

# La importancia del vínculo terapéutico, en la práctica del Trabajo Social y la Terapia Gestalt

## The importance of the therapeutic bond, in the practice of Social Work and Gestalt Therapy

Purificación Acín Garro

Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

**Resumen:** El propósito de este artículo es analizar, desde la aportación de diferentes autores, la importancia del vínculo o alianza terapéutica, en la práctica del Trabajo Social y la Terapia Gestalt. Se profundiza en las diferentes definiciones del término y en la teoría de apego de Bowlby, resaltando el papel de la Psicoterapia y el Trabajo Social en la reparación y sanación de los primeros vínculos. Se investiga la relevancia del vínculo terapéutico en el éxito de la intervención y se examinan los elementos comunes presentes en la relación de ayuda, que promueve el Trabajo Social y la relación dialogal, que aporta la Terapia Gestalt. Se revisa como dichos elementos favorecen la creación de un adecuado vínculo terapéutico, que facilita el proceso de darse cuenta y constituyen un factor de motivación al cambio.

**Palabras clave:** Vínculo o Alianza Terapéutica, Trabajo Social, Terapia Gestalt, Humanismo, Teoría de Apego, Relación de Ayuda.

**Abstract:** The purpose of this article is to analyze, from the contribution of different authors, the importance of the bond or therapeutic alliance, in the practice of Social Work and Gestalt Therapy. It is deepened, in the different definitions of the term and in the theory of attachment of Bowlby, highlighting the role of Psychotherapy and Social Work in the repair and healing of the first bonds. It investigates the relevance of the therapeutic bond in the success of the intervention and examines the common elements present in the help relationship, which promotes Social Work and the dialogue relationship, provided by Gestalt Therapy. It is reviewed how these elements favor the creation of an adequate therapeutic bond, which facilitates the process of realization and constitute a factor of motivation to change.

**Keywords:** Therapeutic Bond, Social Work, Gestalt Therapy, Humanism, Theory of Attachment, Aid Relationship.

Recibido: 03/01/2019 Revisado: 08/06/2019 Aceptado: 10/06/2019 Publicado: 01/07/2019

*Referencia normalizada:* Acín Garro, P. (2019). La importancia del vínculo terapéutico, en la práctica del Trabajo Social y la Terapia Gestalt. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 12, 79- 126. doi: 10.15257/ehquidad.2019.0011

*Correspondencia:* Purificación Acín Garro, Diplomada en Trabajo Social por la Universidad de La Laguna, Graduada en Trabajo Social por la UNED, “Formación en Terapia Gestalt: Teoría y Metodología” por el Instituto Gestalt de Canarias, y Formación en “Aprendizaje para encontrarse consigo y con el otro” por la Escuela para Aprender a Vivir y la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Ejercicio profesional durante 30 años como Trabajadora Social de base en un Ayuntamiento de la Isla de La Palma (Canarias). Correo electrónico: pacn68@gmail.com

## **1. INTRODUCCIÓN**

El vínculo terapéutico, no es un término de uso común en la práctica del trabajo social y no suele aparecer en los manuales de estudio de manera frecuente, por lo que se pretende en este artículo desgranar y recopilar diferentes aportaciones que avalan el componente terapéutico del Trabajo Social y del vínculo, presentes en la relación de ayuda, y ponerlos en relación con la Terapia Gestalt, para desde ahí encontrar las semejanzas que permitieran resaltar la importancia del mismo. El objetivo general es por tanto, profundizar, desde la aportación de diferentes autores, sobre la importancia del vínculo o alianza terapéutica, en la práctica del Trabajo Social y la Terapia Gestalt.

La investigación intenta dar respuesta a diferentes interrogantes que pretenden destacar el vínculo o alianza terapéutica como elemento relevante que condiciona el éxito de la intervención y el papel que juega la Psicoterapia y el Trabajo Social, en la reparación y sanación de los primeros vínculos. Procura resaltar elementos comunes que favorecen la creación de un adecuado vínculo terapéutico en la práctica del Trabajo Social y la Terapia Gestalt, como facilitador del proceso de darse cuenta y factor de motivación al cambio; elementos que se hacen presentes a modo de objetivos específicos.

Una vez desarrollada la metodología de este trabajo descriptivo, se introducen los apartados que lo vertebran. Se comienza con una aproximación a diferentes conceptos y un breve recorrido histórico de la evolución del vínculo o alianza terapéutica, desde el campo de la Psicología-Psiquiatría. Se profundiza en las implicaciones que ha proporcionado la teoría de apego de Bowlby, la corriente humanista, los elementos de la terapia centrada en la persona y el poder sanador del vínculo y la relación.

Los bloques centrales abordan dos enfoques diferentes, uno desde el Trabajo Social y otro desde la Terapia Gestalt. El abordaje del tema desde el Trabajo Social pretende profundizar en la visión del vínculo terapéutico desde la propia definición oficial de Trabajo Social, haciendo hincapié en los elementos humanistas y terapéuticos de la relación de ayuda, la entrevista social y la ética profesional. El abordaje desde la Terapia Gestalt comienza por citar algunos conceptos básicos desde lo que ocurre aquí y ahora, el darse cuenta, las emociones, el arte, la creatividad, así como los elementos presentes en la relación dialogal, el contacto y la comunicación, algunos de los cuales se comparan con la visión desde el Trabajo Social.

El proceso de análisis y sistematización de las aportaciones señaladas, permiten ponerlas en relación, encontrar algunas semejanzas y diferencias reflejadas en la discusión, y conclusiones, intentando así dar respuesta a los interrogantes planteados.

De trasfondo está latente el desánimo, el desgaste y la inquietud, tras muchos años de ejercicio profesional, de reencontrar la esencia un tanto perdida de la práctica del Trabajo Social, velada en muchas ocasiones, por el exceso de burocracia, asistencialismo y gestión, en la que están inmersos buena parte de los Servicios Sociales en la actualidad, y de la que no es ajena la autora de este artículo. Surge la inquietud de realizar un trabajo más terapéutico desde la profesión de Trabajo Social y la necesidad de encontrar el primer eslabón de la cadena, que sustente estas nuevas aspiraciones.

También está presente la reflexión de como mejorar y complementar la formación de las profesiones de ayuda, desde una óptica más vivencial, basada en procesos de desarrollo personal, en conexión con la propia experiencia vital del profesional, de manera que se adquieran mayores habilidades en los procesos de acompañamiento, que son la base de las profesiones de ayuda, y en concreto la de Trabajo Social. Es gratificante sentir que hay un cierto contagio por el uso de términos más cálidos, y cercanos en el Trabajo Social, según refleja buena parte del material recopilado.

## **2. METODOLOGÍA**

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de diversos autores, clásicos y recientes. En las consultas a bases de datos, se eligieron LINCEO+ de la UNED, DIALNET de la Universidad de la Rioja, Google Académico y la biblioteca de la UNED. Las palabras clave específicas, elegidas para proceder a una búsqueda más exhaustiva fueron: “vinculo terapéutico”, “trabajo social”, “alianza terapéutica”, “terapia gestalt”, “teoría de apego” y como operadores para realizar las combinaciones de las palabras clave, se utilizaron “(y) AND” y “(o) OR”. No se estableció un límite temporal en las búsquedas y se utilizó preferentemente la búsqueda en idioma castellano.

De la información extraída se hizo una selección de los libros más relevantes, que fue posible obtener y de aquellos artículos publicados en revistas de Psicología, Trabajo Social o médicas. Por otro lado se seleccionó información procedente de Trabajos de Fin de Grado, Tesinas, Tesis, Blogs, entrevistas en audio y videos. Se intentó llegar hasta la fuente original, para contrastar la veracidad del material. Una parte de la información sobre Terapia Gestalt, se obtuvo del Instituto Gestalt de Canarias de Las Palmas, procedente del temario del curso sobre Terapia Gestalt 2014-2017.

Se hizo una clasificación de los diferentes materiales de acuerdo a los criterios de base científica e interés en el tema de estudio. Como material de partida se tomaron 25 libros y 52 documentos de diversas fuentes (artículos de revista, Tesis, TFGs, Blogs, audios y videos). Posteriormente, después de su estudio y sistematización, se utilizaron para el proyecto, 21 libros (algunos recopilatorios de varios autores) y 20 documentos procedentes de revistas, blogs, Tesinas, TFGs, audios y videos.

## **3. EL SER HUMANO COMO SER SOCIAL Y BIO-PSICO-SOCIAL**

Surge la pregunta de donde están los límites de unas disciplinas y otras, sobretodo al constatar que en todas las profesiones de ayuda se trabaja con el mismo ser humano y que las Ciencias Sociales son algo vivo, en construcción, que potencian el desarrollo de múltiples ramas que se



complementan mutuamente. En esta línea, Fernández y Ponce de León (2011), afirman que la realidad social a la que se enfrenta el Trabajador Social está nutrida de aportaciones de otras disciplinas y comporta un contexto multidisciplinar muy enriquecedor, siendo que el Trabajo Social, se apoya como otras ciencias sociales, en un conocimiento más científico. Por otra parte, “la psicología, la sociología, la pedagogía y la antropología se enfocan principalmente al estudio del comportamiento humano”. (Fernández y Rondón, 2005 citado en Fernández y Ponce de León, 2011, p. 222).

Así Howe (1997, p. 12) afirma que trabajar de manera eficiente con personas que causan o sienten aflicción, requiere por parte del trabajador social “buen conocimiento de la condición humana y una sólida comprensión de cómo y por qué las personas se comportan del modo en que lo hacen cuando están sometidas a tensión”. Es relevante por tanto la afirmación de que “las llamadas ciencias sociales son aquellas que estudian al hombre en su dimensión social, y todas ellas tienen el mismo punto de partida: el concepto de hombre como ser social” (Fernández y Ponce de León, 2011, p. 222).

La aportación de la psicología permite al trabajador social entender la mente humana y cómo ésta se puede comportar en determinadas situaciones. La psicología nutre de contenido «psico» el posible caso social, entendiendo a la persona, grupo o comunidad como ser bio-psico-social (Fernández y Ponce de León, 2011, p. 226). También, la Terapia Gestalt toma “el campo bio-psico-social en su totalidad, incluyendo como parte básica la interacción organismo ambiente. La Terapia Gestalt utiliza variables fisiológicas, sociológicas, cognitivas y motivacionales” (Castanedo, 2001, p. 34).

#### **4. EL ENFOQUE HOLÍSTICO DE LA INTERVENCIÓN**

“El enfoque holístico del Trabajo Social es universal”, esta es una premisa contemplada en la definición de Trabajo Social, aprobada en 2014, por la Federación Internacional de Trabajo Social FITS (2014). Para dar contenido a la misma se sigue la aportación de Viscarret (2011, pp. 320-321), que concibe a las personas como seres que están en continuo desarrollo y evolución y destaca que el humanismo, “aporta una visión integradora, holística, del ser

humano, concibiendo a la persona como un todo en el que operan interrelaciones entre los factores físicos, emocionales, ideológicos y espirituales (...) ve en el ser humano un ser completo y tiene en cuenta cada aspecto y su influencia con el todo”.

Esta idea también está presente en la terapia gestalt, tal como lo expresa el mismo autor, al considerar el ser humano como “una totalidad que implica lo mental, lo corporal, lo emocional, lo social y hasta lo espiritual” (Viscarret, 2011, p. 323).

## **5. EL VÍNCULO TERAPÉUTICO/ALIANZA TERAPÉUTICA**

Cuando se comienza a investigar sobre un tema, la remisión a los orígenes es obligatoria. Así, Freud ya en 1913, como se cita en Jiménez (2005, p. 1), afirma que “el primer fin del tratamiento es siempre ligar al paciente a la cura y a la persona del médico (...) si le demostramos un serio interés, apartamos cuidadosamente las primeras resistencias y evitamos ciertas torpezas posibles, el paciente establece enseguida, espontáneamente, tal enlace (...) Freud insiste en que el terapeuta debe evitar cualquier actitud que no sea de simpatía y de cariñoso interés hacia su paciente”.

Existe amplia bibliografía que hace hincapié en la importancia de estos conceptos en los resultados de la Psicoterapia. Destaca el realizado por Corbella y Botella (2003, p. 205), relativo a la historia, investigación y evaluación de la alianza terapéutica, donde apuntan “que la calidad emocional y relacional del vínculo entre cliente y terapeuta es una parte imprescindible del éxito del proceso terapéutico” y resaltan a lo largo de su trabajo, que “resulta ser un aspecto determinante en la eficacia de la terapia”.

Corbella y Botella (2003, pp. 206-208), describen las aportaciones más significativas a nivel teórico, desarrolladas principalmente a lo largo del siglo XX, donde la principal protagonista es la Alianza terapéutica. Destacan el movimiento humanista, descrito por Rogers en los años 50, centrado en tres elementos que debe tener el terapeuta: ser simpático, congruente y aceptar

incondicionalmente al cliente; la aportación de Bordin, como uno de los autores más influyentes, que en 1976, afirma que la alianza es como el encaje y colaboración entre cliente y terapeuta, en relación a tres elementos: acuerdo en las tareas, vínculo positivo y acuerdo en los objetivos; o los planteamientos de Bowlby en 1988, que consideran la situación terapéutica como una nueva relación donde el cliente desarrolla la capacidad de formar una relación positiva con el terapeuta.

Corbella y Botella (2003), también refieren aportaciones más actuales, como las de Pizer en 1992; y Safran y Muran en el 2000, que se alejan de la concepción de la alianza como responsabilidad del terapeuta, y consideran que la negociación entre terapeuta y paciente sobre las tareas y objetivos, son un punto importante para el establecimiento de la alianza y el proceso de cambio, concluyendo que “la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta” (Corbella y Botella, 2003, p. 208), depositando así en ambos, la responsabilidad del éxito del vínculo y la relación terapéutica.

Como aportación novedosa señalar la de (Araneda, 2005, citada en Quezada, 2011, p. 133) que considera el vínculo terapeuta-paciente, como un encuentro significativo a través de la palabra y el lenguaje corporal, al señalar que “la contención, el sostén, la empatía, el acompañamiento, todos son procesos que tienen un componente corporal fundamental que se entrelaza con el proceso de atención, la percepción, la cognición y la conciencia”, y que luego se analizarán desde el campo social y la terapia gestalt.

Se concluye con la afirmación de que la alianza terapéutica es un elemento clave que "forja la eficacia de la psicoterapia (...) esto permite que él paciente escuche lo que le dice el terapeuta como algo creíble para él", así lo apunta Mas (2017), al afirmar que "la calidad de la alianza terapéutica es el predictor más consistente que se encuentra en los estudios de éxito, en los tratamientos psicoterapéuticos”.

## **6. LA TEORÍA DEL APEGO Y EL VÍNCULO DE BOWLBY**

El desarrollo de la teoría del apego y su relación con el vínculo está estrechamente unido al psicoanalista John Bowlby (1907-1990). “El término apego fue introducido por Bowlby (1958, 1969, en Bowlby, 1988), posteriormente estudiado por Ainsworth (1963, 1964, 1967, en Ainsworth, 1979) y es actualmente utilizado por los teóricos del desarrollo y del vínculo (Main, 1999)” (Repetur y Quezada, 2005, p. 4). Esto constata la relevancia de su teoría, que sigue perdurando y evolucionando en la actualidad, completadas por otros autores de diversos campos, incluido el Trabajo Social.

Bowlby, aporta que “el bebé y el niño debían experimentar una relación cálida, íntima y continúa con su madre (o un sustituto permanente de la madre) en la que ambos encontrasen satisfacción y disfrute” (Wallin, 2012, p. 40). Así, Fernández y Ponce de León (2012a, p. 51), afirman que “en los primeros meses de la vida, el aspecto más importante del desarrollo social es la formación del apego, entendido como un vínculo emocional positivo que se desarrolla entre un niño y una persona en especial”.

De esta forma Wallin (2012, p. 36) reconoce la necesidad evolutiva del apego del bebé, como una necesidad de carácter biológico “de mantener la proximidad física al cuidador; no solo para obtener seguridad emocional sino lograr su supervivencia” y Howe (1997, p. 70), llega a afirmar que “la principal función biológica del vínculo es la de garantizar que el niño vulnerable busque protección cuando se sienta angustiado”.

Tanto Bowlby, como Ainsworth, (citados por Repetur y Quezada, 2005, p. 4), afirman que ya en los inicios “los bebés despliegan conductas de apego tales como llorar, succionar, aplaudir, sonreír y aferrarse” y que cuando estos sistemas de respuesta citados “son activados y la figura materna no está disponible, aparece la ansiedad de separación, el comportamiento de protesta, la aflicción y la tristeza” (Bowlby, 1989 citado en Quezada, 2011, p. 128).

Por tanto, “la reacción de los padres lleva al desarrollo de patrones de apego y conducen a la construcción de modelos internos que guiarán las percepciones individuales, emociones y pensamientos del niño” (Bowlby, 2014, p. VII); que tras diferentes investigaciones realizadas por Bowlby, Ainsworth, Bretherton, Main, se concretan en cinco tipos de experiencias de vínculo, citadas y desarrolladas en Howe (1997): *Vínculos seguros, Vínculos inseguros y evitativos, Vínculos inseguros y ambivalentes o resistentes, Vínculos inseguros y desorganizados y Ausencia de vínculos.*

## **7. LA REPARACIÓN DEL APEGO Y EL VÍNCULO. APORTACIONES DESDE LA PSICOTERAPIA Y EL TRABAJO SOCIAL**

Bowlby afirma que en torno a los apegos íntimos con otros seres humanos, gira la vida de una persona, “no solo en la primera infancia sino durante la adolescencia, los años de madurez y la vejez” (Wallin, 2012, p. 38), y subraya que “los seres humanos de todas las edades son más felices y pueden desarrollar mejor sus capacidades cuando piensan que, tras ellos, hay una o más personas dignas de confianza que acudirán en su ayuda si surgen dificultades” (Bowlby, 2014, p.105). También Fernández y Ponce de León, (2012a, p. 53), resaltan que los apegos influyen durante toda la vida y “sientan las bases de las relaciones futuras con familiares, amigos, compañeros, parejas”.

Estas aportaciones no pretenden llevar a una postura pesimista, y así lo expone Wallin (2012, p. 23), cuando afirma que “si nuestros primeros vínculos han sido problemáticos, las relaciones posteriores pueden ofrecernos una oportunidad, y quizá el potencial de amar, sentir y reflexionar con la libertad que surge de un apego seguro. La psicoterapia aporta, idealmente, ese vínculo curativo”. Así, la función del terapeuta se asimila al de una madre, tal como fue descrito por el propio Bowlby, y señalado en Quezada (2011, p. 131), con las siguientes palabras:

*Al proporcionar a su paciente una base segura desde la cual explorar y expresar sus pensamientos y sentimientos, el papel del terapeuta es*

*análogo al de una madre que proporciona a su hijo una base segura desde la cual explorar el mundo. El terapeuta procura ser confiable, atento y comprensivamente sensible a las exploraciones de su paciente, y en la medida de lo posible, ver y sentir el mundo a través de la mirada de su paciente, es decir que procura mostrar empatía.*

Esta idea se complementa con la señalada por Mas (2017), al afirmar que la alianza terapéutica "permite que él paciente escuche lo que le dice el terapeuta como algo creíble para él", y ayuda a una regulación emocional del paciente "al igual que ocurre en los primeros años de la vida, (...) sería repetir ese proceso de maternaje".

También Howe (1997), describe el papel que desempeña el trabajo social, al tratar con personas, cuyas relaciones actuales están muy enraizadas con estilos relacionales adversos, acaecidos en la infancia. Propone que cuando se trabaja con personas y familias que muestran una imposibilidad para llevar a cabo tareas y compromisos, la postura del trabajador social sea, en vez de enojarse y decepcionarse, la de preguntarse por qué, y comprender lo que sucede, ya que de esta manera "es más probable que muestre paciencia y desarrolle prácticas humanas" (Howe, 1997, p. 240). Plantea desarrollar tres tipos de respuesta: la comprensión, el apoyo y la psicoterapia.

Fernández y Ponce de León (2012a, p. 54), también inciden en el papel clave a realizar por los Trabajadores Sociales. Parten de que todo el mundo necesita de apegos seguros que le proporcionen un vínculo afectivo tranquilizador y les permita desarrollar su capacidad de amar, sus aptitudes empáticas y de preocupación por las personas a las que uno quiere. Desde aquí "nace la importancia que adquieren los servicios sociales y la intervención de los trabajadores sociales con casos, para intentar solucionar problemas que terminan afectando al conjunto de la familia y la sociedad".

## 8. EL PODER SANADOR DEL VÍNCULO Y LA RELACIÓN

Yalom (2015, p. 481), destaca que la lección más importante que debe aprender un psicoterapeuta es que “lo que cura es la relación”, y De Barbieri (2005, p. 499), profundiza en esta premisa afirmando que “aunque la relación paciente-terapeuta, sea temporal, el encuentro genuino, la experiencia de la intimidad es permanente. Nunca podrá eliminarse. Quedará guardada para siempre como diría Frankl”.

Para Yalom (2015, p. 481), “la relación es la mercancía curativa (...) el verdadero agente del cambio”, y De Barbieri (2005, p. 3), la califica como crucial para el proceso de cambio y de transformación del paciente, afirmando que “es a través de ese vínculo que el paciente tiene la oportunidad de vivenciar un “vínculo sano”, un modelo de relacionamiento que quizá no ha vivido en toda su vida”. Así, “si se produce un encuentro verdadero, la persona «paciente» se lleva esta experiencia y la podrá extender para sus otros vínculos. Construir un vínculo sano le ayudará a reconocer su red de vínculos y poder actuar con sentido” (De Barbieri, 2005, p. 499).

Desde el campo social, destacar que Du Ranquet (2007, p. 2), apuesta por el método clínico del Trabajo Social, “que persigue tratamiento: cura” y Howe (1997, p. 241), hace hincapié en que la comprensión que está en marcha permite al trabajador social «estar con» el cliente y no darse por vencido. De esta forma “si abandona y rechaza a las personas exigentes y los casos difíciles, se comportará como cualquier otra persona con las que los clientes se han relacionado (...) *ser comprendido* también ayuda a los clientes a sentirse reconocidos y valorados”.

Por último, destacar la aportación de Cardona (2017), al resaltar que “una relación de ayuda basada en la alianza de ayuda construye un vínculo entre profesional y cliente. Ambos son importantes uno para otro, aprenden uno de otro, y este hecho en sí es lo que genera la confianza del cliente en una relación que promete ser constructiva” (Casement, 1989, citado en Cardona, 2017, p. 78).

## **9. LA CORRIENTE HUMANISTA-EXISTENCIALISTA-FENOMENOLÓGICA Y LOS ELEMENTOS DE LA TERAPIA CENTRADA EN LA PERSONA**

En la década de los cincuenta había dos escuelas ideológicas que dominaban la psicología académica. Yalom (2015), hace un análisis de cómo se van abriendo camino otros autores, entre los que cita a Carl Rogers, Abraham Maslow, Rollo May..., hasta que en 1962, hay una declaración formal que incorpora elementos novedosos:

*La psicología humanística se interesa primordialmente por aquellas capacidades y potencialidades humanas que no tienen un lugar sistematizado ni en la teoría conductista o positivista ni en la teoría psicoanalítica clásica: gratificación de las necesidades básicas, la autorrealización, los valores más altos, el ser, el convertirse, la espontaneidad, el juego, el humor, el afecto, la naturalidad, el calor, la transcendencia del yo, la objetividad, la autonomía, la responsabilidad, el juego limpio, la experiencia trascendental, la salud psicológica y otros conceptos afines (Yalom 2015, p. 32).*

Se completa lo anterior al afirmar que “tanto el humanismo, la fenomenología como el existencialismo «son modos de mirar la vida»” (Fernández 2011, p. 98) y que los tres modelos, “se podrían aglutinar en uno solo, porque sus ideas están conectadas” (Fernández y Ponce de León, 2012b, p. 274). También Payne (2016) resalta que son corrientes importantes, porque existen reputados humanistas y existencialistas que han destacado desde la práctica del Trabajo Social y otros campos afines. Señala las aportaciones de Carl Rogers y su terapia centrada en la persona, a Brandon y Keefe por sistemas de pensamiento como el zen y la meditación, y a Perls por la terapia gestalt.

Carl Rogers, destaca como principal autor del humanismo, así como su terapia centrada en la persona. Propone una visión del hombre como un organismo básicamente digno de confianza, que va hacia una realización constructiva de sus potencialidades inherentes y una tendencia natural a su desarrollo completo. Así el “objetivo no es resolver un problema particular



sino ayudar al individuo a crecer, de modo que él pueda hacer frente al actual problema y a problemas posteriores de una manera más integrada” (Rogers, 1980, p. 3). Afirma que existen tres elementos que favorecen un clima psicológico liberador del individuo para gobernar su vida: La genuinidad, autenticidad, congruencia; la aceptación positiva incondicional; y la comprensión empática.

## **10. ABORDAJE DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA DESDE EL TRABAJO SOCIAL**

“La alianza terapéutica es la noción que logra significar la mutua y armónica colaboración entre el usuario y el profesional del Trabajo Social. Una adecuada alianza terapéutica será aquella en la que haya un compromiso importante por ambas partes” (Idareta, 2013, p.11). Así, este autor agradece las investigaciones en este campo y los instrumentos de medición que considera imprescindibles para el Trabajo Social.

Se profundizará en los aspectos relacionados con el vínculo terapéutico desde la definición oficial de Trabajo Social, los elementos humanistas y terapéuticos de la relación de ayuda, la entrevista social y la ética, que pueden hacer que la intervención profesional sea más sanadora, facilite el darse cuenta y actúe como motor del cambio.

Se hace necesario situar desde qué práctica de Trabajo Social, y con qué objetivos, a fin de darle un sentido, que va más allá del momento de la relación interpersonal. Resulta oportuno indagar en la naturaleza, teorías y modelos del Trabajo Social; superar el asistencialismo y paternalismo, y considerar al ser humano desde la confianza en sus potencialidades, y la capacidad de ser personas más libres y autónomas.

*El trabajo social es una profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social. Respaldada por las teorías del trabajo social, las ciencias sociales, las humanidades y los*

*conocimientos indígenas, el trabajo social involucra a las personas y las estructuras para hacer frente a desafíos de la vida y aumentar el bienestar* (FITS, 2014).

En 2014 la Federación Internacional de Trabajo Social, aprueba una definición global de Trabajo Social, consensuada en Melbourne, que recoge los deberes, principios, conocimiento y práctica de esta disciplina, afirmando que “la práctica del Trabajo Social abarca una gama de actividades que incluyen diversas formas de terapia y asesoramiento, trabajo en grupo y comunitario” (FITS, 2014). Se entresacan así, aspectos de la misma que remiten a la importancia de la relación, al diálogo, el respeto..., y que facilitan la creación de un adecuado vínculo terapéutico: importancia de crear relaciones recíprocas; favorecer un conocimiento co-construido con los usuarios en un proceso interactivo dialogado; apoyar el trabajo “con” y no para las personas; intervenciones biopsicosociales; incrementar la esperanza, autoestima y el potencial creativo; enfoque holístico y universal; el compromiso de hacer realidad estos valores y una visión desde la responsabilidad colectiva.

No hay una definición única del Trabajo Social y “no hay un único Trabajo Social, ni una manera de ejercerlo”, según (Moreno, 1999 citado en Vázquez, 2011, p. 134). Este último autor, citando a Howe habla de la naturaleza del Trabajo Social, que va desde el enfoque reparador, que responsabiliza a las personas de las situaciones por las que atraviesan y el Trabajador Social actúa de experto que dice al cliente lo que tiene que hacer; hasta una perspectiva concientizadora que insta a que los trabajadores sociales aprovechen la escucha, la relación, la comunicación para que las personas descubran “los mecanismos de alienación que les afectan, puedan hacer frente a los mismos para ser mejores personas, más autónomas y libres” (Vázquez, 2011, p. 142). Esto conecta con dos elementos troncales de la profesión: “contacto, relación, comunicación con los usuarios con los que se interviene” (Vázquez, 2011, p. 143), y una actuación comprometida con la transformación social, ya sea a nivel individual o comunitario.

Du Ranquet (2007) parte de que el Trabajo Social no es una profesión estática y que desde 1950 se han desarrollado diferentes enfoques; Payne (2016) señala que las teorías están afectadas por múltiples factores, el cambio de las necesidades sociales, cambios políticos y jurídicos, así como por influencias culturales, y Viscarret (2011, p. 299) resalta que el Trabajo Social es una ciencia y actúa «escogiendo de entre los modelos posibles, aquellos que mejor se adapten empíricamente al fenómeno que se estudia», sin olvidar la experiencia acumulada. También se afirma que “«El modelo teórico no es una varita mágica que garantiza intervenciones exitosas, pero si permite pensar sobre lo que hace un trabajador social, (...) y, lo que es más importante, incorporar el bagaje práctico de cada profesional en las futuras actuaciones (...) ayudan a no perdernos, a poder percibir ordenadamente la realidad, a darle significado y, a partir de aquí, plantear acciones transformadoras»” (Navarro, 1997 citado por Viscarret, 2011, p. 341).

Al analizar la evolución histórica del Trabajo Social, se aprecian diferentes modelos con nexos comunes, que evolucionan y enriquecen la práctica profesional, resaltando la aportación de Castillejo (1997, p. 317), que sugiere como recomendación práctica señalada por Du Ranquet, la “utilización de una «combinación» de los modelos presentados, ya que ninguno de ellos se puede considerar como la panacea”.

Se destacan como aspectos comunes de las teorías del Trabajo Social: “el fortalecimiento de las ideas procedentes de las psicologías *humanistas* (...) un enfoque más interactivo, que se aleja del modelo catalítico del profesionalismo puro hacia un modelo de práctica mucho más abierto en el que los asistentes sociales participan con el cliente en una experiencia común de exploración y aprendizaje” (Payne, 2016, p. 312). Esto fundamenta la influencia de las corrientes humanistas, respecto a la relación de ayuda y el vínculo terapéutico, entendida como complemento e inspiración desde sus valores, más que como modelo exclusivo, o única opción metodológica,

## 10. 1. LOS ELEMENTOS HUMANISTAS Y TERAPÉUTICOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA EN LA PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL

*Los valores del Trabajo Social son principalmente humanistas, por este motivo, el modelo estará siempre presente en cualquier intervención individualizada, o podrá servir de complemento cuando se aplique cualquier otro modelo. El humanismo es la corriente filosófica que dota el máximo respeto a la persona, defendiendo el valor de las capacidades y potencialidades en cada una de ellas. Cada persona dispone de sus propios recursos para poder facilitar su autodesarrollo, autodirigirse, y resolver sus problemas (Fernández y Ponce de León, 2012b, p. 270).*

Desde estas premisas, recalcar la propuesta de, que “la gente tendría que ser preparada para utilizar el «poder personal», —que todos poseemos— en la consecución de sus objetivos”, y dar “más importancia al «aquí y ahora» que a los antecedentes de los problemas de los clientes” (Rogers, 1977, citado en Payne, 2016, p. 221).

El proceso terapéutico que propone Rogers implica entre otras: crear un clima de cordialidad, colaborar en tareas, mostrar las emociones, empoderamiento, crecimiento personal, una nueva manera de enfrentarse a los problemas, más creativa y autodidacta, y “establecer un vínculo terapéutico en el que la persona se sienta a gusto y pueda percibir que es escuchado y comprendido” (Gondra, 1975 citado en Fernández y Ponce de León, 2012b, p. 271). Para ello, la intervención social desde este modelo se basa en dos elementos imprescindibles: la empatía y la escucha activa, que se definen en el diccionario de Trabajo Social (Fernández, De Lorenzo y Vázquez, 2012 citado en Fernández y Ponce de León, 2012b, p. 272), de la siguiente manera:

***Empatía.*** Actitud que demuestra comprensión respecto al contenido latente manifiesto de la comunicación durante el proceso de atención. El trabajador social comprende de manera sensitiva los sentimientos y significados que las personas atribuyen a sus experiencias. Es un sentir

con las personas más que hacia las personas. Con la empatía el profesional logra entrar de forma imaginaria en la vida interna de quienes reciben su atención, poniéndose en el lugar del otro.

*Escucha activa.* Actitud que permite captar los mensajes que transmiten los usuarios a los que se atiende. El profesional muestra su interés en aquello que manifiestan, como una actitud de respeto por su individualidad y su capacidad de autodirección.

Hay otras premisas sólidas que ayudan a concretar esta visión humanista en el Trabajo Social. Así, desde la perspectiva de Lévinas, citado en Idareta (2013), se insta al Trabajador Social a relacionarse a través de la sensibilidad, desde una relación humanizante y humanizadora; Howe (1997, p. 14) afirma que “es la capacidad de tratar con otras personas lo que hace de nosotros seres humanos”; Idareta (2013, p. 11) establece que “la relación profesional mejora y se fortalece cuando el profesional acoge al usuario de forma sensible, cálida y empática. Cuanta mayor y mejor sea la fuerza del vínculo que se establece entre ambos, mayor será la probabilidad de originar un cambio en el usuario de forma no paternalista” y para Navarro (2016), tiene que ver en lo profundo con nuestra concepción del otro:

*Lo que muchas veces olvidamos es que el otro también nos mira y con ello puede hacer tambalear lo que creíamos era el sólido edificio de nuestras leyes, razones y seguridades. El otro al mirarnos nos cuestiona y pone en crisis todos los esquemas que hemos ido construyendo para clasificarlo, neutralizarlo y protegernos de él. Sólo hasta que empezamos a tomar en consideración esa mirada del otro, podremos incorporar otras formas de pensamiento y, a partir de ahí, otras formas de vinculación y diferentes prácticas sociales (Navarro, 2016, p. 10).*

Al profundizar en el concepto de la relación de ayuda, se pueden citar diferentes autores. Así, la aportación de Puig (2008, p. 14), considera la relación como un vehículo y cauce, de forma que “el vínculo que se establece

entre el trabajador social y el cliente es, en si mismo una fuente de ayuda y de beneficio, que permite al cliente desplegar una relación segura, de confianza y significativa en la que puede identificar sus problemas y entregarse a su resolución, a partir de una amplia comprensión de sus capacidades y recursos"; o la de Du Ranquet (2007, p. 63), que define al trabajador social como catalizador de lo que el cliente puede hacer, “\_a través de un proceso de relación cara-a-cara\_ (...). El fin es liberar la energía necesaria para conseguir un mejor funcionamiento de la voluntad”.

También Ituarte (2017), resalta que la relación que se establece entre el trabajador social y el cliente es el medio por el que se trata de llegar a la superación, o al alivio del malestar (que no es lo mismo que la resolución del problema), y afirma que:

*La relación se va creando poco a poco, en una tarea de construcción compartida con el cliente (co-construcción), a partir del primer encuentro, y para que pueda ser terapéutica requiere el establecimiento de un vínculo afectivo entre los participantes que permita al cliente adentrarse en la exploración de su situación, sintiéndose reconocido en su singularidad, razonablemente seguro, no juzgado sino aceptado, y validado en su experiencia personal (Ituarte, 2017, p. 34).*

Sobresale la aportación de (Escartín, Palomar y Suárez, 1997, p. 273), que defiende el rol terapéutico de los trabajadores sociales argumentando que “utilizamos procedimientos terapéuticos, aunque intervengamos en contextos asistenciales”, y enfatiza el valor psicoliberador al afirmar que la relación, trata de crear un contexto terapéutico favorable a que el individuo pueda liberar sus problema “y descargar sus emociones, lo que constituye la base fundamental para poder objetivar, analizar y buscar soluciones” (Escartín et al.,1997, p. 70). Respecto a ese contexto terapéutico, se sugiere no pretender que el usuario se adapte al sistema terapéutico, sino que “debemos captar el marco de referencia de la persona, reconocerlo y aceptarlo, funcionando según los esquemas establecidos de esta, para poder

incrementar el vínculo terapéutico y mejorar la intervención y los resultados” (Pubill, 2016, citado en Herrera 2017, p. 182).

Igualmente Fernández (2011, p. 38), afirma que la relación de apoyo que presta el Trabajador Social, es un “proceso rehabilitador y terapéutico de comunicación, (...) para favorecer la capacidad de autocomprensión personal del usuario en la resolución de una problemática concreta”; y también se destaca el carácter de proceso curativo que concibe “la relación como una interacción psico-afectiva y física de influencia recíproca”, siendo que “este intercambio modifica a las personas implicadas cuando se realiza con continuidad” (Darder y Vázquez, 1998 citado en Puig, 2008, p. 12).

Frente a estas aportaciones, es obligado señalar algunas reflexiones y retos apuntados por varios autores. Así Puig (2008), afirma que los recursos previstos por las políticas sociales, pueden eclipsar y distorsionar la visión profesional, cuando se convierten en la única razón de ser de los servicios sociales y de algunos trabajadores sociales, y plantea la necesidad de una “re-significación de los recursos”, de manera que “no descuide ni determine las posibilidades de la intervención ni sus instrumentos principales: la relación y el cambio” (Puig, 2008, p. 23). También se discute la gestión burocrática de las organizaciones y se considera que “son inadecuadas para representar el papel del Trabajo Social en toda su extensión” (England, 1986, citado en Payne, 2016 p. 223). En esta línea destacar la aportación reciente de Ituarte (2017, p. 35), al afirmar que construir ese vínculo imprescindible, no es una tarea sencilla debido a las políticas y reglas de funcionamiento de las instituciones, la falta de motivación al cambio de los clientes, y dificultades de los propios profesionales (constreñidos por las normas de las instituciones donde ejercen, o por sus propias inseguridades o carencias de formación), lo que plantea importantes desafíos a abordar desde el Trabajo Social.

“La entrevista es una técnica que se constituye como pieza angular de la intervención del trabajador social de casos” (Fernández, 2011, p.111). Tiene una “orientación terapéutica que motiva la superación de las problemáticas

sociales, como la adquisición de habilidades y competencias del usuario, capacitándolo para actuar de manera autónoma e independiente en su proyecto vital” (Fernández y Ponce de León 2012b, p.306), y se concibe como “«motor y motivador de cambio»” (Fernández, 2011, p. 113).

La entrevista se basa en los procesos de comunicación, y tiene una función eminentemente transformadora, que acompañará todo el proceso de apoyo al usuario. Se afirma que la relación actúa “más que como la suma de las partes, y que se va configurando y retroalimentando a través de un feedback de emociones, sentimientos y flujo de ideas entre ambos”, para culminar afirmando que “la entrevista adopta un carácter y finalidad terapéuticos, como una parte importante del proceso de ayuda, caracterizándose como arte y como ciencia”. (Escartín et al., 1997, pp. 149-150).

Fernández (2011, p.114), destaca que “en la primera entrevista, el trabajador social deberá ser especialmente cuidadoso, porque de ella dependerá en parte el éxito del trabajo profesional.” y (Escartín et al.,1997, p. 67), expresan que “el primer encuentro es crucial para la formación del sistema de acción (...) y lo que de ello derive”.

Du Ranquet (2007, pp.11-12), es explícita al afirmar que “crear una alianza, afiliarse, acomodarse, son las diferentes maneras que tiene un trabajador social de acercarse al cliente. La alianza es un proceso recíproco que implica al trabajador social y al cliente; gracias a esta alianza llegan a confiar uno en el otro, a aceptar el punto de vista del otro como algo válido y con sentido”. Hace hincapié en la necesidad de la entrevista familiar centrada en el aquí y el ahora, así como de la expresión y participación afectiva de todos, partiendo de que es “en esta entrevista familiar donde comienza a establecerse (...) la alianza terapéutica esencial para el cambio” (Du Ranquet, 2007, p.289).

Por último, destacar que no se puede negar el componente terapéutico, que conlleva la relación de ayuda a la que está llamada la práctica cotidiana del Trabajo Social, si bien es conveniente aludir a la existencia de una rama más



especializada a nivel profesional denominada Trabajo Social Clínico. Éste “reivindica la función terapéutica del Trabajo Social y trata de dotarse de los elementos necesarios para poder realizarla en la forma más científica y correcta posible, más útil por lo tanto para el “cliente”, sea una persona, una familia o un grupo pequeño” (Ituarte, 1992 citado en Gómez, 2015, p. 13).

En esta línea, Herrera (2017), hace una interesante aportación sobre el Trabajo Social Terapéutico desde la cartera de los Servicios Sociales Municipales, que pretende respaldar el papel del trabajador/a social dentro de esta intervención especializada y reclama la necesidad de “dar a conocer a nuestro propio gremio profesional y a otros profesionales la práctica de la psicoterapia desde el trabajo social” (p.185).

## **10.2. REFLEXIONES DESDE LA ÉTICA Y EL CÓDIGO DEONTOLÓGICO EN TRABAJO SOCIAL**

*Gran parte de las conquistas sociales han tenido como uno de sus motores una aspiración e inspiración ética. Esa pequeña, frágil y preciosa cualidad es una de las condiciones que hacen posible nuestra humanización (...) la ética debe ayudarnos a incrementar y saber disfrutar de la libertad. Es un bien que debe inspirar a toda persona, y en especial al buen profesional del Trabajo Social (...) debe enseñarnos a realizar elecciones más acertadas, a autogestionarnos, a ser más creativos, a liberarnos de los prejuicios, de las cadenas sociales y de las limitaciones personales (Cáceres, Cívicos, Hernández y Pujol, 2011, p.169).*

Esos “valores éticos de la profesión han ido evolucionando a lo largo del tiempo” (Fernández, 2011, p.39), y se concretan en los Códigos de Deontología. Este autor desarrolla detalladamente, los principios fundamentales, desde el Trabajo Social con casos: consideración individualizada, aceptación del usuario, autodeterminación, no enjuiciamiento del usuario, expresión de sentimientos y confidencialidad. Desde el planteamiento de este trabajo se quiere realzar la importancia y utilidad que estos principios representan como facilitadores del

establecimiento de un adecuado vínculo terapéutico, en el ejercicio profesional.

## **11. ABORDAJE DEL TEMA DESDE EL ENFOQUE DE LA TERAPIA DE LA GESTALT**

“En la psicoterapia gestáltica el vínculo terapéutico implica que el terapeuta y paciente se encuentren en un diálogo yo-tu. Este encuentro implica una forma de relación horizontal donde terapeuta y paciente, en un plano de igualdad, (...), asumen juntos la responsabilidad del proceso” (Perandones, 2013, p.71). Partiendo de esta premisa, se comenzará por citar algunos conceptos básicos de la terapia gestalt, que están muy entrelazados con esta idea, y así desgranar la importancia y experimentación desde el aquí y ahora, el darse cuenta, las emociones, el arte, la creatividad, el contacto, la comunicación..., y resaltar algunos elementos comunes con la práctica del Trabajo Social. Algunos de estos elementos son compartidos desde los valores humanistas, que ponen en conexión la relación de ayuda que se promueve desde el Trabajo Social, y relación dialogal que aporta la Terapia Gestalt, como ingredientes que favorecen la creación de un adecuado vínculo terapéutico.

Siguiendo a Viscarret (2011, p. 323), la terapia de la Gestalt, es un enfoque humanista de intervención desarrollado por el psicoanalista alemán Fritz Perls (1951), que contrario a la tradición psicoanalítica pura, plantea un modelo de intervención “para mejorar la consciencia de la persona sobre su estado físico, sus emociones y sus necesidades reprimidas (...) es una terapia vivencial (experimental)”, destacando nuevamente su visión holística, al considerar al ser humano como “una totalidad que implica lo mental, lo corporal, lo emocional, lo social y hasta lo espiritual”. Para Castanedo (2001), la gestalt, resulta de la confluencia del psicoanálisis, terapias psicocorporales de inspiración reichiana, el psicodrama, los enfoques fenomenológicos y existenciales y las filosofías orientales.

Se profundiza un poco más, con las palabras de Urraca (2008) y desde la aportación de la Asociación Española de Terapia Gestalt. Esta afirma que la

terapia gestalt tiene la influencia de los abordajes de la tradición fenomenológica-existencial europea y del movimiento norteamericano de la psicología humanista (Rogers, Maslow, Laing...). Destaca tres puntos novedosos: “1.- El concepto de “paciente”, que deja de ser considerado como un “enfermo incurable”. 2.- El terapeuta como la persona que enseña a aprender y acompaña en el proceso de autodescubrimiento, considerándose a sí mismo como instrumento. 3.- El proceso terapéutico como experiencia de contacto esencialmente fenomenológico-existencial” (Urraca, 2008, p. 28).

Al ahondar en estos tres apartados Urraca (2008), añade que:

- El paciente no viene a terapia para ser interpretado, sino a darse cuenta de lo que hace, de cómo lo hace, a descubrir sus objetivos y satisfacer sus necesidades; se concibe a la persona como totalidad, destacando su papel activo y responsable.
- El terapeuta no interpreta, sino que acompaña; es activo, atiende al darse cuenta en vez de las especulaciones, al aquí y ahora, en vez del allá y entonces, enseña a observarse y experimentar sus conductas, busca equilibrio entre apoyo y frustración.
- El terapeuta establece una relación horizontal, en la que ambos trabajan juntos, aunque el foco está en el paciente.

Así, el criterio de éxito terapéutico es el aumento de la capacidad de darse cuenta para poder vivir una vida acorde a sus capacidades y necesidades, de tal forma que el “foco del proceso terapéutico gira en torno a lo que el paciente hace, como lo hace y para que lo hace, solo así podrá producir cambios en su vida” (Urraca, 2008, p.29).

“El término Gestalt se toma de la psicología alemana (la teoría Gestalt). Designa una entidad de percepción, un todo, algo completo” (Petit, 2010, p.202). Ginger (2005), habla de la Teoría de la Gestalt, como Teoría de la forma, aunque lo considera algo más complejo, que no puede traducirse de forma exacta en ningún otro idioma. Así, “el verbo gestalten significa «formar, dar una estructura significativa». El resultado, la gestalt, es, pues, una forma *estructurada, completa y con sentido para nosotros*” (Ginger, 2005, p.21).

Esto conecta con el enfoque holístico y que la percepción debe hacerse desde un contexto global. La totalidad del rostro humano por ejemplo, no se reduce a la suma de los estímulos percibidos, el agua es algo más que hidrógeno y oxígeno y una sinfonía más que unas notas que se suceden. De esta manera, se entiende una de las premisas más importantes: “el todo es distinto de la suma de las partes” (Ginger, 2005, p.23).

“La terapia Gestalt comparte con otras psicoterapias existenciales la creencia en el encuentro interpersonal basado en el Yo-Tú y la relación terapéutica que se da en *el aquí y ahora*” (Castanedo, 2001, p.35); y como afirma Petit (2010, p. 87), “vivir en el “aquí y ahora” necesita un nuevo aprendizaje, sobre el que la Terapia Gestalt insiste de forma particular”. Así, siguiendo a (Yontef, 1995 citado en Urraca, 2008, p.32), se profundiza para aclarar bien este término que a veces produce cierta confusión:

*La revolución de la terapia gestáltica fue parte clave de un movimiento donde el aquí y ahora momentáneo era el punto focal para el trabajo del darse cuenta, el contacto y la creación de nuevas soluciones (...) el “ahora” comienza con el darse cuenta actual del paciente. Lo primero que ocurre no es la infancia, sino lo que se vivencia ahora, el darse cuenta ocurre ahora. Eventos previos pueden ser objeto del darse cuenta presente, pero el proceso de darse cuenta (por ejemplo recordar) es ahora.*

De esta manera “el terapeuta fomenta en el paciente la comprensión más profunda de su propio aquí y ahora y le facilita que encuentre sus propios elementos, para ampliar su consciencia y lograr el cambio” (Stange y Lecona, 2014, p.108).

Terminar afirmando que “el rol del terapeuta gestalt es el de participante-observador de la conducta en el aquí y ahora, y el de catalizador de las experiencias fenomenológicas del paciente” (Castanedo, 2001, p.74), entendiendo por fenomenología, “la búsqueda de la comprensión basada en

lo que es obvio o revelado por la situación (...) más que en la interpretación del observador” (Yontef, 1995 citado en Cuenca, 2007, p.31).

“El único «deber» (moral) en el encuentro psicoterapéutico, aceptado por la terapia gestalt, es que el individuo debe darse cuenta, estar alerta, tomar conciencia (los tres son sinónimos de la palabra inglesa awareness)” (Castanedo, 2001, p.37). Este darse cuenta “consiste en estar siempre atento al flujo permanente de sensaciones físicas, sentimientos, ideas, a la sucesión ininterrumpida de «figuras» que aparecen en el primer plano de nuestras preocupaciones” (Ginger, 2005, p.37). Incluso el estar atentos a las manifestaciones corporales de su cliente, posturas, movimientos, microgestos, respiración..., que desvelan procesos inconscientes, ya que “el cuerpo es a la vez *expresión personal* y lenguaje o *comunicación interpersonal*” (Ginger, 2005, p. 122).

De esta manera “el “darse cuenta” es un proceso a través del cual la persona establece la relación entre su interior y su exterior. A través del “darse cuenta” puede percibir qué es lo que está ocurriendo en su vida, la manera en que lo realiza y hacia dónde se dirige” (Stange y Lecona 2014, p. 109).

Esto entronca con la afirmación de que “la persona que se da cuenta, sabe qué hace, cómo lo hace. Sabe que tiene alternativas y elige ser como es” (Yontef, 1995, citado en Urraca, 2008, p. 31) y se complementa con la teoría paradójica del cambio de Beisser, al afirmar que “el cambio se produce cuando uno se convierte en lo que es, no cuando trata de convertirse en lo que no es” (Beisser, 2005, p.78).

Según Castanedo (2001), darse cuenta supone, un paciente activo y responsable que aprende a experimentar y realizar sus propias metas sirviéndose de sus propios esfuerzos, de forma que el trabajo a realizar para lograr el cambio, es responsabilidad de él mismo. El objetivo es lograr la madurez del cliente, que Perls define como “pasar de recibir soporte del medio ambiente a darse el propio soporte” (Castanedo, 2001, p.74).

“La Terapia Gestalt es un enfoque experimental en el sentido exacto del término: experi-mental, tal como dijeron Perls y colaboradores” (Castanedo, 2001, p.35). Se complementa esta idea al afirmar que Perls “no quiere «saber por qué» sino «experimentar el cómo» a través de puestas en acción metafóricas. La puesta en acción favorece la toma de conciencia, *el darse cuenta*, a través de una acción tangible «re-presentada» y experimentada en todas sus «polaridades»” (Ginger, 2005, p.178).

Por otra parte, el experimento es un instrumento metodológico básico, se dirige hacia el corazón de la resistencia y transforma la rigidez en un sistema elástico de apoyo. Así “el experimento es la piedra angular del aprendizaje por experiencia. Transforma el hablar acerca de algo en un hacer” (Zinker, 1977 citado en Urraca, 2008, p. 31).

Además Castanedo (2001, p. 36), realiza la experimentación como una actitud inherente a todo proceso gestáltico, y afirma que “en Terapia Gestalt la relación no es curativa, aunque el aprender a descubrir puede serlo”, y Perandones (2013, p. 71), plantea que no podemos hablar de cura, como en el modelo médico, ya que el objetivo último es “lograr que la persona pueda remover los obstáculos que impiden el desarrollo pleno de su ser y que, de esta forma, la persona se convierta en la mejor versión de si mismo”.

Para Ginger (2005), la gestalt combina, de manera original, métodos y técnicas verbales y no verbales, respiración, cuerpo, voz, expresión de la emoción, psicodrama, creatividad (dibujo, escultura, música, danza, etc.), y añade que lo esencial “no reside en sus técnicas sino en el espíritu general de la que procede y que las justifica” (Ginger, 2005, p.30), sin perder la premisa principal de que más que técnicas, “el terapeuta es su propio instrumento” (Polster y Polster, 1980 citados en Armas y Urraca, 2010a, p.4).

“Del mismo modo que las luces del tablero de mandos del automóvil se encienden e indican que ha subido la temperatura o queda poco combustible, cada emoción es una luz de tonalidad específica que se enciende e indica que existe un problema a resolver” (Levy, 2000 citado en Urraca, 2008, p.33). De

esta manera, aprender cual es el problema que detecta cada emoción, permite buscar el camino y concentrarse en su solución.

También Castanedo (2001 pp.37-38), afirma que los temores y mitos pueden ser experimentados en una situación terapéutica de seguridad y que si “se experimenta con la expresión verbal y directa de las emociones negativas del individuo, éste puede llegar a descubrir que hay situaciones en que tales conductas son gratificantes”. Esto conlleva creer “que las emociones son el problema... y no es así. Se convierten en problemas cuando no sabemos cómo aprovechar la información que brindan, cuando nos “enredamos” en ellas y nuestra ignorancia emocional las convierte en un problema más” (Levy, 2000 citado en Urraca, 2008, p. 33).

Desde el campo social, Fernández y Ponce de León (2012b, p. 55) argumentan que “sin emociones, estrechamente vinculadas al significado de la vida, la existencia sería monótona” y hacen una reflexión de la importancia de manejarlas por parte de los trabajadores sociales, al considerarlas como parte substancial de la conducta humana. También (Escartín et al., 1997, p. 274), hablan del proceso de ayuda, y afirman que “son las emociones las que van a presidir la relación entre el trabajador social y la familia (...) ayudando o dificultando el proceso terapéutico; en consecuencia, es esencial que el trabajador social amplíe su repertorio emocional, tanto a nivel de expresión de sentimientos como de captación del sentimiento del otro”, sin olvidar que “un buen terapeuta es un pescador de emociones (...), y que no basta con saber identificarlas, sino saber trabajarlas” (Sanjuán, 2016, citado en Herrera 2017, p. 183).

Finalizar con la afirmación de que “en terapia Gestalt se considera que la persona tiene en sí el germen para restablecer su equilibrio y bienestar permitiendo su sano desarrollo en una personalidad integrada, lo cual le permite enfrentar y superar situaciones adversas reestableciendo su homeostasis” (Stange y Lecona, 2014, p.107).

“La Gestalt, más allá de una terapia, se presenta como una verdadera *filosofía existencial*, como un «arte de vivir» en el auténtico contacto, una manera especial de concebir las relaciones entre las personas (...) la creatividad y la originalidad por encima de la normatividad o la «normalización» (Ginger, 2005, p. 27), y subraya el derecho a la diferencia y especificidad de cada cual al afirmar que “es el enfoque original personal de mi propia experiencia lo que hace mi dignidad humana” (Ginger, 2005, p.187).

Los principios fundamentales de la terapia Gestalt realzan la libertad de ser uno mismo, de expresarse de una forma activa y creativa y de enorgullecerse de “ser más un *arte* que una *ciencia*” (Ginger, 2005, p.187). Así, siguiendo a Castanedo (2001, p. 226), Cleveland se convierte en la primera obra que analiza la creatividad como un proceso creativo terapéutico donde el terapeuta “es una parte: se convierte en artista al tener como meta de la psicoterapia el modelaje de la existencia del ser humano”.

Esta idea se completa con la afirmación de que la creatividad del terapeuta radica en su disposición a acompañar el fluir espontáneo del paciente, de tal forma que la “condición indispensable para que exista un proceso creativo es: la transformación, la metamorfosis y el cambio” (Zinker, 1977 citado en Urraca, 2008, pp. 67-68).

Desde esta perspectiva, señalar que “el Trabajo Social se ha constituido desde sus orígenes como una profesión y una disciplina científica” (Fernández y Ponce de León, 2008 citados en Vázquez, 2011, p. 134) y matizan que autores más recientes aluden al concepto de «arte» como “las capacidades creativas que los profesionales desarrollan durante su vida profesional, para afrontar y adaptarse a la situación individual de cada caso”, aceptando también así, el derecho a la diferencia señalado por Ginger. Al hablar de influencias humanistas en el Trabajo Social, cabe mencionar autores que “opinan que el Trabajo Social hay que verlo como una empresa artística y no como una aplicación de las ciencias sociales” (England, 1986, citados por Payne, 2016, p. 222).



Por último, citar las palabras de Laura Perls, para la que no hay separación entre la Gestalt y la expresión artística y corporal: “«hay un punto sobre el que no me cansaré de insistir: el trabajo corporal es parte integrante de la terapia Gestalt. La Gestalt es una terapia holística, lo que significa que tiene en cuenta la totalidad del organismo y no solo la voz, la palabra, la acción o lo que sea»” (Ginger, 2005, p. 118).

“Cada acto de contactar es una totalidad formada de consciencia inmediata, respuesta motora y sentimiento” (Perls, Hefferline y Goodman, 2006, p. 43). Así, el primer contacto, un encuadre adecuado y una entrevista clínica eficaz, son claves “para iniciar a tejer un vínculo terapéutico y una adhesión al tratamiento que permita sentar unas bases adecuadas para el proceso de intervención” (Armas y Urraca 2010b, pp. 5-6).

Relacionar el contacto con los conceptos ya vistos, le dan otra dimensión: “entrar en contacto significa tomar conciencia de sí mismo, de las actitudes, del tipo de relación interpersonal que se mantiene con los otros (...) de lo que se es y cómo se es en «el aquí y ahora» (...) etapa indispensable en todo cambio” (Castanedo, 2001, p. 88). Y también cobran mayor sentido las palabras de (Perls et al., 2006, p. 231), cuando afirman que “el contacto debe ser una transformación creativa”; o que “todo contacto es el ajuste creativo entre el organismo y el entorno” (Perls et al., 2006, p. 9).

Según la aportación de Cuenca (2007, p. 30), “la finalidad de la relación en sí es la de provocar y favorecer una relación recíproca, en la cual terapeuta y paciente lleguen a encontrarse como dos personas maduras, y por lo tanto, ya no dependan mutuamente”. Se asemeja a la relación YO-TÚ, tan actual como a principios del siglo XX, de Martin Buber, citadas en Armas y Urraca (2010a, pp. 5-6), que destaca “la importancia del diálogo interpersonal para restablecer la capacidad en el ser humano de ser “humano””, y de que “el *Ser, la presencia*, es el verdadero curandero, el auténtico terapeuta”.

La relación dialogal es la forma que la terapia gestalt tiene de entender la relación terapéutica. Así, Urraca (2008) describe varios aspectos relevantes:

el terapeuta como conductor que guía al paciente en el diálogo consigo mismo, en la escucha de sus sentimientos y emociones y en su “darse cuenta”. Es entendido como diálogo genuino y forma de acceder al corazón de la persona, afirmando que necesitamos del reconocimiento del otro para ser realmente quien somos. Habla de una presencia del terapeuta, cara a cara, “viva y estimulante, honesta y directa” (Urraca 2008, p. 35).

Incidir también en la importancia de la comunicación, desde el Trabajo Social y la terapia gestalt. Así Fernández y Ponce de León (2012b, p. 204), subrayan su relevancia, porque el Trabajador Social, “deberá intercambiar información relativa a hechos, sentimientos, ideas, opiniones y emociones”; y Armas y Urraca (2010c, p. 4), realza que “la relación terapéutica cobra un especial interés, tanto en la observación de la comunicación verbal como no verbal. Saber como nos comunicamos es saber cómo nos relacionamos, pues comunicación y relación son dos caras de la misma moneda”.

Por último destacar, que la función del agente social, desde el enfoque gestáltico se centra en descubrir la necesidad de la persona y “la metodología se fundamenta en la relación dialogal y los experimentos vivenciales. La finalidad es facilitar el darse cuenta del usuario, incrementar su contacto, ampliar su punto de apoyo, mejorar sus ajustes creativos y consolidar su madurez y su integración” (Cuenca, 2007, p.33).

## **12. DISCUSIÓN**

A raíz de la información facilitada en los epígrafes anteriores es necesario reflexionar sobre cuatro aspectos clave, que procedemos a explicar a continuación.

## **12.1. EL VÍNCULO O ALIANZA TERAPÉUTICA ES UN ELEMENTO RELEVANTE QUE CONDICIONA EL ÉXITO DE LA INTERVENCIÓN**

Las aportaciones recogidas en la investigación, permiten realizar un breve recorrido histórico y conocer conceptos atribuidos al vínculo o alianza terapéutica. Ha sido un concepto muy estudiado, desde el campo de la psiquiatría y psicología por numerosos autores y destaca como elemento esencial en el desarrollo de la relación terapéutica.

Unos autores lo asimilan a las cualidades y habilidades del terapeuta; desde la actitud de simpatía y cariñoso interés de Freud, a las de simpatía, congruencia y aceptación, de Rogers. O el encaje de los tres elementos propuestos por (Bordin, 1976 citado en Corbella y Botella, 2003): tareas, vínculo positivo y acuerdo en objetivos; junto a la propuesta de Corbella y Botella (2003), que ponen el acento en la construcción conjunta entre cliente y terapeuta. Aportaciones más actuales apuntan a elementos que favorecen la alianza y el encuentro; como centrarse en el aquí y ahora (Kivlighan y Schmitz, 1992 citado en Corbella y Botella (2003); la palabra y el lenguaje corporal (Araneda, 2005 citada en Quezada, 2011); el considerarlo un elemento clave que forja la eficacia de la psicoterapia (Mas, 2017); y también las aportaciones realizadas desde la Terapia Gestalt, que resaltan el primer contacto y una entrevista clínica eficaz, como claves para iniciar a tejer un vínculo terapéutico (Armas y Urraca 2010 b); o el encuentro en un diálogo YO-TU, sugerida por Perandones (2013).

Desde el campo del Trabajo Social, aparecen diferentes aspectos relativos al vínculo o alianza terapéutica como facilitadores del proceso de trabajo: Escartín, et al. (1997), parte de un vínculo basado en la “confianza, aceptación y comprensión”; Du Ranquet (2007), como proceso recíproco de confianza, que supone aceptar el punto de vista del otro, como algo válido y con sentido; Puig (2008), como fuente de ayuda, confianza y relación segura; Idareta (2013) como concepto medible, que se fortalece con la acogida sensible, cálida y empática; Ituarte (2017) como vínculo afectivo que permite al cliente adentrarse en la exploración de su situación, sentirse reconocido en su singularidad y validado en su experiencia personal y Navarro (2016),

que plantea, dejarnos cuestionar con la “mirada del otro” y profundizar en “nuestra concepción del otro”, para desde ahí, entender y practicar el vínculo con este y orientar nuestra práctica

A fin de completar los resultados señalados, se aportan, otras investigaciones, que correlacionan el vínculo o alianza terapéutica, con el éxito, los resultados o la mejoría del tratamiento. Así, Corbella y Botella (2003), destacan las investigaciones realizadas por Horvath y Luborsky, en 1993, que encuentran que “la alianza terapéutica explicaba entre un 36% y un 57% de la varianza del resultado final de la terapia” (p. 207); o los de Orlinsky, Grave y Parks en 1994, que en un 66% de ellos, “mostraba una correlación significativa entre el vínculo terapéutico/cohesión y los resultados de los tratamientos” (p.210) y los de Anderson, Ogles y Weiss en 1999, que señalan la “creatividad” en las primeras sesiones, para mantener y evitar la ruptura de la alianza (p. 212).

Por último enfatizar la afirmación de que la calidad de la alianza terapéutica es el predictor más consistente que se encuentra en los estudios de éxito en los tratamientos psicoterapéuticos (Mas, 2017); confirmado también en la investigación realizada por Gómez (2015), cuando destaca “la empatía y capacidad de acompañamiento” (p. 42), en la obtención de resultados positivos, y “el nivel de implicación del cliente junto con una buena alianza terapéutica” (p. 55), como factores de éxito terapéutico; o la necesidad de captar el marco de referencia de la persona, para “incrementar el vínculo terapéutico y mejorar la intervención y los resultados”. (Pubill, 2016, citado en Herrera 2017).

De las aportaciones realizadas, se puede afirmar que el vínculo o alianza terapéutica, es un elemento especialmente estudiado desde el campo de la psicología y psiquiatría y citado como relevante por la mayoría de los autores; toma diferentes acepciones y juega un papel importante en el éxito del proceso terapéutico, como responsabilidad tanto del profesional como del cliente.

## **12.2. LA RELACIÓN TERAPÉUTICA ESTABLECIDA A TRAVÉS DE LA PSICOTERAPIA Y EL TRABAJO SOCIAL, ES UNA OPORTUNIDAD DE REPARACIÓN Y SANACIÓN DE LOS PRIMEROS VÍNCULOS**

De la investigación realizada sobre la teoría de apego desarrollada por Bowlby y otros autores (Ainsworth, Bretherton, Main...), se desprende la relevancia de sus aportaciones, que han sido reconocidas y completadas por otros autores, de diversos campos, incluido el trabajo social.

Según Bowlby (2014), es importante entender, que el primer vínculo fundamenta la seguridad del niño y la de toda su vida, tal como matiza Wallin (2012): su adolescencia, madurez y vejez. Y Corbella y Botella (2003), destacan los planteamientos de Bowlby en 1988, presentados anteriormente por Bibring en 1937 y Gitelson en 1962, que consideran la situación terapéutica como una nueva relación donde el cliente desarrolla la capacidad de formar una relación positiva con el terapeuta. Esto es reforzado por Wallin (2012) al afirmar que las relaciones posteriores pueden ofrecer la oportunidad de un apego seguro, de tal manera que la psicoterapia aporta, idealmente, ese vínculo curativo.

Bowlby asemeja la función del terapeuta al de una madre que proporciona una base segura; Quezada (2011), destaca la importancia de mostrar “empatía”, y Mas (2017), la describe como repetición del proceso de maternaje, donde el vínculo permite que el paciente escuche lo que le dice el terapeuta como algo creíble para él.

Destacan las aportaciones de Yalom (2015), que avalan el poder sanador del vínculo y la relación; el encuentro genuino que queda guardado para siempre, descrito por Frankl; la De Barbieri (2005), que concibe la relación personal paciente-terapeuta, como forma de vivenciar un “vínculo sano”; un modelo de relación que quizá no ha vivido en toda su vida, o la perspectiva de Lévinas que defiende que la relación profesional mejora y se fortalece cuando el profesional acoge al usuario de forma sensible, cálida y empática.

Son relevantes las aportaciones realizadas desde el campo social. Howe (1997), habla de fomentar tres tipos de respuesta: la comprensión, el apoyo y la psicoterapia y otras realzan la confianza y el papel del Trabajador Social. Así, Du Ranquet (2007), apuesta por la unión del trabajador social a la familia para ayudarla a reparar y modificar su funcionamiento y por el método clínico del Trabajo Social, que persigue tratamiento y cura; Fundación Tierra de Esperanza (2012), valora que el afecto y el cariño genera un vínculo genuino donde el joven va aprendiendo que puede confiar en las personas; Casement, citado en Cardona (2017), resalta que la alianza construye un vínculo que genera la confianza del cliente en una relación que promete ser constructiva y Fernández y Ponce de León (2012a), apuestan por la necesidad de los apegos seguros a cualquier edad, porque orientan la capacidad de amar; destacando el apoyo de los trabajadores sociales a los problemas que afectan a la familia y la sociedad.

Se completa la investigación, con ciertas matizaciones aportadas por el estudio de Botella y Corbella (2011), donde Bordin afirma “que una alianza positiva no es curativa por si misma” sino un ingrediente más del trabajo terapéutico (p. 21); y añade que la alianza terapéutica por si misma, “no explica el 100% de los resultados finales” (p. 31). Por otra parte, desde la Terapia Gestalt, Castanedo (2001) realiza el valor de la experimentación como lo que puede sanar; cuando afirma que la relación no es curativa, aunque el aprender a descubrir si puede serlo, y Perandones (2013), plantea que “no podemos hablar de cura”, como en el modelo médico, sino que el objetivo último, es que la persona se convierta en la mejor versión de sí mismo.

Se puede afirmar, que la teoría del apego de Bowlby y otros autores, resalta la influencia de los primeros vínculos en el bienestar de los niños y sus relaciones futuras y constata que el afecto, el cariño, la empatía y la importancia de la relación terapéutica proporcionada a través de la psicoterapia y la práctica del Trabajo Social, es una oportunidad de su reparación y sanación, con la salvedad de las matizaciones señaladas.

### **12.3. EXISTEN ELEMENTOS COMUNES EN LA PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL Y LA TERAPIA GESTALT, QUE FAVORECEN LA CREACIÓN DE UN ADECUADO VÍNCULO TERAPÉUTICO**

Encontrar estos elementos constituye el eje principal de este trabajo y remite al origen de las Ciencias Sociales, como algo vivo, en construcción; donde ambas disciplinas comparten la visión del ser humano como ser social y biopsicosocial y un enfoque integral y holístico que avala el principio de que “el todo es más que la suma de las partes”. Destaca el conocimiento co-construido, trabajo “con” las personas, potencial creativo, visión desde la responsabilidad colectiva..., que inspiran la definición y los principios éticos del Trabajo social y también son constitutivos de la Terapia Gestalt.

Otro punto de conexión aparece en el entramado de teorías y corrientes psicológicas desarrolladas a lo largo del siglo XX, a la par que las diversas teorías y modelos del trabajo social, y donde la influencia principalmente del humanismo, y también del existencialismo y la fenomenología, se hace presente en el Trabajo Social y sobretodo en la Terapia Gestalt, actuando así, como un gran eje transversal:

- Los valores del Trabajo Social son principalmente humanistas. Este modelo estará siempre presente, o puede servir de complemento a otros: Howe (1997) afirma que la capacidad de tratar con otras personas “hace de nosotros seres humanos” e instan al Trabajador Social a una relación humanizante y humanizadora, según la perspectiva de Lévinas, citada por Idareta (2013).
- Se repiten los principios de la terapia centrada en la persona, de Rogers: horizontalidad, igualdad y cooperación para el cambio; y los que avivan la capacidad del individuo para comprender y gobernar su vida: genuinidad, autenticidad y congruencia; aceptación positiva incondicional y comprensión empática. En la misma línea Gondra, citado por Fernández y Ponce de León (2012b), resalta las características de este proceso terapéutico: clima de cordialidad, colaborar en tareas, emociones desde lo vivencial, crecimiento

personal, nueva percepción y manera de enfrentarse a los problemas, creatividad, empoderamiento, y establecer un vínculo terapéutico en el que la persona se sienta a gusto y pueda percibir que es escuchado y comprendido.

Los elementos humanistas conectan también, con el carácter curativo y sanador de la relación, mencionada con anterioridad, y permiten identificar los elementos terapéuticos presentes en la relación de ayuda que promueve el Trabajo Social, y la relación dialogal que aporta la Terapia Gestalt; de forma que ambos se relacionan y actúan como ingredientes facilitadores del vínculo terapéutico:

- Desde el Trabajo Social, y siguiendo a Idareta (2013), el vínculo terapéutico implica “mutua y armónica colaboración” entre el usuario y el Trabajador Social, y supone un “compromiso importante por ambas partes” y Du Ranquet (2007) hace hincapié en la entrevista familiar centrada en el aquí y el ahora, como facilitadora de la alianza. También destaca el papel de la relación: Payne (2016) la concibe como el principal instrumento de servicio al cliente; Puig (2008), como “vehículo y cauce”; Fernández (2011), la asimila a un proceso rehabilitador y terapéutico de comunicación; Ituarte (2017) como medio para llegar al alivio del malestar, a través de una “construcción compartida con el cliente (co-construcción)” y Escartín, et al. (1997), realza que la relación actúa más que como la suma de las partes.
- Se rescata el componente terapéutico y del vínculo propios de la relación de ayuda reivindicados por Du Ranquet (2007), cuando se habla del proceso “cara-a-cara” y del trabajador social como “catalizador”; cuando Escartín, et al. (1997), defienden el “rol de terapeuta” y “psicoliberador” de los trabajadores sociales; cuando Ituarte, citado por Gómez (2015), reclama la posición de “escucha”, y “aprendizaje” del Trabajador Social, o cuando Howe (1997), afirma que “se utilizan procedimientos terapéuticos, aunque se intervenga en contextos asistenciales”.



- Desde la Psicoterapia Gestáltica el “vínculo terapéutico implica que terapeuta y paciente se encuentran en un diálogo yo-tu”, desde una relación horizontal y corresponsabilidad en el proceso (Perandones, 2013); y determinan el primer contacto y una entrevista clínica eficaz, como claves para tejer un vínculo terapéutico (Armas y Urraca 2010 b). Se concibe al terapeuta como su propio instrumento (Polster y Polster, citados por Armas y Urraca, 2010a); o “catalizador” de las experiencias fenomenológicas del paciente (Castanedo, 2001). El contacto es “transformación creativa” (Perls et al., 2006); se asimila al “arte de vivir” según Ginger (2005), y se concibe la relación dialogal, como forma de entender la relación terapéutica, desde la escucha, el diálogo genuino, o la presencia a través de la empatía (Urraca, 2008).

Desde la práctica del Trabajo Social, Escartín, et al. (1997), indican que las emociones presiden la relación y que “es esencial que el trabajador social amplíe su repertorio emocional”; Fernández y Ponce de León (2012b), conciben las emociones como relevantes para crear vínculos y Sanjuán, citado en Herrera (2017) define a un buen terapeuta como “un pescador de emociones”, subrayando que no basta con saber identificarlas, sino saber trabajarlas. Desde la terapia Gestalt se afirma que “*cada emoción es una luz de tonalidad específica que se enciende e indica que existe un problema a resolver*” (Levy citado en Urraca, 2008), y Castanedo (2001), realiza la gratificación que puede resultar de expresar incluso las emociones negativas.

Desde el Trabajo Social Escartín et al. (1997), concibe la entrevista como arte y como ciencia; Fernández y Ponce de León, citados en Vázquez (2011), rescatan de autores recientes el concepto de «arte» para definir las capacidades creativas de los trabajadores sociales al “afrontar y adaptarse” a la situación de cada caso, y England, citado por Payne (2016) afirma que “el trabajo social hay que verlo como una empresa artística”. Por otra parte, la Gestalt se enorgullece de ser más “un *arte* que una *ciencia*” (Ginger, 2005) y ve la creatividad como proceso terapéutico; el terapeuta se convierte en

artista al tener como meta “el modelaje de la existencia del ser humano” (Cleveland, citado por Castanedo, 2001).

Señalar algunas discrepancias respecto al modelo humanista: Así, Payne (2016, p. 235), indica la falta de directividad del trabajador social, y matiza que aunque las relaciones empáticas, valorativas y genuinas no son suficientes para que la terapia sea efectiva, “son necesarias para el éxito terapéutico” y Castanedo (2001, p. 74), hace alusión a que en la Terapia Gestalt el terapeuta no está pasivo como en “la terapia rogeriana clásica”.

En conclusión cabe afirmar la existencia de múltiples elementos comunes que derivan del concepto del Ser Humano, de la confluencia de diversas teorías y modelos y principalmente de los valores humanistas, que resaltan el componente terapéutico vigente tanto en la relación de ayuda abordada desde el trabajo social, como en la relación dialogal presente en la terapia gestalt. Estos elementos legitiman el uso de este término en ambas disciplinas y actúan como facilitadores de la creación de un adecuado vínculo terapéutico, con la salvedad de las discrepancias señaladas.

#### **12.4. EL ESTABLECIMIENTO DE UN ADECUADO VÍNCULO TERAPÉUTICO EN LA PRÁCTICA DEL TRABAJO SOCIAL Y LA TERAPIA GESTALT, FACILITA EL PROCESO DE DARSE CUENTA Y CONSTITUYE UN FACTOR DE MOTIVACIÓN AL CAMBIO**

La confirmación de esta hipótesis, supone rescatar aportaciones relativas al darse cuenta y al cambio en el contexto de la relación terapéutica, donde se produce el vínculo y ponerlas en relación entre sí y con otras variables, desde la perspectiva del Trabajo Social y la Terapia Gestalt. Cobran sentido las aportaciones de Pizer, Safran y Muran citados por Corbella y Botella (2003), de que la negociación entre terapeuta y paciente es importante para establecer la alianza y el proceso de cambio, y la contribución de Rogers (2015) que además de autenticidad, aceptación y empatía como elementos que favorecen el cambio terapéutico, sugiere que la escucha al cliente, despierta su capacidad de escucharse, aceptarse y emprender el “proceso de llegar a ser”.

Desde la perspectiva del Trabajo Social, comenzar por señalar que desde Fits (2014), se describe como profesión que promueve el cambio y el desarrollo social; Du Ranquet (2007), la concibe como método que persigue un tratamiento: “cura, prevención, promoción y mejora social” y Vázquez (2011), citando a Howe, invita a que se aprovechen “la escucha, la relación, la comunicación”, y se descubran los mecanismos de alienación para ser mejores personas, “más autónomas y libres”, desde una actuación comprometida con la transformación social.

Se destaca también la corresponsabilidad de terapeuta y cliente y el contexto de la relación de ayuda necesaria para el cambio: así, Payne (2016) afirma que “la efectividad de la relación sirve para propiciar un cambio en la vida de la gente”; Du Ranquet (2007) que “el fin es liberar la energía necesaria para conseguir un mejor funcionamiento de la voluntad”; Escartín et al. (1997), hablan de crear un contexto favorable para que el individuo pueda liberar sus problemas; objetivar, analizar y buscar soluciones; Puig (2008), señala que la comprensión de sus capacidades y recursos permite al cliente “identificar sus problemas y entregarse a su resolución” y Fernández (2011) que conlleva incentivar la capacidad de la persona para movilizar la posibilidad de un cambio. También se acentúa el papel de la entrevista, que se concibe como “«motor y motivador de cambio»” (Fernández, 2011); como función eminentemente transformadora (Escartín et al., 1997) y el comienzo de la alianza terapéutica esencial para el cambio (Du Ranquet, 2007).

Desde la Terapia Gestalt, Urraca (2008), apunta como criterio de éxito, el aumento de la capacidad de darse cuenta, como único medio para poder “producir cambios en su vida”, entendiendo esta idea desde la teoría paradójica del cambio, de Beisser (2005), que postula que en realidad “el cambio se produce cuando uno se convierte en lo que es, no cuando trata de convertirse en lo que no es”.

Existe relación entre darse cuenta y cambio, con otros elementos: Castanedo (2001), concibe entrar en contacto como tomar conciencia de sí mismo, en el «el aquí y ahora» y como etapa indispensable en todo cambio y Zinker, citado

por Urraca (2008), afirma que la creatividad del terapeuta facilita el darse cuenta, siendo que la “transformación, la metamorfosis y el cambio” es condición indispensable para el proceso creativo.

Diferentes aportaciones aluden al papel activo del terapeuta y del paciente en el proceso de darse cuenta y cambio. Así, Urraca (2008), resalta que el terapeuta acompaña y atiende en el darse cuenta, en el aquí y ahora, buscando el equilibrio; Stange y Lecona (2014), que fomenta la comprensión más profunda de su propio aquí y ahora y “facilita que encuentre sus propios elementos para ampliar su consciencia y lograr el cambio”; y Perandones (2013), habla de colaborar con la persona, “echar luz” sobre el cómo y el para qué de su funcionamiento y desde allí, apuntar al cambio; para sentirse empoderada y dueña de su propia existencia.

Respecto al paciente, Perandones (2013), resalta que “las respuestas están dentro del propio paciente” y que “el poder de lograr el cambio siempre está en ellos”. Castanedo (2001) señala que el paciente aprende a experimentar y observar, realizar sus propias metas con su esfuerzo, de forma que “el trabajo a realizar para lograr el cambio, es responsabilidad de él mismo”. Así, el objetivo de la terapia gestalt es lograr la madurez del cliente, que Perls define como “pasar de recibir soporte del medio ambiente a darse el propio soporte” (Castanedo, 2001).

Por último realzar algunas aportaciones más reivindicativas desde el Trabajo Social: Puig (2008) apunta la necesidad de una “re-significación de los recursos”, que impidan eclipsar y distorsionar la visión profesional, de manera que no descuide “la relación y el cambio” e Idareta (2013), parte de la premisa de que cuanto mayor y mejor sea la fuerza del vínculo que se establece entre el Trabajador Social y el usuario, “mayor será la probabilidad de originar un cambio de forma no paternalista”.

Estas contribuciones sostienen la hipótesis planteada, que queda más afianzada con la investigación de Gómez (2015, p. 52), sobre la intervención terapéutica desde el Trabajo Social, donde concluye de forma rotunda que “el vínculo profesional es un factor de motivación al cambio”.

### **13. CONCLUSIONES**

La investigación destaca como eje principal, la visión común por parte del Trabajo Social y la Terapia Gestalt, del ser humano como ser social, biopsicosocial y un enfoque holístico. Acentúa la influencia de las ciencias sociales entre sí, y de las diversas corrientes psicológicas y teorías del Trabajo social, a modo de fusión y enriquecimiento; destacando como un gran eje transversal, el predominio del humanismo en los cimientos de ambas disciplinas.

El análisis histórico del vínculo o alianza terapéutica, permite concluir que es un concepto principalmente estudiado, desde el campo de la psiquiatría y la psicología y considerado relevante por los autores citados; desde Freud hasta los más contemporáneos, incluidos algunos que lo hacen desde el Trabajo Social.

Es un término que toma diferentes acepciones y similitudes; empatía, confianza, acto de contactar, relación segura, colaboración y compromiso, y donde los ingredientes de simpatía, congruencia y aceptación señalados por Rogers, facilitan el vínculo o alianza terapéutica y destacan por su reconocimiento e influencia posterior en el Trabajo Social y la Terapia Gestalt.

Destacan numerosas investigaciones realizadas por diferentes autores que correlacionan positivamente la calidad de la alianza o el vínculo, con la eficacia y el éxito del proceso terapéutico, entendido fundamentalmente como responsabilidad mutua del profesional y el cliente.

El análisis de la teoría del apego desarrollada por Bowlby y otros autores, destaca la importancia del establecimiento de un vínculo emocional positivo en la primera infancia, principalmente con la figura materna; lo que fundamenta la seguridad del niño y sienta las bases de las relaciones futuras de la persona a lo largo de toda su vida.

Existen diferentes aportaciones que valoran el poder sanador del vínculo y la relación, y consideran la psicoterapia y la práctica del Trabajo Social como una nueva oportunidad de vivenciar un vínculo sano. Cuando el profesional acoge al usuario de forma sensible, cálida y empática, proporciona un vínculo genuino y la persona se siente reconocida. Eso despierta su capacidad de amar y de extenderla a otros vínculos, lo que redundará positivamente en el conjunto de la familia y la sociedad. La relación terapéutica, aporta idealmente, un vínculo curativo, que algunos autores asimilan a la repetición del proceso de maternaje.

Otros autores matizan que una alianza positiva no es curativa por sí misma, sino un ingrediente más del trabajo terapéutico. Así, desde la terapia Gestalt se realza el valor de la “experimentación”, como lo que puede sanar. Se rechaza hablar de “cura” como en el modelo médico y se apuesta como objetivo último, que la persona “se convierta en la mejor versión de sí mismo”. En la práctica del Trabajo Social y la Terapia Gestalt, constan elementos comunes, que resaltan el carácter terapéutico del vínculo y la relación, las emociones, el arte, la creatividad..., presentes en la relación de ayuda que promueve el Trabajo Social, y la relación dialogal que aporta la Terapia Gestalt, incorporando el aporte de la entrevista social centrada en el aquí y ahora; como inicio de la alianza necesaria para el cambio y como “motor y motivador de cambio”.

El Trabajo Social es una profesión que busca la promoción y la mejora social y concibe la función del trabajador social alejada del “experto” que dice al cliente lo que tiene que hacer. Cuestiona la gestión burocrática propia de los organismos públicos al no representar el papel del Trabajo Social en toda su extensión. Defiende el “rol de terapeuta de los trabajadores sociales”, que va más allá de la gestión de recursos y reivindica una “re-significación de los recursos” previstos en las políticas sociales que impidan eclipsar y distorsionar la visión profesional, de forma que no descuide sus instrumentos principales: “la relación y el cambio”.

La Terapia Gestalt, defiende que el darse cuenta de lo que la persona hace, como lo hace y para que lo hace, es lo que puede producir cambios en su vida; entendiendo estos conceptos desde la teoría paradójica del cambio de Beisser, que afirma que “el cambio se produce cuando uno se convierte en lo que es, no cuando trata de convertirse en lo que no es”.

El proceso del darse cuenta como facilitador del cambio, conlleva un papel activo y responsable del terapeuta y del paciente. Así, el Trabajo Social cree que la efectividad de la relación y la fuerza del vínculo propician el cambio, facilita la comprensión de la capacidad para buscar soluciones y promueve un cambio no paternalista. Y la Terapia Gestalt defiende que el poder de lograr el cambio está en la persona; que el terapeuta acompaña, facilita la comprensión para ampliar la consciencia; y que la persona es dueña de su existencia, puede lograr su madurez y pasar de recibir a darse autoapoyo. Se considera que los resultados y conclusiones señaladas legitiman el uso del término vínculo o alianza terapéutica y avalan la importancia del mismo en la práctica del Trabajo Social y la Terapia Gestalt. También demandan mayor presencia de los mismos, en los manuales y libros de Trabajo Social, y resaltar con más énfasis la importancia del mismo, en la práctica profesional. Se constata también, el aporte que el vínculo terapéutico y la Terapia Gestalt pueden proporcionar en la práctica del Trabajo social.

Por último, señalar que este trabajo ha permitido cubrir buena parte de las motivaciones personales; ir a los orígenes para obtener una visión más clara y auténtica de la profesión y mirar en la propia experiencia para dar más sentido a la praxis que se quiere priorizar. Ha supuesto un mayor entendimiento del ser humano y un beneficio terapéutico; una llamada a recuperar la esencia del vínculo y la relación; la importancia del contacto y la presencia desde un diálogo genuino con otro ser humano, reavivando los valores más auténticos de la profesión. Reclama una llamada al equilibrio, a tomar una distancia sana y refrescar la corresponsabilidad en el proceso; a no perder la ilusión y seguir reivindicando, aún en medio de tanta burocracia, asistencialismo y gestión, que en los momentos de encuentro con el otro,

somos dueños de lo que podamos construir juntos, haciéndonos eco de lo expresado por Navarro (2016), al afirmar que:

*Conseguir salvarnos pasa, indefectiblemente, por recuperar lo relacional, por hacer lo más radical: ir a la raíz (en el sentido etimológico del término radical), retornar a la esencia del trabajo social, a lo humano, al vínculo, a la emoción y a lo vivencial, a la experiencia que nos pone en juego ante el otro, elementos todos ellos que pueden y deben caminar de la mano de lo riguroso y lo eficaz. Y para afrontar tan apasionante aventura, nada a mi juicio más importante que aplicarnos en aprender un saber nuevo; el de la caricia, el del arte del tacto en el contacto. Porque detrás de este duro invierno debemos hacer posible que llegue al trabajo social una primavera eterna, un tiempo de renacer constantemente, de volver a vibrar con nuestro trabajo, de alumbrar algo nuevo y de hacer relato de ello. Así pues, desentumescamos nuestras alas, levantemos el vuelo como aves nómadas que planean alto sobre lagos helados, dejándolos atrás, rumbo hacia lugares más cálidos (Navarro, 2016, p. 2).*

#### 14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Armas, M. J., y Urraca, L. (Dirs). (2010a). *Empatía y Escucha. Relación Dialogal*. (Material no publicado). Las Palmas: Instituto Gestalt de Canarias.

Armas, M. J., y Urraca, L. (Dirs). (2010b). *Entrevista y encuadre. Test de psicodiagnóstico Gestalt de Salama*. (Material no publicado). Las Palmas: Instituto Gestalt de Canarias.

Armas, M. J., y Urraca, L. (Dirs). (2010c). *La comunicación en la relación terapéutica*. (Material no publicado). Las Palmas: Instituto Gestalt de Canarias.

Beisser, A.R. (2005). La teoría paradójica del cambio. En J. Fagan y I.L. Shepherd (Comp.), *Teoría y técnica de la psicoterapia gestáltica* (pp. 78-81). Madrid: Amorrortu editores España S.L.



- Botella, L., y Corbella, S. (2011). La alianza terapéutica evaluada por el paciente y mejora sintomática a lo largo del proceso terapéutico. *Boletín de Psicología*, 101, 21-33. Recuperado de <https://www.uv.es/seoanel/boletin/previos/N101-2.pdf>
- Bowlby, J. (2014). *Vínculos afectivos: formación desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata.
- Castanedo, C. (2001). *Terapia Gestalt. Enfoque centrado en el aquí y en el ahora*. Barcelona: Herder Editorial.
- Castillejo, M.C. (1997). Los modelos en Trabajo Social. Intervención con personas y familias. *Cuadernos de Trabajo Social*, 10,314-317. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/download/CUTS9797110314A/8337>
- Cáceres, C., Cívicos, J., Hernández, M., y Puyol, B. (2011). La ética del Trabajo Social. En T. Fernández (Coord.), *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 161-187). Madrid: Alianza Editorial.
- Cardona, J. (2017). La construcción del contexto de intervención profesional. En A. Ituarte (Coor.), *Prácticas del Trabajo Social Clínico* (pp. 67-86). Valencia: Nau Llibres.
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Revista Anales de Psicología*, 9(2), 205-221. Recuperado de [http://www.um.es/analesps/v19/v19\\_2/04-19\\_2.pdf](http://www.um.es/analesps/v19/v19_2/04-19_2.pdf)
- Cuenca, F. (2007). El enfoque Gestalt en los Servicios Sociales. *Informació Psicològica*, 89. Recuperado de <http://www.informaciopsicologica.info/OJSmottif/index.php/leonardo/article/download/284/237>
- De Barbieri, A. (2005). Logoterapia: lo que cura es el vínculo. *Revista Miscelania Comillas*, 63(123), 497-509. Recuperado de <http://revistas.upcomillas.es/index.php/miscelaneacomillas/article/viewFile/6547/6357>
- Du Ranquet, M. (2007). *Los modelos en Trabajo Social: Intervención con personas y familias*. Madrid: Siglo XXI de España Editores
- Escartín, J., Palomar, M. y Suárez, S. (1997). *Introducción al Trabajo Social II. (Trabajo Social con Individuos y familias)*. Alicante: Editorial AGUACLARA.
- Fernández, T. (Coord.) (2011). *Trabajo Social con Casos*. Madrid: Alianza Editorial.

- Fernández, T., y Ponce de León, L. (2011). Contribuciones de las ciencias sociales al Trabajo social. En T. Fernández (Coord.), *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 221-247). Madrid: Alianza Editorial.
- Fernández, T., y Ponce de León, L. (2012a). *Trabajo Social con Familias*. Madrid: Ediciones Académicas.
- Fernández, T., y Ponce de León, L. (2012b). *Trabajo Social Individualizado: Metodología de Intervención*. Madrid: Ediciones Académicas.
- FITS. (2014). *Definición de Trabajo Social*. Recuperado de <http://ifsw.org/propuesta-de-definicion-global-del-trabajo-social/>
- Fundación Tierra de Esperanza (2012, septiembre). *Intervención comunitaria y generación de vínculo terapéutico con jóvenes en riesgo social* [video]. Recuperado de <https://youtu.be/a2PfqXVmC3o>
- Ginger, S. (2005). *Gestalt el arte del contacto*. Barcelona: RBA Integral.
- Gómez, C. (2015). *La intervención terapéutica desde el Trabajo Social*. (Trabajo Fin de Grado). Universidad de La Laguna, La Laguna. Recuperado de <http://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/2484/La%20intervencion%20terapeutica%20desde%20el%20Trabajo%20Social.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Herrera, J. (2017). El trabajo social psicoterapéutico en la cartera de los Servicios Sociales Municipales. En A. Ituarte (Coor.), *Prácticas del Trabajo Social Clínico* (pp. 169-190). Valencia: Nau Llibres.
- Howe, D. (1997). *La teoría del vínculo afectivo para la práctica del Trabajo Social*. Barcelona: Paidós
- Idareta, F. (2013). Ética y alianza terapéutica en Trabajo Social. *Revista Portularia*, 13(2). doi:<http://dx.doi.org/10.5218/prts.2013.0013>
- Ituarte, A (2017). Actualidad y pertinencia del Trabajo Social Clínico. En A. Ituarte (Coor.), *Prácticas del Trabajo Social Clínico* (pp. 19-43). Valencia: Nau Llibres.
- Jiménez, J. P. (2005). El vínculo, las intervenciones técnicas y el cambio terapéutico en terapia psicoanalítica. *Revista aperturas psicoanalíticas*, 20. Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=341>
- Mas, J. (2017). *Alianza terapéutica y confianza epistémica*. Serie Psicología en Radio 3 (Programa de Radio UNED). Recuperado de <https://canal.uned.es/mmobj/index/id/54272>

- Navarro, S. (2016). Sobre el tacto en el contacto: por un saber de la caricia en el Trabajo Social. Ponencia presentada en III Congreso Internacional de Trabajo Social. *Trabajo Social: arte para generar vínculos*. Donostia, España. Recuperado de [http://www.rayuelacreactiva.com/images/stories/pdf/tacto\\_contacto.pdf](http://www.rayuelacreactiva.com/images/stories/pdf/tacto_contacto.pdf)
- Payne, M.(2016). *Teorías contemporáneas del Trabajo Social*. Barcelona: Paidós.
- Perandones, R. (2013). El vínculo terapéutico en el enfoque gestáltico. *Revista Opción Médica*, 36, 70-73, Recuperado de <http://www.opcionmedica.com.uy/index.php/biblioteca/ediciones/129-edicion36>
- Petit, M. (2010). *La terapia Gestalt*. Barcelona: Editorial Kairós
- Perls, F., Hefferline, R., y Goodman P. (2006 ). *Terapia Gestalt. Excitación y crecimiento de la personalidad humana*. Ferrol: Sociedad de Cultura Valle-Inclán
- Puig, C. (2008). La intervención social más allá de los recursos más cerca del vínculo. *Revista de servicios sociales y política social*, 82, 9-27.
- Quezada , J. (2011). El vínculo terapéutico. *Revista CONSENSUS*, 16(1). Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/consensus/consensus16/jennyquezada.pdf>
- Repetur, K., y Quezada, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: La importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria UNAM*, 6(11). Recuperado de [http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov\\_art105.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf)
- Rogers, C. (1980). *El poder de la persona*. México: El Manual Moderno.
- Rogers, C. (2015). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- Stange, I.R. y Lecona, O. (2014). Conceptos Básicos de Psicoterapia Gestalt. *Eureka, Revista Científica de Psicología*. 11(1), 106-117. Recuperado de <http://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-11-1-17.pdf>
- Urraca, L. (2008). *La intervención del Trabajo Social desde la Terapia Gestalt*. (Tesina). Asociación Española de Terapia Gestalt. Madrid. Recuperado de <https://aetg.es/recursos/tesinal/intervencion-trabajo-social-terapia-gestalt>

- Vázquez, O. (2011). Naturaleza, fundamentos, concepto, principios, objetivos, objeto y sujetos del Trabajo Social. En T. Fernández (Coord.), *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 133-159). Madrid: Alianza Editorial.
- Viscarret, J. (2011). Modelos de intervención en Trabajo Social. En T. Fernández (Coord.), *Fundamentos del Trabajo Social* (pp. 293-342). Madrid: Alianza Editorial.
- Wallin, D. (2012). *El apego en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Yalom, I. (2015). *Psicoterapia Existencial*. Barcelona: Herder.