formulación adecuada de preguntas, el resumen relato y el seguimiento verbal.

Concretando en el procedimiento, la contención emocional implica una visión de las personas con capacidad para desarrollar recursos propios y con un potencial creativo inherente:

- En una primera etapa el objetivo será evaluar la situación o el problema de contención mediante una entrevista inicial con el enfoque centrado en la persona. Mediante la empatía y la escucha activa, se acompañará sin juzgar y favoreciendo la expresión de los sentimientos en un ambiente de respeto que facilite seguridad y confianza para su contención. Las actitudes y herramientas más importantes serán:
 - Empatía. Escuchar desde el marco de la persona atendida.
 - Escucha activa. Escuchar con atención y no juzgar.
 - Consideración positiva. Tener en cuenta que la persona está actuando lo mejor que puede según sus circunstancias y su nivel de conciencia.
 - Congruencia. Darse cuenta de la experiencia que está teniendo en el momento de la entrevista.
 - Atención física. Observar el lenguaje corporal y cómo se explican las cosas.
 - Reflejo de sentimientos. Observar, reflejar y favorecer la expresión de sentimientos y emociones explícitas, y sobre todo aquellos implícitos que estén presentes en la comunicación.
 - Concretización. Conseguir que la comunicación vaya de la posición general a la más concreta y específica.
- En una segunda etapa se hará un diagnóstico de la situación en la que se encuentra la persona, teniendo en cuenta el grado de ansiedad, la falta de congruencia, la fatiga por compasión y otros elementos que indican que la contención es necesaria.
 - Si el grado de ansiedad es significativo, y la situación lo permite, se realizarán ejercicios de relajación/respiración.
 - Se trabajará con la fantasía catastrófica. Se le pedirá a la persona que describa cuál es el peor escenario posible que está anticipando.
 - Se le confrontará con la realidad para diferenciarla de la fantasía.
 - Se realizarán ejercicios, como por ejemplo de visualizaciones.

Bibliografía

- Ander-Egg, E.** (1984). *Diccionario del Trabajo Social*. México: El Ateneo.
- Angera, M. T.** (1990). «La metodología observacional». En: J. Arnau; M. T. Anguera; J. Gómez (eds.). *Metodología de la investigación en Ciencias del Comportamiento*. Murcia: Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Aquin, N.** (1999). «Hacia la construcción de enfoques alternativos para el trabajo social para el nuevo milenio», *Revista de Servicio Social* (vol. 1, núm. 3, junio-diciembre).
- Banks, S.** (1997). *Ética y valores en el Trabajo social*. Barcelona: Paidós.
- Barker, R. L.** (2003). *The social work dictionary* (pág. 227). Washington: NASW Press.
- Bateman, A.; Fonagy, P.** (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization based Treatment*. Oxford: University Press Editorial Universitaria / Universidad de Guadalajara / Asociación Psicoanalítica Americana.
- Barriga Jiménez, S.** (1996). *Las emociones cotidianas. De la biología a la psicología social*. España: Universidad de Sevilla.
- Blocher, D. y otros** (1996). *La psicología del consueño en medios comunitarios*. Granada: Junta de Andalucía.
- Bosqued, M.** (2008). *Quemados. El síndrome de burnout. Qué es y cómo superarlo*. Barcelona: Paidós.
- Bradshaw, J.** (1972). «A taxonomy of social need». En G. McLachlan (ed.). *New Society*. Oxford.
- Bronfenbrenner, U.** (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós
- Caballo, V.** (1983). «Asertividad: definiciones y dimensiones». *Estudios de Psicología* (núm. 13). Universidad Autónoma de Madrid.
- Campanini, A.; Luppi, F.** (1991). *Servicio social y modelo sistémico*. Buenos Aires. Paidós.
- Canestri, J.** (1994). «Transformations». *International Journal Psychoanalysis* (núm. 75, pág. 1079-1092).
- Canestri, J.** (2006). *Psychoanalysis from Practice to Theory*. Londres: Wile.
- Cannell, Ch.F.;Kahn, R.L.** (1993). *La reunión de datos mediante entrevistas*. En: L. Festinger; D. Katz. *Los métodos de investigación en ciencias sociales*. México: Paidós.
- Castanyer, O.** (1996). *La asertividad: expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Codi d'ètica i deontològic dels Diplomats en Treball Social i Assistents Socials de Catalunya. Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Cataluña. Barcelona (mayo de 2000).
- Código deontológico de la profesión de Diplomado en Trabajo Social. Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. España.
- Cook, M.** (1971). *Interpersonal perception*. Harmondsworth: Penguin.
- Corrace, J.** (1980). *Les communications non-verbales*. París: PUF.
- Davis, F.** (1976). *La comunicación no verbal*. Madrid: Alianza.
- Davis, M. y otros** (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- De Pablo Rabasso, J.** (1997). *Tècniques d'entrevista per a professionals de la Salut* (pág. 15). Vic: EUMO Editorial.
- Díaz Barreiro, G.** (2010). «Emociones, sentimientos y calidad de vida». *Prometeo, revista mexicana trimestral de psicología y desarrollo humano* (núm. 58). México: Adehum.

Duncan, J. R. (1969). «Non verbal Communication». *Psychological Bulletin* (vol. 72, núm. 2, pág. 118-137).

Davinson, E. H. (1973). *Trabajo social de casos*. México: CECSA.

Day, P. (1981). *Social Work and Social Control*. Londres: Tavistock Publications.

Doyal, L.;Gough, I. (1994). *Teoría de las necesidades humanas*. Madrid: Icaria-FUHEM.

Fonagy, P.;Target, M. (1996b). «Jugando con la realidad – II El desarrollo de la Realidad Psíquica desde una perspectiva teórica». *International Journal Psychoanalysis*. XII. Londres.

Gaeta, L.;Galvanovskis, A. (2009). *Asertividad: Un análisis teórico-empírico*. Consejo Nacional para la Enseñanza en Investigación en Psicología.

Gauquelin (1989). *¿Qué es la comunicación?* Bilbao: Ed. Mensajero.

Goldstein, A. P. y otros (1989). *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca.

Grawitz (1984); **Aktouf** (1992); **Mayer y Ouellet** (1991); **R. E. Lopez Estrada; J. P. Deslauriers** (2011). «La entrevista cualitativa como técnica para la investigación en trabajo social». *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales* (núm. 61) [Biblioteca UOC].

Hall, E. T. (1966). *The hidden dimension*. Nueva York: Doubleday.

Hamilton, G. (1951). *Theory and practice of social case work*. Nueva York y Londres: The New York School of Social Work. Columbia University Press.

Hayes, B. E. (1963). *Measuring customer satisfaction. Survey design, use, and statistical analysis*. Milwaukee: American Society for Quality (núm. 71).

Jimenez Burillo, F. (1981). *Psicología social* (vol. 1). Madrid: UNED.

Kerlinger, F. N.;Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales* (4.ª ed.). Mexico: McGraw-Hill.

Marianetti, J. E. (1999). *Emoción violenta*. Argentina: Ediciones Jurídicas Cuyo.

Marshal Reeve, J. (2002). *Motivación y emoción* (5.ª ed.). Universidad de Iowa / Mc Graw Hill.

Martin, E.; Canaspa, C. (1997). «L'entrevista en Treball social». En: J. de Pablo Rabasso. *Tècniques d'entrevista per a professionals de la salut* (pág. 110-111). Vic: EUMO Editorial.

Maslow, A. H. (1985). *Motivación y personalidad*. Barcelona: Sagitario.

Michelson, L. y otros (1987). *Las habilidades sociales en la infancia*. Barcelona: Martínez Roca.

Miller, W.;Rollnick, S. (1991). *La entrevista motivacional, ayudar a las personas a cambiar*. Ediciones Paidós.

Millon, T. (1994). *El inventario Millon de estilos de personalidad*. Buenos Aires: Paidós

Monjas, M. I. (1993). *Programa de enseñanza de habilidades de interacción social para niños y niñas en edad escolar*. Valladolid: Autoedición.

Moraga, M. (1992). «Cuidar: promover la calidad de vida». *Rev. Gerokomos* (núm. 4, marzo). Logroño.

Moya, L. (2013). *Empatía, entenderla para entender a los demás*. A Coruña: Plataforma Actual.

M. Viñuela, A. (2016). *Liderar desde el corazón*. Bebookness.

Morin, E. (2004). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Buenos Aires / México / Barcelona: Paidós Estudio.

Olza, M. (1996). «Habilidades sociales». En: J. F. Morales; M. Olza (coords.). *Psicología Social y Trabajo Social*. Madrid: McGraw Hill.

- Ortega, F.** (2008). *Psicoterapia. Teoría y práctica* (pág. 53). Sevilla: Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones.
- Peavi** (1985). «Le consueling des adultes en vue de la prise de décision». *Revista de la Universidad de Ottawa*. Ottawa.
- Pérez de Ayala, E.** (1999). *Trabajando con familias. Teoría y práctica* (pág. 79-82). Zaragoza: Consejo General de Diplomados en Trabajo Social / Editorial Certeza.
- Perlman, H. H.** (1957). *Social Casework. A Problem-solving Process*. Chicago y Londres: The University of Chicago Press.
- Perlman, H. H.** (1971). *Perspectives on social casework* (pág. 52). Filadelfia: Temple University Press.
- Pizarro, F.** (1986). *Aprender a razonar*. Madrid: Editorial Alhambra.
- Riba, C.** (2009). *Métodos de investigación cualitativa*. Barcelona: UOC / Eureca Media.
- Ricci, P. E., S. Cortesi** (1980). *Comportamiento no verbal y comunicación*. Barcelona: Gustavo Gil, S. A.
- Rosell, T.** (2004). *La Entrevista en el Trabajo Social como instrumento al servicio de la ciudadanía*. I Jornadas de Trabajo Social y Ciudadanía: Panorámica desde los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid. En: <http://www.madrid.es/UnidadWeb/Contenidos/Publicaciones/TemaServiciosSociales/JornadasTrabajoSocialYCiudadania/Ficheros/Teresa.pdf> [Consulta 15 de mayo del 2013].
- Rosell, T.; Rodríguez, P.** (2017). *La entrevista en el trabajo social*. Barcelona: Herder.
- Salzberger-Wittenberg, I.** (1970). *La relación asistencial* (pág. 15-26). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Sánchez Benítez, G.** (2009). «Estrategias de enseñanza y aprendizaje del español en china». *Marco ELE* (núm. 8, suplemento). España.
- Steil, L. K.** (1992). *Cómo escuchar bien y entender mejor*. Bilbao: Deusto.
- Schön, D.** (1996). «La crisis del conocimiento profesional y la búsqueda de una epistemología de la práctica». En: M. Pakman (comp.). *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Spradley, J.** (1979). *The Ethnographic Interview*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Tizón, J.** (1988). *Componentes psicológicos de la práctica médica: Una perspectiva desde la Atención Primaria*. Barcelona: Doyma.
- Tizón, J.** (1996). *Componentes psicológicos de la práctica médica*. Barcelona: Biblária SCLL.
- Towle, C.** (1973). *El trabajo social y las necesidades humanas básicas*. México: La Prensa Mexicana.
- Trunzo, A.** (2006). *Engagement, Parenting Skills and parent-child relations as mediators of the relationship between parental self-efficacy and treatment outcomes for children with conduct problems*. Graduate Faculty of Social Work. University of Pittsburgh.
- Valles, M.** (1997). *Técnicas cualitativas de Intervención Social: Reflexión, metodología y práctica profesional*. Madrid: Editorial Síntesis S. A.
- Vivas, M. y otros** (2006). *Educación de las emociones*. Madrid: Dykinson.
- Waal, F.** (2009). *The age of empathy: Nature's Lessons for a kinder society*. Nueva York: Tree Rivers Press.
- Winnicott, D.** (1956). *La tendencia antisocial. Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

