

EL IMPACTO DE LA FORMACIÓN Y DE LA SUPERVISIÓN CENTRADA EN
SOLUCIONES SOBRE LAS CREENCIAS, LAS PRÁCTICAS Y EL BURNOUT DE
LOS PROFESIONALES DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN INFANTIL EN
TENERIFE

Antonio Medina Machín

Universidad de La Laguna, San Cristóbal de La Laguna

Mark Beyebach

Universidad Pública de Navarra, Pamplona

Antonio Medina Machín, doctorando en Universidad de La Laguna, Psicólogo de los Servicios de Protección Infantil del Ayuntamiento de La Laguna, Tenerife, España.

Mark Beyebach, Universidad Pública de Navarra, Pamplona, España.

Este estudio forma parte del proyecto de tesis doctoral de Antonio Medina Machín, apoyado por la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familia, FEATF, en 2011 y por la Asociación Europea de Terapia Breve, EBTA, en 2012

Dirección para correspondencia a Mark Beyebach, C/Monasterio de Usún, 4, 5º dcha, 31011 Pamplona, España, mark.beyebach@unavarra.es; a Antonio Medina Machín, C/El Perdón, 26, 38006 Santa Cruz de Tenerife, España, tonimedinamachin@gmail.com

Abstract

Se presenta los primeros resultados de un proyecto de investigación que pretende analizar el impacto de una intervención centrada en soluciones sobre los profesionales y los usuarios del sistema municipal de protección infantil de Tenerife. En este artículo se analiza si las creencias y las prácticas de los profesionales varían una vez que éstos reciben 30 horas de formación en terapia breve centrada en soluciones más 30 horas de supervisión, y si tal variación explica los cambios posteriores en el *burnout* de los profesionales. Los profesionales fueron asignados a un grupo de intervención y a un grupo de comparación. Los resultados muestran que los profesionales del grupo de intervención cambiaron sus creencias y sus prácticas hacia un enfoque más basado en las fortalezas de las familias, con un tamaño del efecto alto, y disminuyeron el *burnout*, aunque con un tamaño del efecto más bajo. El análisis de regresión múltiple explicó el 83,3% de la varianza del *burnout* en el pos-test, siendo el *burnout* en la fase pre-test y el cambio en las creencias y en las prácticas profesionales las variables que mayor peso predictivo mostraron. Aquellos profesionales que cambiaron sus creencias hacia un enfoque basado en las fortalezas disminuyeron sus puntuaciones bajas en *burnout*, mientras que los que presentaron creencias más centradas en el déficit las incrementaron. Los profesionales que cambiaron sus prácticas centrándose más en las dificultades de los usuarios mostraron mayor grado de *burnout* que los que adoptaron una postura colaborativa, “yendo por detrás de las familias”, y trabajando de forma transdisciplinar con los miembros del equipo y con otros profesionales. Durante el training y la supervisión los profesionales, además, describieron cambios cualitativos en la interacción con los usuarios, en el funcionamiento de los equipos y en la interacción con otros profesionales de los sistemas amplios.

Palabras claves: Protección infantil, terapia breve centrada en soluciones, burnout, creencias profesionales, prácticas profesionales.

El impacto del training y de la supervisión centrada en soluciones sobre las creencias, las prácticas y el burnout de los profesionales del sistema de protección infantil en Tenerife.

INTRODUCCIÓN

Durante décadas, los servicios de protección infantil se han caracterizado por centrarse en las carencias, déficits y factores de riesgo de las familias, y por mantener una visión negativa de éstas, que las considera carentes de recursos y poco dispuestas a cooperar (De Jong & Berg, 2008, 2012; Graybeal, 2001; Martín, 2005, Rodrigo, Máiquez, Martín, & Byrne, 2008; Turnell & Edwards, 1999; Weick, 1992). La práctica profesional en este contexto tiende a convertirse en una experiencia laboral saturada de problemas y “dominada por el riesgo”, en el que además, los profesionales se ven sometidos a un exceso de presión, en un entorno social en el que son criticados rápidamente por sus errores y juzgados en sus prácticas, tanto si intervienen como si no lo hacen (Turnell, A. & Edwards, S., 1999). Bajo el peso del control social, de la normativa legal y de las directrices de cada administración pública, los profesionales, con frecuencia se han visto abocados a mantener una postura paternalista en la relación con los usuarios, asumiendo un papel de experto en la intervención familiar, cuya principal función ha consistido en diagnosticar déficits y problemas, para después proponer intervenciones o medidas de asistencia correctivas que las familias deben aceptar. Este tipo de prácticas profesionales, no solo promueve la insatisfacción de los usuarios, ya que sus opiniones y propuestas rara vez se escuchan (De Jong y Berg, 2008), sino que además genera estrés y sobrecarga laboral, por lo que no es de extrañar que distintos estudios informen de altos niveles de *burnout* entre los profesionales del sistema de protección infantil (Del Valle, López, & Bravo, 2007; Garrido et al., 2009). Por todo ello, éste es un contexto de trabajo difícil en el que promover las buenas prácticas y los sentimientos de competencia de los profesionales. (Turnell y Edwards, 1999).

En contraposición con esta perspectiva, un número creciente de autores ha expresado en los últimos años su preocupación acerca de las consecuencias pragmáticas y éticas de este tipo de prácticas y han propuesto una conceptualización alternativa en

materia de protección a la infancia, basada en las fortalezas y recursos de las personas (Gilbert & Lee, 2011; Martin, 2005; Saleebey, 2006; Walsh, 1997; Weick, 1992), perspectiva que actualmente coexiste con la visión más tradicional. Desde este enfoque alternativo se considera que todas las familias poseen ya las fortalezas y recursos necesarios para superar los motivos por los que acuden a los servicios de protección infantil, por lo que la labor de los profesionales consistiría en identificar esas fortalezas y movilizarlas a favor del cambio, respetando las decisiones que los usuarios desean tomar acerca de cómo utilizar sus propios recursos. El tipo de relación que se establece con las familias se basa más en la cooperación que en el paternalismo. Los profesionales, no tienen la última palabra acerca de lo que necesitan los usuarios para mejorar sus vidas, entendiendo que son ellos los expertos en su situación y en la búsqueda de sus propias soluciones. Dos modelos de intervención en protección de menores que se ajustan a esta perspectiva, son el enfoque centrado en soluciones (Berg, 1994; Berg & De Jong, 2004; Berg & Kelly, 2000; De Shazer, S., 1994) y “Señales de Seguridad” (“Signs of Safety approach”, Turnell & Edwards, 1999)

Las asunciones o creencias de los profesionales son teorías implícitas que operan en la mente y que guardan una estrecha relación con los comportamientos que éstos despliegan en su trabajo (Rodrigo, M.J., Rodríguez, A. y Marrero, J., 1993). Cuando un profesional toma una decisión, o lleva a cabo un determinado curso de acción, estará influido por sus creencias acerca de los usuarios con los que trabaja y de sus problemas, acerca de lo que puede esperar del proceso de cambio, y acerca del papel que debe adoptar en la relación con éstos. A su vez, los comportamientos o prácticas del profesional también tendrán influencia sobre sus propias asunciones, y sobre los comportamientos y creencias de los usuarios, lo que a su vez tenderá a confirmar las teorías implícitas del profesional. De esta forma, si un profesional espera “resistencia” de una familia es probable que la obtenga. Procesos similares operan en un nivel organizacional, en el que cada actor contribuye a la creación de una realidad construida de forma conjunta (Gergen, 1985).

Por tanto, el *burnout* entre los profesionales del sistema de protección infantil puede ser entendido, no solo como el resultado de las condiciones laborales en las que éstos trabajan (contratos temporales, escasez de recursos humanos, sobrecarga laboral, falta de apoyo de los supervisores, etc...), sino como consecuencia del mantenimiento de relaciones difíciles y poco gratificantes con los usuarios y de la adaptación de actitudes

paternalistas con éstos. Es por ello que las creencias y las prácticas de los profesionales pueden guardar una estrecha relación con el grado de *burnout* que éstos experimentan.

El presente estudio es parte de un proyecto de investigación más amplio que tiene como finalidad explorar los efectos de una intervención centrada en soluciones en los servicios municipales de protección infantil en la isla de Tenerife, España. En concreto, 152 profesionales que trabajan en protección de menores, pertenecientes a distintas administraciones públicas locales de la isla recibieron formación en terapia breve centrada en soluciones en dos momentos diferentes en el tiempo. Posteriormente, participaron en un proceso de supervisión centrado en soluciones durante seis meses. El efecto de la formación se evaluó en tres niveles diferentes: (a) la eficacia y la relación coste-eficacia (recursos empleados, número de sesiones desarrolladas, medidas jurídicas adoptadas, motivos de cierre o de archivo de expedientes etc.); (b) la satisfacción de los usuarios; y (c) los cambios en las creencias, las prácticas profesionales auto-informadas y el *burnout*. Este artículo se centra solamente en este último punto, analizando los cambios auto-informados por los profesionales en sus creencias y en sus prácticas y la relación de tales cambios con el *burnout*.

OBJETIVOS

En este artículo, presentamos dos estudios diferentes

En el estudio 1, se pretende describir los principales cambios percibidos por los profesionales, empleando para ello datos de carácter cualitativo aportados por los equipos multidisciplinares en tres momentos diferentes, al mes de haber finalizado el entrenamiento, a los 3 y a los 6 meses de la supervisión.

En el estudio 2, se pretende contrastar la hipótesis de que la participación en una formación en terapia breve centrada en soluciones (TBCS) más un proceso de supervisión posterior centrado en soluciones puede promover un incremento de las creencias y de las prácticas profesionales basadas en las fortalezas y una disminución de las creencias y de las prácticas centradas en déficit, y como consecuencia, una reducción de los niveles de *burnout* entre los profesionales.

METODO

Participantes

En la investigación participaron un total de 152 profesionales de 34 equipos multidisciplinares pertenecientes a los servicios sociales municipales de la isla de Tenerife, lo que representa el 84% de los recursos humanos que trabajan con menores en situación de riesgo y con sus familias en los ayuntamientos. El 69% de los profesionales de la muestra trabajaban en “equipos de prevención” mientras que el 31% restante pertenecían a “equipos de riesgo”. Los equipos de prevención intervienen con casos de riesgo leve y moderado, en los que el bienestar psicológico de los menores se encuentra en riesgo pero no su integridad física. Los equipos de riesgo trabajan con casos de alto riesgo en los que la seguridad física de los menores se encuentra amenazada, pudiendo ser retirados de su unidad familiar. La experiencia profesional fue medida en meses, de tal manera que el promedio de antigüedad laboral de los equipos se situó en torno a 76,42 meses.

Durante la implementación de la investigación una parte de los profesionales que participaban en la misma dejaron de desempeñar su labor por restricciones financieras y gubernamentales, por lo que al finalizar la investigación la muestra total de participantes fue de 120 profesionales.

Intervenciones

Formación en terapia breve centrada en soluciones

La formación en TBCS (Berg, I. K., Kelly, I., 2000; de Shazer, 1994; de Shazer y Dolan, 2007) fue proporcionada por el segundo autor, y consistió en dos talleres de 15 horas de duración cada uno durante dos meses. Se diseñó un formato de formación de 30 horas de duración porque la evidencia sugería que al menos 20 horas serían necesarias para marcar una diferencia en el desarrollo de entrenamientos para profesionales sobre terapia breve centrada en soluciones (Gingerich, Kim, Stams & MacDonald, 2012). Se abarcó los principios básicos del modelo centrado en soluciones y las principales técnicas de intervención (pregunta milagro, preguntas escala, excepciones, preguntas sobre cambios pretratamiento, elogios, preguntas sobre seguridad, tareas centradas en soluciones), combinando la exposición de videos de sesiones reales con el entrenamiento en técnicas mediante juegos de rol, y el desarrollo

de debates grupales. La metodología fue desarrollada desde una perspectiva centrada en soluciones, de tal manera que los participantes clarificaron sus propias metas para la formación, sus recursos personales fueron valorados y reconocidos, los pequeños compromisos de cambio fueron negociados y fomentados tras las primeras 15 horas de taller, y dichos cambios fueron revisados y reforzados en el siguiente taller.

Supervisión centrada en soluciones

La supervisión tuvo un doble propósito. Por un lado, promover la adherencia de los profesionales al modelo centrado en soluciones, con la finalidad de asegurar la integridad de la intervención para la investigación, y por otro lado, consolidar y ampliar los cambios que los profesionales habían iniciado durante la formación. El proceso de supervisión se centró más en las metas de los profesionales que en sus dificultades (Briggs & Miller, 2005; Koob, 2002; Waskett, 2006), trabajando la orientación hacia el futuro (Hsu, 2009; Lowe & Guy, 2002; Pichot & Dolan, 2003), ampliando sus logros y éxitos y atribuyendo control sobre los mismos (Koob, 2002; Lowe & Guy, 2002). El rol del facilitador se caracterizó por mantener una actitud de respeto y de curiosidad (Berg, 2003; Wheeler, 2007), yendo por detrás de los profesionales (Cantwell & Holmes, 1994). Cada sesión de supervisión comenzaba con una revisión de los cambios positivos y de las historias de éxito, destacando los recursos de las familias y de los profesionales (Turnell & Edwards, 1999); posteriormente, los casos “atascados” eran analizados en grupo, en una variedad de formatos centrados en soluciones; finalmente se dedicaba un tiempo a promover el desarrollo de los equipos desde una óptica centrada en soluciones

Instrumentos

a. Cuestionario de creencias y prácticas profesionales (PBPQ; Medina, A., Beyebach, M., 2010): este instrumento fue desarrollado expresamente para la investigación, y se compone de tres escalas tipo Likert, una Escala de Creencias Centradas en el Déficit, una Escala de Creencias Basadas en las Fortalezas y otra Escala de Prácticas Profesionales. Se aplicó a la muestra total, revelando los resultados una alta consistencia interna ($\alpha = 0.861$) para la Escala de Creencias Basadas en las Fortalezas y para la Escala de Creencias centradas en el Déficit y ($\alpha = 0.862$), y una moderada consistencia interna para la Escala de Prácticas Profesionales ($\alpha = 0.709$). Se realizó, asimismo un análisis factorial mediante el método de extracción de componentes principales y de

rotación varimax, identificándose 7 factores o tipos de creencias centradas en el déficit que explicaban el 61,13% de la varianza, y 7 factores o tipos de creencias basadas en las fortalezas que explicaban el 60,96 % de la varianza. Con respecto a las prácticas profesionales, se obtuvo 8 factores que explicaban el 57,48% de la varianza total. Los diferentes tipos de creencias mostraron correlaciones con determinados tipos de prácticas profesionales (Medina, A., Beyebach, M., 2014). Este instrumento se aplicó en distintos momentos de la investigación con la finalidad de medir los cambios que los profesionales del grupo de intervención y del grupo de comparación iban experimentando en sus creencias y en sus prácticas, y analizar sus equivalencias y diferencias. Fue utilizado para contrastar la hipótesis del estudio 2.

b. MBI. Maslach Burnout Inventory. (Maslach et al., 1996): este instrumento fue desarrollado como una medida autoinformada del *burnout* que puede ser aplicado en contextos organizacionales (Seisdedos, 1997). Está compuesto por tres subescalas de 22 items tipo Likert: agotamiento emocional, despersonalización y una dimensión positiva denominada realización personal. Los estudios psicométricos con muestras españolas han informado de una alta consistencia interna para agotamiento emocional ($\alpha = 0.87$) y realización personal ($\alpha = 0.72$), y de una moderado consistencia interna para despersonalización ($\alpha = 0.57$).

c. Círculo de progresos (Medina, A., Beyebach, M., 2014): fue diseñado como una variante del instrumento denominado “Círculos de cambio” (Visser, C., 2005; Huibers, 2010), que suele ser utilizado en procesos de facilitación para clarificar las metas y progresos de los clientes. Este instrumento fue adaptado y aplicado a lo largo del proceso de supervisión en tres momentos diferentes, con la finalidad de recoger información cualitativa aportada por los profesionales acerca de los cambios que éstos iban experimentando en sus prácticas. Se trata de una herramienta flexible que permite clarificar las metas de cambio, visibilizar los progresos y decidir los nuevos pasos para avanzar en la dirección deseada (Medina, A., Beyebach, M., 2014)

Diseño y procedimiento

Mediante un diseño cuasi-experimental, se compararon las diferencias intergrupales e intragrupalas de medidas pre-test y pos-test, entre un grupo de intervención y un grupo de comparación. En la fase pre-test, se recogió información de ambos grupos con respecto a la intervención que normalmente realizaban.

Posteriormente, el grupo de intervención participó en una formación en TBCS y comenzó a desarrollar una intervención centrada en soluciones acompañada de supervisión, en contraste con el grupo de comparación que no participó en la formación ni en la supervisión, y continuaba interviniendo como ya lo venía haciendo en la fase pre-test. Una vez finalizada la fase pos-test, se repitió el mismo procedimiento con el grupo de control.

Análisis

Por un lado, se realizó un análisis cualitativo de la información aportada por los profesionales acerca de los cambios experimentados durante el proceso de supervisión, y que consistió en clasificar, sintetizar e interpretar dicha información

Por otro lado, mediante el SPSS se realizaron análisis multivariante (MANOVA) para comprobar el impacto de la formación en TBCS sobre las creencias de los profesionales del grupo experimental; t-Student para comparar las puntuaciones en prácticas profesionales del grupo de intervención antes y después, y para calcular la equivalencia con el grupo de comparación; análisis de regresión múltiple para contrastar la hipótesis principal del estudio 2, utilizando como variable dependiente el *burnout* a los seis meses después de la formación; cálculo del tamaño del efecto a los seis meses después de la formación para las creencias, prácticas profesionales y *burnout*.

RESULTADOS

Estudio 1: Descripción cualitativa de los principales cambios informados por los profesionales

Después del training, los profesionales informaron de los cambios que iban experimentando a lo largo del proceso de supervisión, registrándolos en tres momentos diferentes a través del “Círculo de Progresos”.

En la primera sesión de supervisión los profesionales describieron los cambios que habían ocurrido como resultado de la formación. En la intervención con las familias negociaban metas compartidas con los usuarios, prestaban más atención a sus fortalezas y recursos, alentaban a los usuarios a generar sus propias soluciones, monitorizaban el estado de la relación con éstos, mostrando más respeto y empatía y tomando decisiones

de una manera más horizontal con las familias. En relación al funcionamiento de los equipos, éstos mostraban una mayor motivación, más cohesión, cooperación y relaciones más cercanas entre sus miembros. Así mismo, informaron de una mayor transdisciplinariedad en la distribución de roles en los equipos, dependiendo menos de la disciplina académica y más de las necesidades de cada caso en particular. Con respecto a la labor profesional el cambio hacia un enfoque más centrado en soluciones generaba un mayor sentimiento de autorrealización y menor carga laboral percibida.

En la tercera sesión, se mantuvieron e incrementaron los cambios informados en la primera sesión, y muchas de las metas establecidas por los profesionales al inicio de la supervisión fueron alcanzadas, al tiempo que nuevas metas fueron clarificadas. Los profesionales describieron progresos nuevos que afectaban a un abanico más amplio de áreas, como en la intervención con las familias, en el trabajo en equipo, en la coordinación con otros profesionales, en el trabajo individual o en el contexto organizacional. Con respecto a la intervención directa, los profesionales apreciaban más avances en las familias y las elogiaban más, reconociendo sus logros y promoviendo su autonomía. Así mismo, sentían que eran más colaborativos con los usuarios “yendo por detrás de ellos”, e incluyéndolos en la toma de decisiones y en el diseño de los planes de caso. Los profesionales consideraban que ahora las familias los percibían como una fuente de apoyo y no que como una amenaza. Las sesiones se centraban más en el “presente y en el “futuro sin el problema” que en sus causas o en la historia familiar, empleando más tiempo para preguntar sobre mejorías y menos tiempo para explorar dificultades. Por todo ello las sesiones se desarrollaban de una manera más relajada, viéndose menos directivos, dando menos prescripciones y realizando más preguntas. Los profesionales también explicaron que estaban comenzando a desarrollar intervenciones más breves y cerrando más casos por éxito de la intervención. Con respecto al trabajo en equipo, se apreciaban menos quejas y más elogios entre sus miembros, hacían un mayor uso del humor, y prestaban más atención a sus propias fortalezas y recursos, siendo más autónomos en la toma de decisiones. Las metas de intervención eran específicas de una manera más concreta, positiva y alcanzable, y se estaba reduciendo el número de casos crónicos. En el trabajo con otros recursos, los profesionales estaban comenzando a utilizar el enfoque centrado en soluciones en la interacción con otros profesionales de los sistemas amplios, “contaminándolos” con nuevas ideas. Con respecto al trabajo individual, se sentían más autorrealizados y con

menor carga laboral. En el contexto organizacional mencionaron progresos relacionados con el diseño de nuevos protocolos y guías de actuación centradas en soluciones, cambios de nombre de algunos programas o servicios para dotarlos de nuevos significados más positivos para los usuarios, y mejora de las instalaciones en las que se atendía a las familias.

En la sexta sesión de supervisión, los profesionales habían logrado la mayoría de las metas inicialmente propuestas, apreciándose nuevos progresos en distintas áreas. En la intervención con las familias, estaban comenzando a compartir el contenido de los informes con los usuarios, se mostraban menos paternalistas en la relación con ellos, estaban yendo “más despacio” en sesión, simplificando el lenguaje en la interacción con ella, abordaban las recaídas como una parte más del proceso de cambio, y observaban “un hilo conductor” entre las sesiones. Ahora percibían que las familias trabajaban con más esfuerzo que los equipos para lograr los cambios, participando en sesión con menos estrés y más relajadas, y acudiendo con mayor regularidad a las citas programadas. Así mismo, se estaban archivando más casos que antes por superación y se había reducido considerablemente el número de casos cronificados. El enfoque centrado en soluciones se estaba utilizando en el trabajo directo con los niños, con grupos de padres, y adaptándolo a los instrumentos de valoración e informes. En el trabajo en equipo se apreciaba una mejoría de las relaciones entre los miembros, menos quejas, una mejor gestión del tiempo y del reparto de tareas, sin diferenciar por perfil profesional. Los criterios de cierre de la intervención era más específicos y los casos atascados se abordaban de forma más creativa. Las reuniones de equipo eran descritas como más eficientes y durante esos encuentros se empleaba más tiempo para hablar de los casos que estaban avanzando. En el trabajo con otros profesionales de los sistemas amplios, éstos percibían a los equipos como un recurso útil, y se estaban centrando más en los aspectos positivos de los usuarios, reconociendo sus fortalezas y validándolo. Los profesionales de los sistemas amplios estaban además comenzando a utilizar protocolos de derivación que incluía información acerca de las fortalezas de los usuarios. Así mismo, las familias estaban participando más en las reuniones de coordinación conjunta con otros profesionales. A nivel individual, los profesionales mostraban una mayor autorrealización y un menor desgaste laboral, y en el contexto organizacional se apreciaba mejor clima laboral, se había hecho un esfuerzo por simplificar protocolos,

instrumentos y modelos de informes, centrándolos más en soluciones, incluso en la fase de investigación de situaciones de desprotección infantil.

Al final del proceso de supervisión, los profesionales se plantearon nuevas metas de cambio para el futuro, entre ellas, hacer un esfuerzo por mejorar sus habilidades y destrezas centradas en soluciones, y por mantener de manera coherente este nuevo enfoque de intervención. Así mismo, deseaban continuar con el proceso de adaptación o elaboración de instrumentos y de protocolos más centrados en soluciones y difundir el modelo a otros departamentos, recursos y profesionales con los que trabajaban. En el trabajo directo con las familias, señalaron la necesidad de continuar centrándose aún más en los objetivos de las familias, y de manera general veían necesario esforzarse por reducir la dependencia de los usuarios de los Servicios Sociales. Una señal específica de un progreso en esta dirección sería “que las familias pudieran empezar a decidir por sí mismas el cierre de la intervención, dándoles la oportunidad para ello”.

Estudio 2: Impacto del training en TCS y de la supervisión sobre las creencias, las prácticas y el burnout de los profesionales.

Equivalencia de ambos grupos, grupo de intervención y grupo de comparación.

Se confirmó que ambos grupos no mostraban diferencias significativas en la fase pre-test, con respecto a las creencias centradas en el déficit ($t = 1.46$; $p = 0.14$), las creencias basadas en las fortalezas ($t = 1.45$; $p = 0.14$), las prácticas centradas en el déficit ($t = 1.41$; $p = 0.14$), las prácticas basadas en las fortalezas ($t = 1.21$; $p = 0.22$) o en las puntuaciones del MBI ($t=1.08$; $p=0.28$).

Cambios en las creencias y en las prácticas profesionales

Para el grupo de comparación, MANOVA evidenció que no existían diferencias significativas entre el pre- y el post-test, en creencias centradas en el déficit ($F = 0.704$; $p = 0.404$) ni en creencias basadas en las fortalezas ($F = 0.806$; $p \leq 0.372$).

En contraste, MANOVA evidenció diferencias significativas en las creencias del grupo de intervención en el pretest, después de la formación y a los 6 meses de supervisión. Tal y como se muestra en la figura 1 y en la figura 2, las creencias centradas en el déficit disminuyeron gradualmente a partir de la fase pretest ($F = 106.8$;

$p = 0.000$), mientras que las creencias centradas en las fortalezas se incrementaron de forma progresiva, ($F = 106.9$; $p = 0.000$).

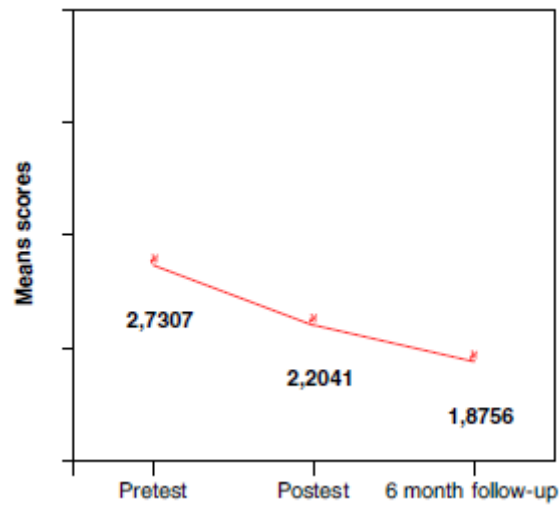


Figura 1. Media de las creencias profesionales centradas en el déficit en el grupo de intervención

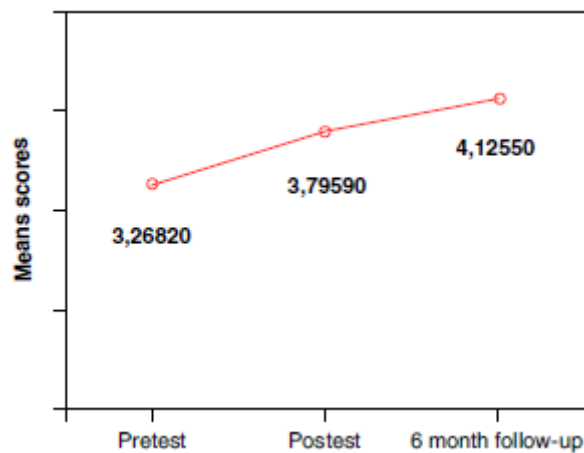


Figura 2. Media de las creencias profesionales basadas en las fortalezas en el grupo de intervención

Tanto para las creencias centradas en el déficit como para las creencias basadas en las fortalezas las diferencias observadas entre la fase pre-test y al final de la formación fueron más amplias que entre la formación y a los 6 meses de supervisión, sugiriendo que la formación tuvo un mayor impacto sobre las creencias que la supervisión.

Con respecto a las prácticas profesionales, éstas fueron únicamente medidas en la fase pre-test y a los 6 meses de supervisión. No se apreciaron diferencias significativas antes-después en el grupo de comparación, mientras que en el grupo de intervención se obtuvo diferencias significativas en las medias de las prácticas centradas en el déficit, disminuyendo de una puntuación de 3.03 en el pre-test a 2.27 tras 6 meses de supervisión ($t = 8.12$; $p = 0.000$). Asimismo, se apreciaron diferencias significativas en las medias de las prácticas basadas en las fortalezas, las cuales aumentaron de una puntuación de 3.02 en el pre-test a 3.60 tras 6 meses de supervisión ($t = -7.60$; $p = 0.000$).

Atendiendo a los distintos tipos de prácticas profesionales, en conjunto éstos cambiaron en la dirección esperada. Tras 6 meses de supervisión, los profesionales se centraban más en las fortalezas y avances de las familias en sesión ($t = -5.21$; $p = 0.000$), adoptando un estilo de “ir por detrás de ellas” ($t = -5.64$; $p = 0.000$). En la interacción con otros profesionales y con el propio equipo, también se estaban centrando más en las mejorías y fortalezas de los usuarios ($t = -6.22$; $p = 0.000$). Asimismo, disminuyeron significativamente las prácticas profesionales centradas en el déficit, tales como centrarse en las dificultades y carencias de las familias en el trabajo en sesión ($t = -7.94$; $p = 0.000$), adoptar un estilo paternalista o una posición de experto en la interacción con las familias ($t = -4.95$; $p = 0.000$), centrarse en las dificultades en la interacción con otros profesionales y en el propio equipo ($t = -6.69$; $p = 0.000$) y promover “insight” o toma de conciencia del problema en las familias ($t = 6.85$; $p = 0.000$). Por último, también incrementaron significativamente las prácticas transdisciplinarias en el trabajo en equipos ($t = -3.76$; $p = 0.000$).

Se calculó el tamaño del efecto de la formación y de la supervisión centrada en soluciones sobre las creencias y las prácticas de los profesionales, utilizando para ello el índice d de Cohen (diferencias entre las medias del grupo de intervención y de comparación, dividido por la desviación típica). A los seis meses de la formación el tamaño del efecto fue alto sobre las creencias centradas en el déficit (d de Cohen = -1.61), sobre las creencias basadas en las fortalezas (d de Cohen = 1.42), sobre las prácticas centradas en el déficit (d de Cohen = -2.07) y sobre las prácticas basadas en las fortalezas (d de Cohen = 1.42).

Training en TBCS y burnout de los profesionales

El tamaño del efecto de la formación y de la supervisión sobre el *burnout* de los profesionales fue bajo (d de Cohen=-0.46). Calculándolo únicamente para el grupo de intervención (pre-post), se observó un tamaño del efecto moderado sobre el *burnout* (d de Cohen=-0.59).

Con el propósito de analizar el efecto de determinadas variables relevantes sobre el *burnout* a los 6 meses después de la formación se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple, mediante el método “paso a paso” hacia atrás, seleccionando las siguientes variables: el *burnout* medido en la fase pre-test, la antigüedad laboral en los servicios de protección infantil, la gravedad de los casos atendidos (equipos de prevención versus equipos de riesgo), la participación la formación en TBCS, el cambio en la puntuación global de las creencias centradas en el déficit, de las creencias basadas en las fortalezas y de los distintos tipos de prácticas profesionales (la diferencia entre el pre-test y 6 meses después de la formación). El conjunto total de las variables explicó el 83.8% de la varianza de las puntuaciones del MBI a los 6 meses posteriores al training ($R^2 = 0.838$), y el modelo de regresión fue altamente significativo ($F(5.42) = 15.07$; $p = 0.000$)

Un examen más detallado reveló que las variables con mayor peso predictivo sobre el *burnout* a los 6 meses después de la formación fueron las siguientes:

- Las puntuaciones en el *burnout* inicial ($\beta = 0,846$, $t = 11,29$, $p = 0,000$), que tuvieron un efecto positivo sobre el *burnout* a los 6 meses posteriores a la formación, por lo que las puntuaciones más altas en el *burnout* medido en el pre-test se asociaron con mayor *burnout* en el pos-test.
- El cambio en la puntuación global de las creencias, en el sentido de que un cambio hacia creencias más centradas en el déficit se asociaba a un incremento del *burnout* ($\beta = 0,355$, $t = 2,56$, $p = 0,015$), mientras que un cambio hacia creencias más basadas en las fortalezas se asociaba a una disminución del *burnout* a los 6 meses después de la formación ($\beta = -0,356$, $t = -2,55$, $p = 0,015$).
- El cambio en las prácticas profesionales, en el sentido de que centrarse más en las dificultades y déficits de los usuarios de los servicios predijo el incremento del *burnout*, tanto en la intervención directa con las familias ($\beta = 0,286$; $t = -2,43$, $p = 0,02$) como en la interacción con otros profesionales y en el propio equipo ($\beta = 0,285$; $t = 2,41$; $p = 0,021$).

- El cambio en las prácticas profesionales, en el sentido de adoptar un papel más colaborativo, “yendo por detrás de las familias” se asoció a una disminución del *burnout* tras los 6 meses después de la formación ($\beta = -0,318$, $t = -3,13$, $p < 0,003$).
- El cambio en las prácticas profesionales, en el sentido de trabajar de una manera más transdisciplinar en los equipos, predijo una disminución del *burnout* a los 6 meses después de la formación ($\beta = -2,88$; $t = -2,50$; $p \leq 0,01$)

DISCUSION

Los resultados obtenidos indican, en primer lugar, que las creencias y las practicas de los profesionales del grupo de intervención cambiaron en la dirección esperada después del training y tras seis meses de supervisión posterior, apreciándose una disminución de las creencias y de las prácticas centradas en el déficit, y un incremento de las creencias y de las prácticas basadas en las fortalezas. El cambio en las creencias fue más acentuado tras la formación que tras la supervisión, por lo que se puede concluir que la formación en TBCS tuvo un impacto mayor sobre las creencias de los profesionales. Teniendo en cuenta que en el grupo de comparación las creencias permanecieron sin cambios, se puede concluir que la formación ayudó a los profesionales de la muestra a cambiar sus asunciones en una dirección más centrada en soluciones.

Con respecto a las prácticas profesionales se desconoce si el entrenamiento ha tenido un efecto diferenciado sobre éstas en comparación con la supervisión, ya que únicamente se midieron las prácticas profesionales en la fase pre-test y a los 6 meses de supervisión, y no inmediatamente después de la formación. Los resultados parecen indicar que la formación en TBCS incide más sobre las creencias de los profesionales mientras que la supervisión lo hace más sobre las prácticas. El análisis de la información aportada por los profesionales a través de los “Círculos de Progresos” sugiere que durante la supervisión se incrementó de forma progresiva el número de cambios en las prácticas profesionales orientadas hacia una perspectiva centrada en soluciones y basada en las fortalezas. Estos cambios no solo ocurrieron en la intervención directa con los usuarios, sino también en otras áreas de desempeño profesional en protección de menores (Ochotorena & Arraubarrena, 2002; Escudero, V., 2010), tales como en el trabajo en equipo y en la coordinación con otros recursos de los

sistema amplios. La mayoría de los profesionales informaron, a los 6 meses supervisión, que negociaban más las metas con los usuarios, que se centraban más en su recursos y progresos, que empleaban más los elogios, y que adoptaban una postura menos paternalista y más colaborativa en la relación con ellos, de tal forma que al final de la supervisión las familias participaban más en la toma de decisiones y en las reuniones de coordinación con otros recursos. Así mismo, y en lo que respecta al desempeño profesional, al trabajo en equipo y al contexto organizacional, la mayoría de los profesionales manifestaron sentirse menos “quemados y/o agobiados”, más relajados y con mejores relaciones personales en el equipo. La distribución de tareas dentro de los equipos también cambió, en la medida en que se observaba una menor rigidez en las expectativas relacionadas con la disciplina profesional y un mayor ajuste a las necesidades de cada caso en particular. Por último, los profesionales de los sistemas amplios comenzaron a notar los cambios que los equipos estaban experimentando, y empezaron a valorarlos como un recurso útil. Ello promovió que otros profesionales comenzaran también a estar más centrados en soluciones en su manera de tratar con los equipos y en el trabajo con los casos, produciéndose un verdadero "efecto contagio". Este efecto dominó sugiere que tanto la formación como la supervisión centrada en soluciones ayuda a transferir competencias y cambios en múltiples contextos y sistemas de influencia (White & Rusell, 1997; Thomas, 1996), al enfatizar más el desarrollo de los recursos y las competencias personales de los profesionales que el abordaje de los casos específicos y sus dificultades (Briggs & Miller, 2005; Koob, 2002). En otras palabras, una intervención centrada en soluciones con profesionales se aborda de la misma manera que con los usuarios, es decir, clarificando las metas, enfatizando sus fortalezas, centrándose en los avances más que en los problemas o déficits, "yendo por detrás de ellos", y ayudándolos a reconocer y valorar sus pequeños logros atribuyéndoles control sobre los mismos (Selekman y Todd, 1995, Thomas, 2013). Entendemos que este proceso empodera a los profesionales y promueve la autoeficacia en el desempeño de su labor (Marek et al, 1994;. Wetchler, 1990). En nuestra muestra, los profesionales informaron de hecho, que los equipos habían mejorado su eficiencia, que las familias estaban mostrando más señales de progreso que antes, que las intervenciones estaban siendo más breves, que el número de casos crónicos había disminuido y que se estaban archivando más casos por superación. A nivel personal, esto se tradujo en menos burnout y más autorrealización percibida; un resultado que también encontramos en los análisis cuantitativos realizados.

El segundo lugar, la formación y la supervisión también tuvieron un efecto significativo sobre el *burnout* medido a través del MBI (Maslach et.al., 1996), aunque el tamaño del efecto fue pequeño, lo que parece lógico, ya que el propósito principal del proyecto de investigación no era reducir el *burnout* de los profesionales, sino comprobar el impacto de la formación en TBCS y de la supervisión posterior sobre la manera en que los profesionales de protección de menores intervienen con los usuarios de los servicios.

La tercera conclusión relevante es que el grado de *burnout* experimentado por los profesionales en el pos-test no fue predicho por la antigüedad en el puesto de trabajo ni por la gravedad o el tipo de casos atendidos (equipos de riesgo versus equipos de prevención). En lugar de ello, lo que predijo el *burnout* a los 6 meses después de la formación fue el nivel inicial de burnout en el pre-test y los cambios en las creencias y en las prácticas de los profesionales. Los datos sugieren que incluso aquellos profesionales que han estado trabajando durante más tiempo y con casos más graves parecen ser capaces de reducir sus niveles de *burnout* si cambian sus creencias y sus prácticas hacia un enfoque más basado en las fortalezas. Por tanto, se puede inferir que la participación en procesos de formación en TBCS más un proceso supervisión posterior puede proteger a los profesionales del *burnout* de manera indirecta, al promover cambios en sus creencias y en sus prácticas. Este efecto amortiguador es producido por la reducción de las creencias y de las prácticas centradas en el déficit y por el incremento de las creencias y de las prácticas basadas en las fortalezas. Entre las prácticas profesionales que parecen especialmente protectoras del *burnout* destacan el centrarse menos en las carencias y déficits de las familias, y el adoptar una postura de “ir por detrás de éstas” de éstas en sesión. Que se tenga conocimiento, es la primera vez que se evidencia el efecto positivo de adoptar esta postura. Asimismo, la práctica profesional orientada a una mayor transdisciplinariedad en el trabajo de equipo también predice bajas puntuaciones en *burnout*.

Limitaciones e implicaciones para futuras investigaciones

La asignación de los profesionales al grupo de intervención y al grupo de comparación no fue al azar, y por tanto, no se puede descartar que los dos grupos difirieran en el pre-test en variables relevantes, pero desconocidas. En cualquier caso, nuestros análisis muestran que ambos grupos eran equivalentes en todas las variables

que se contrastaron. Otra dificultad de esta investigación es que no permite diferenciar los efectos de la formación de los efectos de la supervisión sobre las creencias y las prácticas de los profesionales. Nuestros datos indican que los cambios en las creencias fueron mayores después de la formación que tras la supervisión. Los participantes del grupo de intervención continuaron mostrando creencias más basadas en las fortalezas y menos centradas en el déficit durante el período de supervisión, pero el cambio en las mismas fue menos marcado que en la formación. La pregunta, entonces, es si la supervisión añadió algo al impacto de la formación, o si el cambio continuado en las creencias de los profesionales tras el mismo se habría producido también sin la supervisión. Los datos cualitativos aportados por los profesionales sugieren que durante la formación y al mes de haber finalizado ésta, comenzaron a producirse ya cambios en las prácticas de los profesionales. En cambio el análisis de la información aportada por éstos a través de los “Círculos de Progresos” sugiere un incremento exponencial de las prácticas centradas en soluciones durante la supervisión, por lo que se podría argumentar que mientras que la supervisión tiene un impacto menor sobre las creencias de los profesionales, muestra su mayor efecto sobre las prácticas, lo que podría promover a su vez la consolidación de los cambios en las creencias ya generados en la formación. Para responder a esta pregunta, hubiera sido necesario comparar dos grupos, un grupo de profesionales que hubiera participado en la formación, pero no en la supervisión y un grupo que hubiera participado en ambos procesos.

A raíz de los resultados del análisis de regresión múltiple se podría argumentar que los efectos de la formación en TBCS sobre el *burnout* no fueron producidos específicamente por los ingredientes centrados en soluciones de ésta, sino por el hecho de que los profesionales del grupo de intervención tuvieron la oportunidad de reunirse, reflexionar sobre sus prácticas y discutir casos. Sin embargo, aunque la formación no añadió un peso predictivo relevante al modelo de regresión, sí lo añadieron los cambios en las creencias y en las prácticas, sugiriendo que, de hecho, fue el énfasis centrado en soluciones lo que marcó la diferencia.

Una pregunta abierta es también hasta qué punto los cambios en las prácticas auto-informadas por los profesionales se traducen en comportamientos efectivos en las interacciones con los usuarios de los servicios. Los estudios que examinan sesiones de intervención grabadas en vídeo pueden avanzar en el conocimiento acerca de cómo cambian los comportamientos de los profesionales en la interacción con los usuarios, una vez que estos han recibido formación en terapia breve centrada en soluciones.

La otra cuestión, aún más importante para la investigación en el futuro, es confirmar si estos cambios se traducen efectivamente en un manejo más eficiente de los casos de desprotección infantil y en una mayor satisfacción de las familias con respecto a la intervención. Este es, después de todo, el propósito final de cualquier intervención y es también la principal cuestión que intentará responder el proyecto de investigación desarrollado en Tenerife.

REFERENCIAS

- Berg, I.K. (1994). *Family based services: a solution-focused approach*. New York: Norton.
- Berg I. K., & De Jong, P. (2004). Building solution-focused partnerships in children's protective and family services. *Protecting Children*, 19(2): 3–13.
- Berg, I. K., & Kelly, S. (2000). *Building solutions in child protective services*. New York: Norton.
- Berg, I.K. (2003). *Supervision and mentoring in child welfare services*. Unpublished manuscript. Retrieved July 31, 2012 from <http://www.sfbta.org/trainingLinks.html>.
- Briggs, J.,R., & Miller, G. (2005). Success enhancing supervision. *Journal of Family Psychotherapy* 16 (1/2), 199-222
- Cantwell, P., & Holmes, S., (1994). Social construction: a paradigm shift for systemic therapy and training. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 15, 17-26.
- De Jong, P., & Berg, I.K. (2008). *Interviewing for solutions 3ª ed*. Belmont: Brooks/Cole.
- De Jong, P., & Berg, I.K. (2012). *Interviewing for solutions 4ª ed*. Belmont: Brooks/Cole.
- Del Valle, J. F, López, M., & Bravo, A. (2007). Job stress and burnout in residential child care workers in Spain. *Psicothema*, 19(4), 610–615
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- De Shazer, S, & Dolan Y., (2007). *More than miracles. The states of arts in solution-focused brief therapy*. Binghamton, NY: Haworth Press
- Escudero, V. (2010). *Guía Práctica para la intervención*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Garrido, M., et al. (2009). Estudio del burnout entre los profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar en la atención a las familias en riesgo psicosocial. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 517-537.

- Gergen, K. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Gilbert, J., & Lee, M.Y. (2011). *Solution oriented social work practice*. Oxford University Press.
- Gingerich, W.J., Kim, J.S., Stams, G.J., & MacDonald., A. (2012). Solution-focused brief therapy outcome research. In C.Franklin, T.S.Trepper, W.J.Gingerich, & E.E.McCollum (Eds), *Solution-focused therapy. A Handbook of evidence –based practice*. (pp95-111). New York: Oxford University Press.
- Graybeal,C (2001). Strengths based social work assessment: transforming the dominant paradigm. *Families in Society*. 82: 2, 233-242
- Hsu, W. (2009). The components of solution-focused supervision. *Bulletin of Educational Psychology*, 41(2),475-496
- Huibers. A (2010). Circle Exercise. In T. Nelson (Ed.). *Doing something different* (pp. 171-174). New York: Rutledge.
- Koob, J.J. (2002). The effects of solution-focused supervision on the perceived self-efficacy of therapists in training. *The Clinical Supervisor*, 21(2), 161-183
- Lowe, R., & Guy, G. (2002). Solution oriented inquiry for ongoing supervision: expanding the horizon of change. In McMahon & Patton, W (Eds). *Supervision in the helping professions: A practical approach* (pp. 66-77). French Forrest: Pearson Education Australia
- Marek, L. I., Sandifer, D. M., Beach, A., Coward, R.L., & Protinsky, H. O. (1994). Supervision without the problem: a model of solution-focused supervision. *Journal of Family Psychoterapy* 5, 57-64.
- Martín, J. (2005). *La intervención ante el maltrato infantil: una revisión del sistema de protección*. Madrid: Pirámide.
- Maslach, C. Jackson, S.P.& Leiter, M.P. (1996). *Maslach Burnout Inventory* (3^a ed). Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press.
- Medina, A. & Beyebach, M (2010). *CCPP. Cuestionario de creencias y prácticas profesionales*. Manuscrito no publicado.
- Medina, A & Beyebach, M. (2014) The impact of solution-focused training on professionals' beliefs, practices and burnout of child protection workers in Tenerife Island. *Child Care in Practice*, 20:1, 7-36

- Medina, A & Beyebach, M (2014). How do child protection workers and teams change during solution-focused supervision and training? A brief qualitative report. *International Journal of Solution-Focused Practices*, 2:1, 9-19.
- Ochotorena, J.P. & Arraubarrena, M.I. (2002). *Manual de protección infantil* (2ªed). Barcelona: Masson
- Pichot, T. & Dolan, Y., M. (2003) *Solution-focused brief therapy: Its effective use in agency settings*. New York: Haworth
- Rodrigo, M.J., Máiquez, M.L., Martín, J.C, & Byrne, S. (2008). *Preservación Familiar. Un enfoque positivo para la intervención con familias*. Pirámide. Madrid.
- Rodrigo, M.J., Rodríguez, A. y Marrero, J. (1993). *Las teorías implícitas*. Madrid: Visor.
- Saleebey, D. (2006). *The Strengths perspective in social work practice*. Boston: Pearson Education.
- Seisdedos, S. N. (1997). Manual MBI, Inventario Burnout de Maslach. Madrid: TEA.
- Selekman, M., & Todd, T. (1995). Co-creating a context for change in the supervisory systems: The solution-focused supervision model. *Journal of Systemic Therapies*, 14(3), 21-33
- Thomas, F.N (1996). Solution-focused supervision: the coaxing of expertise. In S.D. Miller, M., Hubble and Duncan, B.L. (Eds). *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 128-151). San Francisco: Jossey-Bass
- Thomas, F.N.(2013) *Solution-focused supervision: a resource-oriented approach to developing clinical expertise*. New York: Springer
- Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of safety: a solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York: Norton.
- Visser, C..F (2005). The Circles of Change. <http://articlescoertvisser.blogspot.com.es/2007/11/circles-of-change.html>.
- Wastkett, C. (2006). The pluses of solution-focused supervision. *Counselling and Psychotherapy Journal*, 6(1), 9-11.
- Walsh, T. (1997). *Solution focused Child Protection: towards a positive frame for social work practice*. Dublin: Trinity College. Department of Social Studies, Ocasional Paper N° 6.
- Weick, A. (1992). Building a strengths perspective for social work. En Saleebey, D (Ed.). *The Strengths perspective in social work practice* (pp 18-26). New York: Longman.
- Wetchler J. (1990). Solution-focused supervision. *Family Therapy*. 17 (2), 129-138.

Wheeler, J. (2007). Solution-focused supervision. In Nelson, T.S. & Thomas, F.N. (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy: Clinical applications* (pp.343-370). New York: Haworth

White, M.B., y Russell, C.S. (1997). Examining the multifaceted notion of isomorphism in marriage and family therapy supervision: a quest for concept clarity. *Journal of Marital and Family Therapy*. 23 (3), 315-333