

Adolescentes y familias en conflicto

Terapia familiar centrada en la
alianza terapéutica

Manual de Tratamiento



meniños



Unidad de Investigación
en Intervención y Cuidado Familiar
de la Universidade da Coruña



UNIVERSIDADE DA CORUÑA

Adolescentes y familias en conflicto:

**Terapia familiar centrada en la
alianza terapéutica.**

Manual de tratamiento

Dirección del Manual

Dr. Valentín Escudero

Coordinación

Cristina Muñiz de la Peña

Fundación Meniños

Programa “Conecta” para adolescentes y familias

Equipo de trabajo

Mónica Permuy, *Directora General*

Kucha Movilla, *Directora Técnica*

Alberto Abascal, *Técnico de intervención*

Roberto Antón, *Técnico de intervención*

Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar

Universidad de A Coruña

Equipo de trabajo

Valentín Escudero, *Director*

Nuria Varela, *Coordinadora técnica*

Dolores Romero, *Dirección clínica*

Cristina Muñiz, *Ayte. de dirección*

Asesores

Micki Friedlander, *University at Albany, State University of New York*

Gary Diamond, *Ben-Gurion University of the Negev, Israel*

Este manual está disponible de forma gratuita en: www.meniños.org



Índice

Presentación	10
1. Introducción	22
2. Crear el sistema terapéutico	30
2.1. Incluir a la familia	31
2.2. Considerar el conflicto	35
2.3. Comunicación	37
2.4. Mapa del sistema	40
3. Fundamentos del modelo de intervención	44
3.1. La alianza terapéutica	47
3.1.1. El concepto de alianza terapéutica	47
3.1.2. Investigación sobre la alianza	50
3.1.3. El modelo Softa-Soatif	54
3.2. La investigación sobre terapia familiar con adolescentes	57
4. Estructura del modelo de intervención: cinco estratos	62
4.1. Primer estrato. Crear y mantener alianza terapéutica con adolescente y familia	64
4.1.1. Las cuatro dimensiones de la alianza	64
4.1.2. Actitudes iniciales	70
4.2. Segundo estrato. Conocer y potenciar el sistema familiar: valoración inicial del sistema	72
4.2.1. La ecuación del balance	72
4.2.2. Estructura de recursos para el cambio	73
4.2.3. Estructura que mantiene el problema	74
4.2.3.1. Ajustes en la autonomía e independencia	74
4.2.3.2. Apego	76
4.2.3.3. Trauma relacional	79
4.2.4. Crisis y cronicidad: el factor tiempo	79
4.2.5. Las preguntas clave	82
4.3. Tercer estrato. Re-encuadre para construir una meta terapéutica “de la familia para la familia”	84
4.3.1. La formulación del re-encuadre	86
4.3.2. “Yo no tengo un problema, son mis padres”	86
4.3.3. “Ya no podemos hacer nada más, hemos hecho de todo con él/ella”	88
4.4. Cuarto estrato. Promover cambios mediante actuaciones técnicas	90
4.5. Quinto estrato. Terminar	94
5. Metodología de la Intervención	96
5.1. Aspectos contextuales de la terapia	97
5.1.1. El equipo	97
5.1.2. Grabación de sesiones	99
5.1.3. Estructura de trabajo: antes, durante y después de la sesión	99
5.1.4. Uso de escalas y cuestionarios	101
5.1.5. Documentar la terapia	103

5.2. Habilidades básicas	104
5.2.1. Ritmo ajustado y claridad en el lenguaje	104
5.2.2. Observar interacciones durante la sesión	105
5.2.3. Estructurar la información	105
5.2.4. Empatía/conexión emocional	106
5.2.5. Autenticidad/credibilidad	106
5.2.6. Normalización	107
5.2.7. Estimular que el cliente hable	107
5.2.8. Manejo de las emociones/conflicto	108
5.2.9. Unirse a la familia (joining)	109
5.2.10. Qué evitar en las entrevistas	109
5.3. Técnicas específicas: la entrevista como intervención	111
5.3.1. Preguntas reflexivas	111
5.3.2. Preguntas circulares	112
5.3.3. Trabajo en el presente y proyección al futuro	113
5.3.4. Soluciones intentadas	114
5.3.5. Escenificación (enactment)-reconstrucción (re-enactment)	115
5.3.6. Amplificar cambios/elogiar avances	116
5.3.7. Re-encuadre	116
5.3.8. Trabajo con las emociones	119
5.3.9. Rastreo (tracking)	120
5.3.10. Trabajar con límites y alianzas	121
5.3.11. Inversiones	122
5.3.12. Uso de tareas	122
5.3.13. Técnicas activas	124
5.4. Técnicas de tipo psico-social	125
5.4.1. Colaboración con la comunidad	126
5.4.2. Colaboración con el sistema educativo	126
5.4.3. Colaboración con fiscalía	126
5.4.4. Servicio comunitario	127
5.5. Terapia de grupo con los adolescentes	128
5.5.1. Ingredientes para la intervención grupal con adolescentes	131
5.5.2. Al inicio de la terapia del grupo	132
5.5.3. Durante la terapia	133
5.5.4. Algunas técnicas útiles en el trabajo de grupo	134
5.5.5. Al final de la terapia	137
6. El proceso de intervención paso a paso	138
6.1. El caso de Roberto	139
6.1.1. Primer paso: Observar y responder a las actitudes iniciales ante la terapia.	140
6.1.2. Segundo Paso: Crear alianza con el adolescente	141
6.1.3. Tercer paso: Crear alianza con los padres	142
6.1.4. Cuarto paso: Análisis y preparación del re-encuadre	144
6.1.5. Quinto paso: El re-encuadre sistémico: trabajo conjunto con la familia	148
6.1.6. Sexto paso: Construcción de objetivos e indicadores de cambio	149

6.1.7.	<i>Séptimo paso: Trabajo de avance con el adolescente</i>	150
6.1.8.	<i>Octavo paso: Trabajo de avance con los padres</i>	151
6.1.9.	<i>Noveno paso: Trabajo familiar conjunto y final</i>	151
6.2.	El caso de Julián	153
6.2.1.	<i>Primer paso: Observar y responder a las actitudes iniciales ante la terapia</i>	154
6.2.2.	<i>Segundo paso: Crear alianza con el adolescente</i>	156
6.2.3.	<i>Tercer paso: Crear alianza con los padres</i>	157
6.2.4.	<i>Cuarto paso: Análisis y preparación del re-encuadre</i>	160
6.2.5.	<i>Quinto paso: El re-encuadre sistémico – trabajo conjunto con la familia</i>	164
6.2.6.	<i>Sexto paso: Construcción de objetivos e indicadores de cambio</i>	165
6.2.7.	<i>Séptimo paso: Intervención en crisis – Julián es internado en un centro</i>	167
6.2.8.	<i>Octavo paso: Trabajo de reformulación y consecución de objetivos</i>	169
6.2.9.	<i>Noveno paso: Trabajo familiar conjunto y final – vuelta a casa</i>	173
7.	Procedimientos para evaluar la adherencia del terapeuta al manual	174
7.1.	Guía para observadores	176
7.2.	Habilidades básicas	178
7.3.	Habilidades específicas	188
7.4.	Habilidades psicosociales	202
7.5.	Terapia de grupo	206
7.6.	La terapia como proceso: los estratos	208
	Referencias	228
	Anexos	238
1.	Programa Conecta	239
2.	Modelo de información a las familias	240
3.	Cuestionarios SOATIF para clientes y terapeutas	244
4.	Modelos de Hojas de Registro de Sesiones	248
5.	Modelo de consentimiento informado	250
6.	Cuestionario inicial de problemas	253
7.	Cuestionarios Post-sesión	255
8.	Cuestionario Pre-sesión	256
9.	SOATIF observaciones para valorar las sesiones	257



Presentación

Valentín Escudero

El desafío familiar de la adolescencia



La adolescencia es una transición en el ciclo de vida que marca la transformación de la infancia hacia el mundo de las responsabilidades y derechos adultos. La adolescencia es, por lo tanto, un gran desafío individual, familiar, y social.

La adolescencia es un desafío para todos y cada uno de los niños y niñas en su trayectoria vital. Tienen que afrontar y disfrutar los cambios que esa etapa implica. Cambios biológicos, cambios cognitivos, cambios que provienen de la toma de decisiones que comienza a ser suya y no siempre de los mayores, cambios en las expectativas

que se abren sobre ellos y en las que ellos mismos descubren sobre su propia vida. La adolescencia es una etapa en la que sus protagonistas tienen mucho de qué disfrutar, una enorme gama de posibilidades nuevas por descubrir (la sexualidad, la amistad, la exploración de nuevas capacidades, el descubrimiento de espacios nuevos de ocio y también de conocimiento...). Al mismo tiempo, la adolescencia, al igual que gran parte de las transiciones y transformaciones vitales, tiene elementos de desconcierto y dificultad: exige adaptación y aprendizaje.

También la adolescencia es un desafío familiar. Podríamos llamar “familia adolescente” a la familia que tiene un adolescente. Porque los cambios que el adolescente experimenta son cambios en todo el sistema familiar. La familia ha de transformarse en su conjunto: las normas y rutinas de la convivencia, los roles de autoridad y decisión, la distancia emocional y de afecto físico, la distribución del tiempo y el espacio en el hogar. Y también hay una exigencia de cambio psicológico: las relaciones familiares cambian y la definición que hacen los padres de sí mismos como padres y como pareja se ve en ocasiones desafiada por la realidad de las nuevas relaciones que se producen ante la transformación de un hijo en su adolescencia.

Es muy común que los padres de hijos adolescentes estén entre los 38 y los 58 años (dependiendo de si se trata del primer hijo o de la adolescencia de los hijos menores). Y pocas veces se pone atención a esta combinación de edades de los padres y de los hijos. Es un “cruce” de edades singular. Cuando los hijos se encuentran en plena expansión de sus perspectivas (decisiones sobre lo que quieren hacer en la vida, de nuevas amistades, sexualidad, etc.) los padres se suelen encontrar en una etapa de estancamiento o decremento (en las relaciones sexuales, en lo que pueden esperar a nivel profesional y en sus relaciones sociales, en el margen de maniobra que les dejan sus compromisos financieros y familiares, etc.).

A veces nos parece que es una mala combinación de edades lo que complica las cosas cuando surgen dificultades en la transición de la adolescencia. Muchas de las familias que vemos en terapia tienen un problema que ha surgido de una dificultad muy común y mundana... pero que la familia en su conjunto no ha sabido y no ha podido afrontar bien. Un problema que requiere atención terapéutica surge habitualmente cuando la ineficacia en afrontar adecuadamente algunas crisis naturales y esperables se reitera y se cronifica. Hay “problemas de la vida” y “problemas que no nos dejan vivir”. En la

adolescencia hay un riesgo alto de que el primer tipo de problema (las dificultades esperables en el transcurso de la vida) se convierta en un problema que paraliza la vida de la familia y el desarrollo afectivo, psicológico, y social de los menores. Ese riesgo proviene de que muchas de las actitudes y estrategias que funcionaban bien con niños pequeños ya no sirven cuando éstos son adolescentes. Así que los padres se ven abocados a tener nuevas actitudes y nuevas estrategias, y no siempre es fácil; en realidad, casi nunca es fácil. Hay una exigencia de energía y creatividad que en ocasiones choca con la rutina de los padres y de toda la familia.

La intervención terapéutica que se presenta en este manual parte de esta idea sencilla: ayudar a todo el sistema familiar a hacer los ajustes adecuados, a reparar los problemas que han estancado y bloqueado el desarrollo y bienestar de todo el sistema familiar. Cuando la terapia tiene éxito, la familia ha resuelto “un problema que no nos deja vivir”... y la preparamos para que afronte con buen ánimo y creatividad los “problemas de la vida” que sin duda toda familia tiene en el proceso de ciclo vital.

La adolescencia implica también un desafío social, una tarea de la comunidad; no es algo privado de cada familia. El proceso de cambio, la transformación de la infancia hacia un modelo adulto, se hace en la escuela y en la comunidad tanto como en la familia. Lo que la sociedad en la que vivimos espera de los adolescentes, y lo que les proporciona para que consigan cumplir esas expectativas, es un pilar básico del modelo social que construimos entre todos. La forma en que se produce esta transición del ciclo de vida representa la identidad y la fortaleza de una sociedad. Cuando la incidencia del conflicto y de las disfunciones personales y familiares de los adolescentes es muy alta, toda la comunidad debe hacer una reflexión e implicarse en las soluciones. El tratamiento que se presenta en este manual se focaliza en los adolescentes y sus familias, pero sabemos que el éxito depende también de factores que están en un marco más amplio, y que implican la responsabilidad de toda la comunidad.

Los fundamentos de este manual de tratamiento

Este manual se ha confeccionado con una orientación clara: investigar lo que hacemos en la práctica terapéutica con adolescentes y poner en práctica lo que nos dice la investigación. El manual es por lo tanto un instrumento para guiar el tratamiento de las familias que se ha fundamentado en evidencias acumuladas de la investigación. Tanto de la investigación más relevante que nos ofrecen las publicaciones de referencia como en la investigación realizada durante los últimos años por nuestra unidad de investigación en colaboración con el equipo técnico de los programas de la Fundación Meniños. Hemos intentado, en la medida de lo posible, que nuestro apego particular a modelos teóricos determinados o a formulaciones terapéuticas que nos resultan cómodas o conocidas no determinen las directrices prácticas del manual. Seguro que solo lo conseguimos de forma parcial, pero hemos intentado honestamente durante los últimos 4 años poner en práctica lo que la investigación dice que funciona y recoger en el manual todo aquello que nos ha ayudado, organizándolo de acuerdo a nuestra experiencia.



La idea más fundamental ha resultado ser sencilla: la consecución de alianza terapéutica con el adolescente y la familia es una precondition que determina cómo va a ser el proceso y el resultado de la terapia. Esta afirmación es un dato recurrente de la investigación en psicoterapia, y en nuestra experiencia resulta clave. Por eso el manual describe un modelo concreto para entender qué es y cómo se crea la “alianza terapéutica” cuando se está trabajando con un adolescente y su familia. Un buen modelo técnico para la terapia y un conjunto exquisito de técnicas fracasan con mucha facilidad si se aplica sin la colaboración del cliente; se produce ese fenómeno que

identificamos como “la operación ha sido un éxito pero el paciente falleció”. Por eso la creación de alianza terapéutica con el adolescente y la familia no es algo “supletorio” al proceso terapéutico sino un pilar fundamental del mismo. Cuando el tratamiento es algo que se sustenta por las alianzas creadas entre el equipo profesional y la familia (incluidas las alianzas que promocionamos entre adolescente y padres para comprometerse con la terapia) los cambios y mejoras fluyen a partir de las técnicas más sencillas propuestas por el terapeuta.

Un concepto esencial que nos parece muy cercano al de la alianza terapéutica es el apego afectivo entre padres e hijos. Cuando el deterioro de la convivencia y el nivel de conflicto en la familia es muy alto, el contacto inicial del profesional con la familia puede ser engañoso: muchas veces parece que solo hay emociones negativas, distancia, indiferencia e incluso desprecio. Sin embargo, en este manual se pone mucho énfasis en que el terapeuta no debe hacer conclusiones precipitadas sino que debe trabajar para crear un clima de “re-conexión” de las emociones y experiencias positivas que comparten los miembros de la familia. No es una tarea fácil pero es imprescindible hacer este trabajo. Por esa razón el manual sugiere como estrategia inicial la creación de alianza con el adolescente y con los padres, para después trabajar el compromiso y la conexión emocional entre ellos.

Para entender y reparar las dificultades y trastornos del apego hemos visto que es muy importante conocer la “experiencia de los padres como hijos”, es decir, cómo fue la experiencia de los padres de nuestros adolescentes en tratamiento cuando ellos fueron niños y adolescentes. No se pretende con esto hacer un viaje intenso y profundo hacia el desarrollo psicológico de los progenitores, sino simplemente entender mejor qué factores personales dificultan en ocasiones el cambio en las relaciones presentes con los hijos. La experiencia de trabajar en terapia familiar nos ha hecho a algunos de nosotros definirnos, en tono de humor, como “deterministas relacionales”. Nuestra formación tradicional como psicólogos nos impuso la idea de que las relaciones (como las que se tienen en la pareja o en la familia) pueden predecirse a partir del conocimiento de los individuos (“según cómo son las personas, así serán sus relaciones”). Sin embargo, la práctica nos ha hecho dar la vuelta a ese argumento y pensamos ahora que son las relaciones las que predicen cómo son las personas y cómo es su comportamiento: “cuando vives una re-

lación positiva y segura, tú eres una persona segura y positiva”. Por ello, el apego lo entendemos en este manual como un fundamento del tratamiento, pero siempre bajo la perspectiva de que el apego no solo es el resultado de una relación, sino una forma de relacionarse.

Otro de los fundamentos básicos para entender y ayudar a solucionar el conflicto del adolescente en su familia es el balance entre la autonomía y la dependencia. Este balance es también un eje fundamental de las relaciones humanas en general. La independencia de los demás, la autonomía propia, es una necesidad humana que se vincula con la madurez y el sentido de identidad personal. Pero la dependencia y el sentido de pertenencia también son una necesidad esencial: saber que hay reciprocidad en nuestra necesidad de los demás, saber que el afecto de otras personas nos cobija y confirma nuestra identidad. Estas dos necesidades, autonomía y dependencia, parecen contradecirse pero son dos caras de la misma moneda. Son dos polos que en cada persona y en cada familia regulan un equilibrio particular e idiosincrásico. En la adolescencia suele producirse una transformación muy dramática en relación con este equilibrio: el adolescente maximiza su reclamación de autonomía dentro de la familia, y maximiza su sentido de inter-dependencia y pertenencia dentro del grupo de amigos y compañeros. Es algo natural para desarrollarse psicológica y socialmente, pero el cambio que se produce en el seno de la familia no siempre es inocuo; en ocasiones pone en entredicho la capacidad adaptativa de todo el sistema familiar. La tradición de la terapia familiar nos ha dado muchas estrategias consolidadas de intervención para ayudar a las familias en la consecución de este equilibrio entre autonomía y dependencia. En el tratamiento de los adolescentes y sus familias que se describe en este manual se pone mucha atención a este aspecto que aparece en relaciones familiares que se han etiquetado como “sobreprotectoras”, o “desligadas”, a “caóticas”, o “aglutinadas”, etc. El manual no reconoce ninguna estructura familiar particular como alternativa garantizada y saludable, hay muchas variables culturales y específicas de cada familia que determinan su propia forma adecuada de funcionar. Pero el tratamiento contempla formas de ayudar a las familias a encontrar su propio balance entre autonomía y dependencia.

Qué es, cómo se hizo, y cómo usar este manual

Este manual es una guía fundamentada en la investigación y también en estudios de casos. No es un manual que prescribe de forma rígida cómo debe hacerse el tratamiento sesión a sesión. Es una guía que describe operativamente una formulación de la terapia familiar que cualquier terapeuta o profesional podría incorporar (total o parcialmente) en su contexto y estilo de trabajo. Una Guía, al igual que un Mapa, te ayuda a recorrer un camino, a llegar a un sitio determinado, sin que se excluyan otras formas de llegar al mismo sitio. Una Guía intenta facilitarte las cosas y siempre que es posible te da opciones, indicando claramente lo que se sabe de cada una de esas alternativas. Un Mapa no te marca el ritmo que has de seguir, pero te da indicaciones de la distancia y del recorrido; eso pretendemos con este manual de tratamiento.

Pensamos que manualizar una experiencia de tratamiento es útil y en cierto modo una obligación ética. Es una manera de definir cómo hacemos nuestro trabajo para que pueda valorarse su eficacia y para que tanto los profesionales que derivan las familias a un programa de tratamiento, así como las propias familias que son clientes de nuestro servicio, puedan conocer los fundamentos y la metodología de nuestra forma de trabajar.



La Fundación Meniños (www.meniños.org) es una organización con más de una década de experiencia en la intervención familiar en el contexto de protección a la infancia. Dentro de sus programas de ‘reunificación familiar’ (orientados a intervenir en las familias que tienen un menor en un centro de protección con el objetivo de propiciar unas condiciones que permitan la vuelta del niño a su contexto familiar) como en sus programas de ‘atención familiar con menores en riesgo’ (tanto en un contexto preventivo como en familias intervenidas por los servicios de protección a la infancia) ha acumulado una larga experiencia de trabajo con adolescentes y familias. Ese trabajo ha tenido desde hace 4 años una colaboración específica con la Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar (UIICF) de la Universidad de A Coruña para el desarrollo del programa terapéutico ‘*Conecta*’ dirigido a adolescentes y familias (ver anexo 1). La UIICF (ver anexo 2) es un equipo de investigación aplicada que desde hace 13 años se ha responsabilizado también de la formación de especialistas en intervención familiar (mediante el curso de postgrado que capacita para el título ‘Experto en Intervención Familiar’). La UIICF cuenta con un centro que atiende a 40 familias al año en tres programas de terapia que además de su función de tratamiento represen-

tan líneas de investigación aplicada. Uno de esos programas atiende específicamente a adolescentes y familias.

El presente manual es producto de un compromiso entre la Fundación Meniños y la UIICF para colaborar en la creación de un programa piloto para la atención a adolescentes y familias en conflicto, el programa ‘Conecta’. El manual recoge el resultado de esa colaboración, que ha incluido el análisis conjunto de casos y terapias de grupo, así como la discusión de los principios fundamentales del tratamiento.

En Junio de 2009 se realizó un encuentro de investigación sobre la terapia familiar con adolescentes que tuvo como invitados a Micki Friedlander, profesora de la State University of New York at Albany (USA) y a Gary Diamond, Co-Director del Center for Family Intervention Science, Children’s Hospital of Philadelphia (USA). Ambos, expertos en la terapia familiar con adolescentes, se sumaron como asesores al equipo de trabajo y su contribución ha sido fundamental para el desarrollo del programa ‘Conecta’ y del presente manual.

El procedimiento de confección del manual se ha basado desde el principio en una retroalimentación continua entre las fuentes científicas de calidad (investigación en publicaciones de prestigio) y la discusión en equipo de una serie de casos tratados en la UIICF y que fueron elegidos como muestra de referencia para la operacionalización del tratamiento. Las condiciones de tratamiento de la UIICF incluyen la grabación en vídeo de las sesiones de terapia, la recogida de información mediante auto-informes de los clientes y terapeutas antes y después de cada sesión, y el seguimiento de las sesiones en tiempo real por parte del equipo mediante un circuito cerrado de televisión. Todas esas condiciones, siempre ejecutadas con el consentimiento informado de las familias, han sido esenciales para el desarrollo del presente manual.

Las fuentes documentales principales que sustentan la formulación del trabajo terapéutico que se describe en este manual están referenciadas en la sección de referencias bibliográficas del mismo; sin embargo es obligado citar tres trabajos previos que han configurado el apoyo principal del presente manual: (a) el modelo “SOFTA-SOA-TIF” de alianza terapéutica en terapia familiar (Escudero y Friedlander, 2003; Friedlander, Escudero, y Heatherinton, 2006, 2009; www.

softa-soatif.net), la *Guía Práctica para la Intervención Familiar* en el contexto de los servicios sociales, confeccionada y publicada por iniciativa de la Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León (Escudero, 2009), descargable desde www.jcyl.es.

En nombre de todo el equipo de trabajo y con un agradecimiento especial a todas las familias que nos han ofrecido una fuerte alianza para el trabajo terapéutico, esperamos que este manual te sea útil y que de esa forma la colaboración y la alianza se extienda también a ti como lector y usuario del manual.



1. Introducción



Roberto,

es un adolescente de 17 años que no logra explicarse cómo es que se encuentra con su abuelo esperando a tener una entrevista con una psicóloga en un centro que trata familias. Está enfadado, las cosas se han puesto de una manera que no le queda más remedio que estar ahí. Pero Roberto sabe que su abuelo ya ha avisado de su enfado, le ha oído decir por teléfono antes de acudir al centro que “el chico dice que irá a la fuerza pero que no va a hablar, que no va a decir nada”. El abuelo está también nervioso, siente que ya no puede hacer mucho más y la actitud agresiva de Roberto en el último año le desborda; se siente cansado, impotente, y tiene una enorme necesidad de que este servicio consiga cambiar la actitud de Roberto. Cuando la terapeuta les recibe y comienza a hablar con ellos la tensión es muy grande. El abuelo está muy pendiente de cómo va a reaccionar Roberto, al punto de que no puede poner mucha atención a las preguntas que le hace la psicóloga. Roberto está tenso porque no soporta la preocupación y la vigilancia de su abuelo, pero está comprobando que al menos puede hacerle ver que se siente “atrapado” y que “no es justo” obligarle a pasar por esto; le cuesta también atender a la psicóloga, aunque para su sorpresa no se encuentra demasiado incómodo con la manera en que ella ha comenzado, ¡al menos no se ha centrado en la lista de quejas que trae su abuelo preparadas!

Esta es una situación inicial real (transformada en nombres y otros datos para mantener la confidencialidad) bastante común en la intervención con adolescentes y su familia. ¿Qué historia hay detrás de esta tensión de Roberto y su abuelo ante la orientadora que va a intentar ayudarles a recomponer su convivencia?

Roberto vive desde muy pequeño con sus abuelos, a los que llama “madrina” y “padrino”, nació cuando sus padres eran muy jóvenes y su matrimonio apenas duró dos años. Su madre se estableció en otra ciudad para trabajar en un negocio familiar y su padre “desapareció” por un tiempo largo. Roberto tuvo un diagnóstico de diabetes ya en su infancia, y la necesidad de cuidados médicos añadida a la situación de precariedad económica y separación de sus padres hizo que siempre estuviese viviendo en un ‘acogimiento de hecho’ con sus abuelos. Sin embargo, nunca perdió el contacto con su madre; y tuvo periodos en los que su padre “aparecía” y mantenía cierto contacto con él, contacto que jamás resultó estable. Recientemente, los problemas de comportamiento de Roberto (salir sin cumplir el horario establecido por los abuelos, fumar porros, saltarse clases y suspender muchas asignaturas, faltas de respeto a profesores) derivaron en escaladas de agresividad con sus abuelos. Estos decidieron pedir ayuda al padre biológico de Roberto con el que no habían perdido del todo el contacto, pensaron que quizás él pudiese “imponer respeto”. El padre respondió positivamente y comenzó a venir a la casa de Roberto para advertirle que se iba a ocupar de controlar su comportamiento inaceptable. Roberto vivió estas “visitas” como una gran traición por parte de sus abuelos, con una gran rabia, y cada visita se convirtió en una agria discusión. En la tercera “visita” del padre la discusión derivó en agresividad y Roberto propinó a su padre un golpe y un empujón que le arrojaron al suelo. El padre denunció la agresión con la anuencia de los abuelos y la crisis generó una prescripción de tratamiento de Roberto.



Julián,

un adolescente de 14 años, se encuentra tenso y preocupado en su primera sesión de terapia; no le inquieta nada tener que estar aquí ni el terapeuta que parece tranquilo y seguro, lo que le pone tenso y en actitud defensiva es la ansiedad que muestran sus padres, especialmente su madre. Julián se pregunta si va a tener que estar siempre con sus padres en estas reuniones, y cómo evitar que su madre se ponga a llorar cada vez que el terapeuta intente saber algo de él o de lo que él hizo. Juan (electricista, 45 años) y María (ama de casa, 44 años) son los padres de Julián y saben que la situación de su hijo puede complicarse mucho: han sido derivados desde el equipo psico-social de la Fiscalía del menor a raíz de una serie de denuncias por la participación de Julián en unos robos. Ellos temen que todo eso terminará mal porque hace más de un año que perdieron las riendas de lo que Julián hacía en la calle, incluyendo su abandono del colegio.

Julián tiene una hermana de 20 años, Andrea, con una discapacidad intelectual que conlleva un considerable grado de dependencia de los padres y del personal de un centro de día especializado. Julián también tiene un hermano de 19 años, Abel, que se fue de casa hace cerca de dos años a raíz de un ultimátum que los padres le hicieron por su mal comportamiento. Julián dice tener una buena relación con su hermano, y habla de él con respeto y cierto grado de admiración, le gustaría seguir sus pasos y llevar una vida como la que lleva él, lo ve como una persona autónoma que gana dinero y hace lo que quiere. Los padres también mantienen una buena relación con el hermano actualmente y están contentos con cómo ha resultado todo con él. Con Andrea dicen llevarlo bien, aunque es una gran responsabilidad y cansa mucho. Dicen que Andrea no suele dar problemas porque es muy obediente y tranquila, excepto en tiempos en que hay más discusiones en casa, como ahora, en los que se altera mucho y requiere una mayor atención y cuidado para que se tranquilice.



Un clima de angustia reina en la primera entrevista con esta familia; ni Julián ni sus padres tienen reparo en participar. Después de diversas citas en servicios sociales y en la fiscalía del menor ven la terapia como una alternativa que les podría salvar de algo peor. A Juan y María les preocupa mucho que le puedan internar en un centro por sus absurdos delitos. Afirman que Julián en el fondo es un “buenazo” y que todo lo que ha hecho se debe a lo infantil que es y a que ellos no han sabido apartarle de las malas compañías. Julián dice no saber por qué ha cometido los robos de los que se le acusan, se muestra confundido con todo lo que está pasando y confirma lo que dicen sus padres de manera automática y poco creíble: dice que se dejó llevar por esos amigos pero que ya no lo va a hacer más... así que ya todo irá bien y no hay más problemas. Al igual que a sus padres, a él también le cuesta centrarse en lo que el terapeuta le pregunta porque esta reunión la vive como un eslabón más de una posibilidad que les asusta: la separación si tiene que ingresar en un centro. Ahora se dan cuenta de que su situación escolar es incierta porque ha sido expulsado de su actual instituto y está en proceso de ser trasladado a otro centro. Para Julián su no asistencia al instituto parecía una cosa menor, siempre pensó que no pasaba nada y que el tiempo le daría libertad para hacer lo que quisiera; ahora le gustaría arreglarlo todo rápido y mostrar que no hay ningún problema.

María se muestra extremadamente ansiosa en sesión, no cesa de balancearse en su asiento y de frotarse las manos efusivamente. Incluso cuando el terapeuta le pide que se intente tranquilizar y que adopte una posición más relajada, no es capaz de reducir su grado de tensión. Juan comenta que María es muy nerviosa, que siempre lo ha sido. María lo corrobora pero afirma que su marido es demasiado pasivo y que no se impone como debería. Esto les hace discutir mucho. Según Julián, los nervios de su madre le hacen estar nervioso a él y le frustran, lo cual hace que haya mucho conflicto entre ellos. A pesar de que lleva un tiempo bajo tratamiento psiquiátrico y con medicación por su ansiedad, María fuma cerca de tres paquetes de cigarrillos al día y bebe mucho café. Juan, por otro lado, parece ser más tranquilo, aunque confiesa optar por evadirse viendo la televisión y manteniéndose al margen de los problemas porque “ya bastante se preocupa María por los dos”. Esto hace que María sienta que no puede confiar en él. Según Julián, los padres discuten muy a menudo y “es insoportable estar en casa”.



Desde la primera sesión se hace evidente que la ansiedad de María está también relacionada a experiencias traumáticas con un hermano muerto y dos en la cárcel por problemas con las drogas. Le da mucho miedo que sus hijos puedan seguir esos mismos pasos. También le da miedo tener que llegar al extremo que se llegó con Óscar, el hermano de Julián, cuando lo echaron de casa, no solo porque es más pequeño, sino porque tiene más miedo de que no sepa salir adelante. Confiesa que a Julián siempre lo ha protegido y mimado más, lo cual hace que ande más detrás de él y acaben discutiendo a menudo. Juan suele ser el que más límites pone. No obstante Julián mantiene una relación muy íntima con su padre, hace cosas con él y se siente cómodo contándole sus cosas. Como del hermano, Julián habla del padre con respeto y admiración.

En situaciones como las de estos adolescentes surgen una serie de preguntas inevitables para los profesionales de los servicios de intervención familiar que pueden recibir el encargo de trabajar con esta familia, preguntas esenciales que abordamos a lo largo de este Manual: ¿Cómo manejar la tensión y el conflicto inicial para

hacer posible una ayuda terapéutica para adolescentes como Roberto o Julián y sus familias? ¿Quiénes han de formar parte del tratamiento (generalmente el adolescente ya viene marcado como foco del problema)? ¿Cuál va a ser el objetivo de la intervención en términos prácticos -ya que la visión del conflicto es tan divergente entre el adolescente y los adultos-? ¿Cómo formular la intervención terapéutica? ¿Cómo proceder paso a paso para completar el tratamiento?

En el ejemplo de Roberto, una característica muy destacable del clima inicial en la terapia es la rabia de Roberto, su necesidad de expresar ira delante de sus abuelos. Esta característica es muy común en los adolescentes en conflicto, aunque también en ocasiones encontramos adolescentes con sintomatología depresiva u obsesiva, y adolescentes que interiorizan su agresividad y su rabia hacía ellos mismos.

En el caso de Julián, el principal foco de conflicto es la tensión provocada por los miedos y la ansiedad. Por parte de los padres, particularmente de la madre, existe un alto grado de preocupación por Julián por el miedo a que siga los pasos que llevaron a sus hermanos a la cárcel y a perder la vida. La ansiedad en los padres también viene asociada a los problemas de confianza y comunicación dentro de la pareja. Por parte de Julián, su alto grado de ansiedad se relaciona a las tensiones constantes entre los padres, por un lado, y a la preocupación y vigilancia de ellos hacia él, por otro. María “calma” su ansiedad fumando grandes cantidades de tabaco y con medicación que le ha sido prescrita. Juan y Julián tienden a responder a las tensiones con conductas de escape; Juan opta por adoptar una actitud pasiva y despreocupada y Julián pasa la mayor parte del tiempo fuera de casa, fumando cannabis con los amigos y realizando conductas de riesgo. El alto grado de tensión en la familia viene acompañado de frecuentes conflictos y discusiones, que no hacen más que aumentar el grado de desconfianza y preocupación en los padres, y la frustración y conducta de escape de Julián.



2. Crear el sistema terapéutico

2.1

Incluir a la familia



Si partimos de un ejemplo como el de Roberto, lo primero que hemos de clarificar es qué razones tenemos para estar tan seguros de que merece la pena crear un sistema de trabajo que integre a toda la familiar en lugar de trabajar de forma aislada con el adolescente. Por un lado están las razones que se basan en la investigación de la eficacia de tratamientos para adolescentes con diferentes tipos de problemas (y que revisamos más abajo, sección 3.1.2): hay motivos para pensar que el tratamiento conjunto del adolescente y de la familia, además de mostrar eficacia equivalente a tratamientos individuales (Pinsof, Wynne, & Hambright, 1996; Shadish, Ragsdale, Glaser, & Montgomery, 1995), tiene beneficios adicionales para todo el sistema familiar.

Pero además es constatable que los adolescentes raramente solicitan ellos mismos ayuda de tipo terapéutico. Por otra parte, cuando la crisis del adolescente está asociada a conducta antisocial (uso de drogas, no cumplimiento de normas escolares o sociales) es aún más difícil que la motivación y demanda de tratamiento provenga del adolescente, especialmente porque en esos casos casi siempre el conflicto con sus padres y el desafío a figuras de autoridad forma parte del contexto en el que se inicia el trabajo (Karver, Handelsman, Fields, & Bickman, 2006; Shirk & Karver, 2003).

Finalmente, desde una perspectiva sistémica, parece lógico que cuando la familia forma parte de la estructura que mantiene el problema (Escudero, 2009; Pinsof, 1995), bien sea por su forma de funcionar –estructura familiar–, o por las soluciones que intentan –patrones de solución ineficaces con el adolescente–, o debido a carencias en el plano afectivo –dificultades de apego–, la intervención tienda a incluir a la familia como recurso para el cambio.



Sin embargo, la creación de un sistema terapéutico que integre a la familia y al adolescente conlleva un nivel de complejidad que exige una formación específica del terapeuta familiar, tanto de tipo conceptual como en el plano de las habilidades. La fuente principal de complejidad, que marca una diferencia con respecto a la terapia individual, es que se han de manejar múltiples niveles de relación y múltiples motivaciones entre los miembros de la familia. Relaciones y motivaciones diferentes que además con frecuencia están en abierta contradicción. Nuestro ejemplo de Roberto ilustra esa situación: el adolescente no quiere acudir y se siente obligado y atrapado, el abuelo por su parte busca desesperadamente una ayuda después del desastroso resultado de intentar que el padre biológico de Roberto se convirtiese en una fuente de autoridad y disciplina. La relación entre el abuelo y el adolescente es muy difícil e interfiere en la relación que la terapeuta quiere establecer con ellos: tanto Roberto como su abuelo están más pendientes de cómo reacciona el otro ante la terapeuta que de responder a lo que ella les pregunta. Detrás de todo este escenario, en el caso de Roberto, hay una crisis causada por una agresión que ha sido denunciada, todo el entorno familiar está por lo tanto sometido a una presión especial, y no sabemos todavía qué papel pueden jugar los padres y la abuela. Hay lógicamente muchos otros perfiles, diferentes al de Roberto, del contexto inicial de trabajo, algunos mucho menos extremos y complicados, pero otros incluso más conflictivos y de mayor crisis. Sin embargo, es muy frecuente que la creación del sistema terapéutico parta de estas características comunes: (a) la relación entre los miembros de la familia es conflictiva y hay un clima emocional negativo, y (b) hay miembros de la familia que ven en la terapia una posibilidad valiosa de ayuda pero otros vienen sin ganas o incluso sintiéndose obligados o “acusados” de algo.

Por lo tanto, la creación del sistema terapéutico se enfrenta con mucha frecuencia al hecho de que concurren motivos y expectativas en conflicto (Beck, Friedlander, y Escudero, 2006) y el terapeuta ha de afrontar la ardua labor de establecer un contexto de colaboración con el grupo de personas que asisten a la sesión, para lo cual tiene que establecer una alianza con cada individuo y con el conjunto de todos ellos. Incluso en ocasiones en las que los motivos para buscar ayuda pueden parecer a primera vista similares, o por lo menos congruentes (por ej., ambos padres de un adolescente están igualmente preocupados por su comportamiento y el mismo adolescente

reconoce que ha de hacer algo para no ser expulsado del colegio), no es infrecuente que el terapeuta se encuentre en las primeras sesiones con situaciones o motivaciones muy contrapuestas, cuando no conflictivas (por ej., el padre considera que el hijo “necesita un escarmiento” y no le vendría tan mal ser expulsado, la madre quiere que la terapia sirva para que el “padre se implique más en controlar a su hijo”, el hijo quiere simplemente cumplir con el requisito de algunas sesiones para “que se aleje la amenaza” de una expulsión).

En el ejemplo de Julián, tanto él como sus padres parecen unidos y comprometidos con la terapia. El temor a un internamiento como consecuencia de las denuncias cursadas contra Julián produce un efecto de aparente unión para estar en terapia, incluso repiten mecánicamente los mismos argumentos, casi las mismas frases (“no me daba cuenta y me dejé llevar por los amigos”, “ya sé que me porté mal, es normal el enfado”, etc.). Pero esta unión inicial no garantiza que la familia vaya a comprometerse con cambios en aquellos factores del funcionamiento familiar que mantienen el nivel de riesgo en las conductas de Julián.

Tanto la investigación como la experiencia clínica reflejan que la creación de un sistema terapéutico de colaboración familiar, basado en el establecimiento de alianza terapéutica, representa un reto no solo por el número de personas involucradas, sino también por la complejidad y diversidad (a veces contradicción) de las motivaciones y expectativas sobre la terapia (Friedlander et al., 2009).

El conflicto en los motivos y expectativas de la terapia no son tampoco algo circunscrito a la propia familia, hay ocasiones en las que el contexto de derivación es vivido por la familia como una intrusión, por ejemplo por parte de los Servicios de protección a la infancia, de los Juzgados de Familia, o del sistema escolar. Las condiciones para la creación de una buena relación terapéutica pueden estar dañadas de antemano por una situación de coerción que la familia va a proyectar en su relación inicial con el terapeuta.

2.2

Considerar el conflicto

Dentro de la complejidad de la dinámica de relaciones iniciales que afectan a la creación de una buena relación terapéutica con la familia hay algunos aspectos de gran relevancia (Friedlander, Escudero, y Heatherington, 2009): (1) *la estructura de poder de la familia*, que puede hacer vulnerables a determinados miembros de la familia (con mucha frecuencia los menores, y también las mujeres respecto a los hombres), y esta vulnerabilidad puede ser extrema si aquellos que hacen uso de ese poder son abusivos; (2) *el conflicto en crisis*, expresado en el hecho de que muy a menudo las familias buscan –o aceptan– la ayuda profesional cuando hay un conflicto agudo entre sus miembros. En la intervención con adolescentes es importante hacer una buena valoración del nivel de riesgo en que se encuentran los miembros de la familia más vulnerables en la situación de conflicto; a veces el riesgo sobre el propio adolescente, y en ocasiones el riesgo de los padres o de otros hermanos. Además de una valoración adecuada del nivel de riesgo, el terapeuta debe contener y manejar adecuadamente las expresiones más negativas del conflicto. El trabajar con la familia conlleva que lo que sucede en la sesión no solo puede estar contaminado del conflicto en sí, sino que lo que acontece en la sesión tiene consecuencias en la vida cotidiana (Friedlander, 2000).

Otro corolario del conflicto es que en muchas ocasiones los secretos van unidos al conflicto (Imber-Black, 1993). Y los secretos también tienen una influencia diferenciada en la terapia familiar conjunta, con consecuencias particulares en el establecimiento de un clima de colaboración y alianza de trabajo con el terapeuta. Como describimos más abajo (sección 5 de este Manual), el proceso de trabajo con el adolescente y la familia incluye sesiones individuales con el adolescente y sesiones con los padres, o bien el terapeuta dedica tiempo a solas con cada subsistema. Durante el tiempo que el terapeuta dedica a solas con el adolescente, éste elige qué va a revelar y qué no, y tiene lógicamente que confiar en la confidencialidad del terapeuta; sin embargo, en las sesiones conjuntas (bien entre los padres, bien de padres y adolescentes) cada miembro de la familia no puede controlar lo que otros decidan decir y cada uno de los participantes está expuesto a lo que otros quieran desvelar; también puede darse el temor a que el terapeuta desvele algo que han contado en sesiones separadas (solo con los padres o solo con el adolescente). Al igual que los miembros de la familia no pueden esquivar un secreto cuando alguno de ellos decide destaparlo, el terapeuta tampoco puede controlar totalmente que esto se produzca y tenga efectos no deseados sobre el clima más adecuado para la colaboración de todos. La creación del sistema terapéutico está marcada por las cuatro dimensiones de la alianza terapéutica descritas en detalle más abajo (sección 4.1.1), pero una de esas dimensiones, la creación de Seguridad, es vital en las fases más iniciales. La terapia familiar con el adolescente requiere de la creación de un contexto seguro para todos. Esta es por lo tanto una tarea esencial y primaria del proceso de terapia que algunos autores consideran incluso una “pre-condición” para un posterior desarrollo adecuado de la terapia (Escudero, Friedlander, Varela, y Abascal, 2008).

2.3 Comunicación

La comunicación entre terapeuta y familia está enmarcada a su vez en el tipo de comunicación que tienen los miembros de la familia entre ellos. Podemos afirmar que, al igual que pasa en una terapia individual, es esencial la forma en la que el terapeuta construye la historia y la definición del problema, a partir de las quejas y demandas de ayuda de los clientes. Sin embargo, tal y como hemos descrito en nuestro ejemplo del caso de Roberto, es frecuente que en la terapia familiar algunos miembros de la familia comiencen la terapia menos interesados en el punto de vista del terapeuta que en cómo van a definir el problema los otros miembros de la familia. Roberto estaba muy centrado en qué tipo de “acusaciones” iba a recibir del abuelo, y éste estaba muy pendiente de qué reacciones iba a tener Roberto, incluyendo el temor de que abandonase la sala o se pusiese agresivo con él delante de la psicóloga. En aquellas familias en las que hay poca comunicación (por un clima emocional distante y frío, o bien muy conflictivo y cargado de agresividad) lo más común es que el adolescente no tenga una idea correcta de cómo le ven sus padres y hermanos; y los padres no tienen tampoco mucha idea de cómo los ve su hijo adolescente.



En el caso de Julián, todos parecen compartir la idea de que el que necesita ayuda terapéutica es él, por tanto el grado de discordia es algo menor. Sin embargo, el nivel de ansiedad que caracteriza las interacciones en esta familia, provocada por los miedos de los padres y la frustración de Julián, puede invadir la comunicación entre la familia y el terapeuta desde el inicio de la terapia. Tanto en el caso de Roberto como en el de Julián, la ansiedad y la tensión están presentes en la relación terapéutica como una consecuencia de la relación familiar. El terapeuta familiar tiene que estar preparado (desde un punto de vista teórico y también en su formación práctica) para afrontar esta ansiedad adecuadamente y crear un clima seguro y de alianza terapéutica (Friedlander, Escudero, y Heatherington, 2009; Carpenter, Escudero, y Rivett, 2008). La preparación del terapeuta familiar tiene que servir para que sea capaz de mostrar receptividad a las preocupaciones de todos los miembros de la familia, ya que esa receptividad puede determinar la motivación de éstos para comprometerse con el tratamiento más allá de la primera sesión (Shapiro,

1974). La complejidad del tratamiento conjunto de una familia reside en que cada miembro no solo le expresa (verbal y no verbalmente) al terapeuta sus sentimientos y reacciones, sino que expresa también en cierta manera (generalmente indirecta) los sentimientos y reacciones hacia todos los demás que están en la sala (Pinsof y Catherall, 1986; Rait, 1998).

El vínculo que establece el terapeuta con el cliente tiene un foco claro en el caso de la terapia individual, pero es multi-focal y complejo en el caso del tratamiento de una familia. Ese vínculo tiene que ser fuerte con todos los miembros de la familia, no únicamente con los que acuden a todas las sesiones, sino también con miembros de la familia que tienen un rol más indirecto en el sistema terapéutico (Pinsof, 1995). Por ejemplo, el padre de Roberto acudió solamente a una sesión pero se hizo patente que tenía una gran influencia sobre las opiniones del abuelo; tampoco la madre de Roberto podía hacerse presente en las sesiones pero a pesar de no vivir con Roberto su influencia no era menor ya que hablaba 2 o 3 veces a la semana con él por teléfono. Paralelamente, en el caso de Julián, el papel de su hermano Abel es importante puesto que lo ve como modelo a seguir y porque sirve como apoyo para los padres al proporcionar su perspectiva personal de cómo llevar la situación. Su hermana Andrea, por otro lado, proporciona información emocional de gran valor por sus reacciones espontáneas ante la emocionalidad de los otros miembros de la familia. La presencia de Abel y de Andrea en la sesión el día en que Julián fue internado en el centro fue determinante. Por un lado, Abel ofreció gran apoyo e inspiró esperanzas para movilizar a la familia para seguir adelante con el trabajo terapéutico. Por otro, las reacciones de Andrea durante la sesión ayudaron al terapeuta a detectar cuando la madre comenzaba a sentirse muy angustiada por lo que oía.

2.4 Mapa del sistema

Es importante que el terapeuta familiar tenga un “mapa” amplio y ecológico del sistema terapéutico en el trabajo con los adolescentes. En los dos casos presentados anteriormente fue importante considerar y utilizar en la terapia el papel de figuras no directamente relacionadas con el problema: la tía de Roberto y el hermano mayor de Julián. En ese mapa hay que incluir también todo el contexto profesional. No debería sorprender que algunas dificultades para crear un contexto amplio de colaboración provengan del propio sistema profesional: tensiones o conflictos entre el terapeuta y algunos miembros importantes de la red profesional en la que el adolescente está implicado, otros miembros del equipo –el supervisor, un educador –, orientador o director del centro escolar, personal de la fiscalía del menor, personal responsable de un tratamiento por el uso de drogas, etc. Hay que considerar que la complejidad es mayor a medida que aumenta el número de personas en (a) *el sistema directo del adolescente* (miembros de la familia que acuden juntos a la terapia), (b) *el sistema indirecto del adolescente* (miembros de la familia que no participan directamente en la terapia pero que tienen influencia), (c) *el sistema directo del terapeuta* (miembros del equipo profesional involucrados directamente en una sesión dada en un momento determinado) o (d) *el sistema indirecto del terapeuta* (miembros del equipo



que no participan directamente en la terapia y otros miembros de la red profesional que tienen relación con el caso) (Pinsof, 1994). Una visión amplia del sistema terapéutico –“mapa sistémico”– proporciona mejores recursos potenciales para crear y consolidar contextos terapéuticos seguros.

En el caso de los adolescentes, un tipo de dificultad específica en la creación de un contexto de trabajo basado en la alianza terapéutica se da cuando la familia acude al tratamiento por mandato judicial, ya sea del Juzgado de Familia o de los Servicios de Protección a la infancia y la adolescencia, o cuando los adolescentes asisten a terapia muy presionados por miembros de su familia, o cuando instituciones externas (aún sin mandato judicial) tienen poder directo o indirecto sobre ellos. Precisamente en esos casos, el enfoque basado en la creación de alianza terapéutica es aún más pertinente.

Un fenómeno característico únicamente de la terapia de familia y que es muy relevante en la intervención familiar con los adolescentes es la “alianza dividida” (Muñiz de la Peña, Friedlander, y Escudero, 2009). Ese patrón en la relación terapéutica se da cuando uno de los miembros de la familia se siente mucho más vinculado emocionalmente al terapeuta que otro. La alianza dividida de tipo “severo” es la más perniciosa para el proceso de terapia ya que predice el abandono del tratamiento (Muñiz de la Peña, et al., 2009); este tipo de alianza dividida se da cuando los sentimientos positivos de alguno de los clientes hacia el terapeuta (buena conexión emocional) se contraponen al claro y patente antagonismo hacia el terapeuta por parte de otros miembros de la familia. En el trabajo con los adolescentes es fácil que una buena relación del profesional con los padres se contraponga a una reticencia o rechazo hacia el terapeuta por parte del adolescente. Pero también ocurre a veces lo contrario, que una buena conexión del terapeuta con el adolescente genere sospechas y reticencias en los padres. También el terapeuta ha de considerar el riesgo de “alianza dividida” en las fases de trabajo con los padres o cuidadores sin el adolescente (en los casos en los que se trabaja con más de un adulto), ya que es fundamental que la alianza se de con todos.

El terapeuta debe entender que hay factores relacionados con la propia naturaleza y dinámica del sistema familiar que explican que resulte más fácil (o más espontánea) la relación del terapeuta con algunas partes de la familia que con otras. El terapeuta es un adulto, y por ello los niños y especialmente los adolescentes tienden a percibirle inicialmente como un “aliado de sus padres”. Si los padres del adolescente son una pareja heterosexual, el género del terapeuta es el mismo que el de uno de los dos clientes y opuesto al del otro. También la coincidencia del género del terapeuta y del adolescente va a influir de forma espontánea en un primer momento.

The background of the entire page is a solid orange color. Overlaid on this is a dense, intricate white maze pattern. The maze consists of many interconnected paths and dead ends, creating a complex geometric design. In the lower right quadrant, there is a white rectangular area containing the text.

3. Fundamentos del modelo de intervención



Nuestro trabajo de intervención familiar con adolescentes se sustenta en dos pilares básicos: (1) *la alianza terapéutica*, como base para crear unión y fuerza en la familia, y (2) *la investigación* sobre eficacia en el tratamiento familiar de los adolescentes en dificultad, que nos ofrece información relevante sobre factores y procedimientos que podemos integrar en el tratamiento.

Sprenkle y Blow publicaron un artículo en el año 2004 titulado “Los Factores Comunes y Nuestros Modelos Sagrados” que tuvo una gran influencia en nuestra formulación del trabajo terapéutico. En ese artículo los autores revisan la investigación de proceso-resultado en la psicoterapia en general y en la terapia familiar en particular, para concluir que si bien los modelos concretos de intervención son relevantes y necesarios, deberían basarse más en lo que conocemos sobre los factores comunes en psicoterapia, ya que esos aspectos de la psicoterapia son los que realmente ofrecen información relevante para la mejora de los tratamientos. Nuestra investigación sobre la relación terapéutica en la terapia familiar (Escudero, Friedlander, Varela, y Abascal, 2008; Friedlander, Escudero, y Heatherington, 2009) orientó nuestro trabajo clínico de forma que la creación y el mantenimiento de la alianza terapéutica se convierten en una directriz constante que marca el proceso de intervención de principio a

fin. La alianza terapéutica, definida en el modelo concreto (SOFTA-SOATIF) de cuatro dimensiones que describimos más abajo (sección 3.1.3), facilita la integración de otros aspectos de gran importancia en la terapia familiar con menores, como lo referente a las dificultades de apego (Diamond, 2005) o asociadas a traumas relacionados con abuso y maltrato (Johnson y Greenman, 2006; Johnson, Wright, y Ketring, 2002).

3.1

La alianza terapéutica

El trabajo del terapeuta familiar para crear un sistema terapéutico caracterizado por las alianzas debe sustentarse en aspectos tanto técnicos como teóricos (Carpenter, Escudero, y Rivett, 2008). Es importante que el terapeuta entienda bien el concepto de alianza terapéutica y que tenga un modelo claro de qué aspectos o dimensiones esenciales configuran la alianza terapéutica en el tratamiento conjunto de parejas o familias (Friedlander et al., 2009). Por ello, revisamos a continuación los aspectos teóricos de la alianza, la investigación más relevante, y describimos un modelo específico y operativo.

3.1.1. *El concepto de alianza terapéutica*

El uso del término *alianza* ha tenido una larga y significativa historia en el ámbito de la psicoterapia, y se puede afirmar que fue originalmente planteado por Freud (1940-1959) al diferenciar la ‘alianza’ de la ‘transferencia’. La transferencia se refiere al desplazamiento hacia el analista de los sentimientos, impulsos y necesidades del paciente relacionados con otras personas significativas para él. Por el contrario, la alianza de trabajo estaría relacionada, en esta perspectiva psicoanalítica, con la transferencia «no objetable» o «positiva» (Freud,

1940), entendida como el afecto y la confianza del paciente en relación con el terapeuta, es decir, aspectos que no son objeto del análisis, y que proporcionan la base y la motivación para el trabajo terapéutico (Muran y Safran, 1998).

Entre la conceptualización psicoanalítica y la actual definición de la alianza terapéutica ha habido muchas aportaciones valiosas (puede verse una revisión completa en Friedlander, et al., 2006-2009, cap. 1). Entre ellas, de Bibring (1973) y Sterba (1934), psicólogos del Yo (“ego psychology”) que argumentaron y fundamentaron objeciones al principio de las relaciones objetales, por el cual todo lo que un cliente siente en relación con el terapeuta es una reacción transference. Estos autores aportaron una perspectiva nueva centrando su atención en la adaptación del paciente a la realidad y en los aspectos positivos y no trasferenciales de la relación terapéutica. Muran y Safran (1998) consideran que el reconocimiento de que la alianza terapéutica era tan importante como el trabajo sobre la transferencia, hizo posible que algunos terapeutas de formación y práctica psicoanalítica iniciaran intervenciones distintas de la interpretación de la transferencia y se planteasen adoptar una posición terapéutica que no fuera la de la estricta neutralidad.

Una contribución muy importante fue la realizada por Strupp (1973) al fundamentar la idea de que la alianza terapéutica es decisiva no solamente en el contexto de la psicoterapia psicoanalítica, sino en todos los modelos de terapia. Strupp describe la alianza como un constructo que traspasa diferentes modelos teóricos y que influye en la eficacia de cualquier terapeuta aunque use técnicas diferentes (analíticas, de modificación de conducta, Gestálticas, etc.). En esa misma línea, ya a finales de los años 70, Bordin construyó una definición global que incorporaba las contribuciones teóricas previas realizadas desde diferentes modelos. La conceptualización de la alianza hecha por Bordin (1979) es el modelo de alianza más heurístico, el que ha tenido mayor influencia en la psicoterapia individual. Bordin definió la alianza de trabajo sobre la base de tres componentes: (1) el acuerdo entre el terapeuta y el cliente acerca de las metas del tratamiento, (2) el acuerdo de ambos sobre las tareas necesarias para conseguir esos objetivos, y (3) los lazos afectivos necesarios entre ellos para sostener el a veces arduo trabajo que representa el cambio terapéutico. De manera que a partir de esa conceptualización, la alianza terapéutica representa la cualidad y la fortaleza de la relación de colaboración entre el cliente y el terapeuta incluyendo “los lazos

afectivos entre ambos, tales como la confianza mutua, el consenso en el respeto y el interés..., un compromiso activo con las metas de la terapia y con los medios para alcanzarlas..., y un sentido de asociación” (Horvath y Bedi, 2002, pág. 41).

En la tradición de la terapia familiar sistémica, el tratamiento teórico y la importancia otorgada a la alianza terapéutica es muy dispar. Rait (1988) describió un continuo de posturas teóricas sobre la relación terapéutica organizado en dos polos extremos. En un extremo se sitúan las terapias experienciales (por ejemplo, Satir, 1964), en las que destaca la persona del terapeuta, y donde la calidez, el apoyo y la colaboración mutua son características fundamentales. En el otro extremo del espectro están las terapias multigeneracionales que tienen una influencia psicodinámica (por ejemplo, Bowen, 1966), donde el terapeuta se mantiene a distancia de la transferencia para así permanecer objetivo y diferenciado. También hacia ese extremo puede situarse el modelo de Milán (Selvini, Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1978), en el que la estricta neutralidad y las intervenciones prescriptivas de tipo paradójico no contemplan la importancia del vínculo con el terapeuta.

Sin duda W. Pinsof ha sido un autor clave en la conceptualización sistémica y en la investigación de la alianza terapéutica en el marco de la terapia de pareja y familia (Pinsof, 1994, 1995; Pinsof y Catherall, 1986). Este autor fue el primero en describir la causalidad recíproca en la alianza, haciendo ver que la simple operación de sumar la relación de cada cliente con el terapeuta no sirve para valorar la alianza «en su conjunto»; muy al contrario, las alianzas de cada miembro de la familia con el terapeuta, y las del terapeuta con cada subsistema familiar (por ejemplo, su alianza con los padres diferenciada de su alianza con los hijos) y la alianza global del terapeuta con todo el grupo familiar, afectan a todos entre sí y generan un complejo sistema de influencias recíprocas. Otra de las aportaciones relevantes de Pinsof (1994, 1995) es la definición de una nueva dimensión interpersonal de la relación terapéutica que ya hemos citado más arriba al referirnos al sistema terapéutico directo e indirecto: la *alianza intra-sistema*, que se refiere a las alianzas en el seno de la familia (entro todos los miembros y subsistemas, al margen del terapeuta) y también a las alianzas intra-sistema del terapeuta (alianzas dentro del entorno profesional al margen de la familia: terapeuta y co-terapeuta, terapeuta y supervisor, o terapeuta y otros profesionales que trabajan con la familia).



3.1.2. Investigación sobre la alianza

Actualmente, el reconocimiento de la importancia de la alianza terapéutica y su relación con la eficacia del tratamiento es muy general en todos los modelos de psicoterapia, incluso en aquellos que han estado tradicionalmente más interesados en los mecanismos específicos del cambio que en la propia relación terapéutica, como el caso de la terapia cognitivo-conductual o las terapias sistémicas breves.

Si nos desplazamos del ámbito teórico a la investigación empírica nos encontramos con que la investigación orientada a estudiar la relación entre proceso de terapia y resultado de la misma ha otorgado una importancia muy notable a la alianza terapéutica. Uno de

los resultados más consistentes de la investigación de proceso en psicoterapia es que la alianza terapéutica es predictiva del resultado del tratamiento para una variedad de enfoques terapéuticos (individuales) cuando se mide al principio del tratamiento, y especialmente cuando se mide desde la perspectiva del cliente –es decir, en base a los autoinformes del cliente– (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006; Horvath y Symonds, 1991). Veamos de forma muy resumida algunos de los principales resultados de la investigación.

En 1996, una revisión amplia de la investigación sobre Depresión del NIMH en Estados Unidos (National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program) arrojó sorprendentes resultados sobre la importancia de la alianza en relación con el resultado del tratamiento en una comparación a gran escala de diversos tipos de terapia: interpersonal, terapia cognitivo-conductual y farmacoterapia (Krupnick, Stosky, Simmons, Moyer, Elkin, Watkins y Pilkonis, 1996). Se comprobó que aproximadamente el 21% de la varianza en el éxito de la terapia era atribuible a la percepción que el cliente tiene de la alianza con el terapeuta, sin importar demasiado el enfoque o modelo de tratamiento.

La investigación mediante técnicas de meta-análisis también ha confirmado la importancia de la relación entre la alianza terapéutica en el proceso y el resultado final del tratamiento. Un meta-análisis (Horvath y Symonds, 1991) que incluyó 20 estudios diferentes (con terapeutas experimentados y de formación principalmente psicodinámica, experiencial y cognitivo-conductual) mostró un tamaño de efecto combinado de .26, «moderada, pero fiable» (Horvath y Symonds, 1991, pág. 139). Un meta-análisis todavía más amplio que analizó 79 estudios con mayor amplitud en cuanto al tipo de terapia, tipologías de pacientes y de problemas clínicos (Martin, Garske y Davis, 2000), encontró una medida de efecto ligeramente más baja pero todavía significativa de .22. Más aún, en una revisión actualizada de Horvath y Bedi (2002), incluyendo estudios de terapias para el tratamiento de drogadicción, volvió a encontrar una medida de efecto de .25.

Un estudio reciente (Friedlander, Escudero, Heatherington, y Diamond, en prensa) ha realizado por primera vez un meta-análisis sobre la relación entre alianza terapéutica y resultado de la terapia centrándose exclusivamente en terapias de pareja y familia. Dicho meta-análisis se realizó sobre 24 estudios (7 eran investigaciones

con terapia de pareja, y 17 con terapia familiar; en total se acumulaban 1.461 clientes) y encontró un tamaño de efecto de .26 claramente significativo ($z=8.13$; $p<.000$; con un intervalo de confianza del 95% de .33 y .20) mostrando por lo tanto una asociación entre alianza y resultado muy similar a la encontrada en estudios de psicoterapia individual.

Sin embargo, no deberían interpretarse estos datos de la investigación como una prueba de que una buena alianza terapéutica en la fase inicial del tratamiento “causa” un buen resultado final. Los diseños que se han utilizado en la investigación no pueden garantizar que la percepción de los clientes (y de los terapeutas) sobre la alianza en fases intermedias o avanzadas del tratamiento no se hallen influenciadas por los beneficios ya experimentados en el tratamiento cuando éste ha ido bien hasta ese momento. No se puede por lo tanto afirmar con rotundidad que no sea el resultado de la terapia el que esté influyendo en la percepción de la alianza y no al revés (DeRubeis y Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis y Gelf, 1999)

A diferencia del amplio bagaje de investigación sobre la relación entre la alianza y el resultado del tratamiento en el marco de la psicoterapia individual con adultos, la investigación empírica sobre el papel de la alianza terapéutica con los adolescentes ha sido hasta el momento muy escasa (Shirk & Karver, 2003; Shelef, Diamond, Diamond, y Liddle, 2005). Aun así algunos estudios realizados en los últimos años encontraron resultados muy similares a los que se han encontrado repetidamente en la psicoterapia con adultos. Por ejemplo, en una revisión con metodología de meta-análisis sobre la investigación del proceso de terapia con niños, adolescentes y jóvenes, Karver et al. (Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S. & Bickman, 2006) encontraron una asociación significativa entre la alianza terapéutica y el resultado de los tratamientos. En concreto, los resultados de 49 estudios publicados entre 1973 y 2006 que estudiaron la asociación entre la calidad de la relación terapéutica y el resultado del tratamiento para niños y adolescentes revelaron un tamaño del efecto promedio de .24, algo muy similar a lo encontrado en estudios con pacientes adultos.

En un reciente estudio (Karver, Shirk, Handelsman, and Fields, 2008) se ha encontrado que la formación de alianza con adolescentes durante la primera fase del tratamiento terapéutico, medida a lo largo

de diferentes sesiones, con diferentes métodos (auto-informes y observación de conductas relacionadas con la alianza), y en diferentes modelos de terapia (cognitivo-conductual versus terapia no directiva), estaba asociada significativamente con el nivel de implicación de los adolescentes en la terapia. Es decir, cuando se crea una buena alianza con el adolescente en el inicio de la terapia, el enganche del adolescente en todo el proceso posterior será mayor, al margen del método de medir la alianza y del modelo de tratamiento usado.

Como ya hemos señalado más arriba, la existencia de niveles de alianza con el terapeuta muy diferentes por parte del adolescente y de sus padres configura un patrón denominado “alianza dividida”. Este patrón es relativamente frecuente en la terapia familiar con adolescentes y puede influir seriamente en el abandono de la terapia (Muñiz de la Peña, Friedlander, & Escudero, 2008). Algunos estudios sugieren que este tipo de discrepancias entre diferentes miembros de la familia en la alianza con el terapeuta es más nocivo para el proceso de tratamiento que el nivel de alianza de cada miembro de la familia considerado aisladamente (Robbins, Liddle, Turner, Dakof, Alexander, & Kogan, 2006; Robbins, Turner, Alexander, & Perez, 2003, Symonds & Horvath, 2004). Según este resultado de la investigación podemos esperar que el hecho de que el adolescente y sus padres tengan niveles de alianza discrepantes interfiera más en el proceso de terapia que el que todos ellos (padres y adolescente) tengan un nivel de alianza similarmente bajo.

Por lo general, cuando se da un patrón de “alianza dividida”, es el adolescente el que tiene la alianza negativa con el terapeuta, mostrando una conexión emocional más endeble con él que la que muestran el padre o la madre (Diamond et al., 2000; Friedlander et al., 2006), aunque no es este el caso en algunos programas de intervención orientados al adolescente (Muñiz de la Peña et al., 2008). Un estudio que evaluó la eficacia de intervenciones centradas en el adolescente (Hogue, Dauber, Samuolis, & Liddle, 2006) encontró que las intervenciones más eficaces (que resultaron predictoras de mejoría en algunos casos –no en todos-) eran estas: tener sesiones individuales con el adolescente de forma regular, el trabajo específico de crear y mantener una fuerte alianza terapéutica, focalizarse en los problemas más particulares del adolescente, practicar habilidades sociales con el adolescente y otras habilidades relativas a su proceso evolutivo.

3.1.3. El modelo SOFTA-SOATIF

Sobre la base de los fundamentos teóricos y de la relevancia que la investigación ha dado al concepto de alianza terapéutica, un grupo de trabajo compuesto por investigadores de España y Estados Unidos iniciamos el desarrollo de un modelo de evaluación de la alianza terapéutica que incluyese específicamente las características diferenciales de la terapia sistémica con parejas y familias, pero integrando también las características comunes a cualquier modalidad de psicoterapia (colaboración del cliente y lazos afectivos entre éste y el terapeuta) que fueron claramente definidas por Bordin (1979). Dicho modelo y los instrumentos de evaluación que lo componen (Friedlander, Escudero, y Heatherington, 2006, 2009) se han desarrollado simultáneamente en español –SOATIF– (Sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar) y en inglés –SOFTA– (System for observing family therapy alliances). Toda la documentación y los instrumentos de observación, autoinformes, y formatos de entrenamiento y supervisión clínica, están disponibles de forma gratuita en www.softa-soatif.net. Describimos a continuación lo esencial de este modelo y más abajo (apartado 4.1) exponemos la aplicación clínica del mismo.

Las tres directrices que guiaron la creación del SOATIF fueron: (1) *la aplicabilidad trans-teórica* de la alianza, de forma que el modelo y los instrumentos de evaluación reflejasen la alianza como factor común de la psicoterapia y no un enfoque terapéutico particular; (2) la importancia de las *conductas del cliente*, dando protagonismo a los indicadores conductuales que en el transcurso de una sesión de terapia reflejan aspectos positivos y negativos de la alianza, especialmente en lo concerniente a las alianzas intra-familia reflejadas en interacciones entre los miembros de la familia presentes en la sesión; y (3) la superposición conceptual y empírica entre *metas y tareas* de la terapia que se había encontrado en la investigación previa (Horvath y Bedi, 2002), de manera que una sola dimensión integrase aspectos relacionados con las tareas y las metas de la terapia.

El proceso empírico de desarrollo y validación del SOATIF (Friedlander, Escudero et al., 2006) concluyó en un modelo de cuatro dimensiones que configuran en conjunto la alianza terapéutica (Figura 2): *Enganche en el proceso terapéutico*, *Conexión emocional con el terapeuta*, *Seguridad dentro del sistema terapéutico* y *Sentido de compartir el propósito en la familia*.

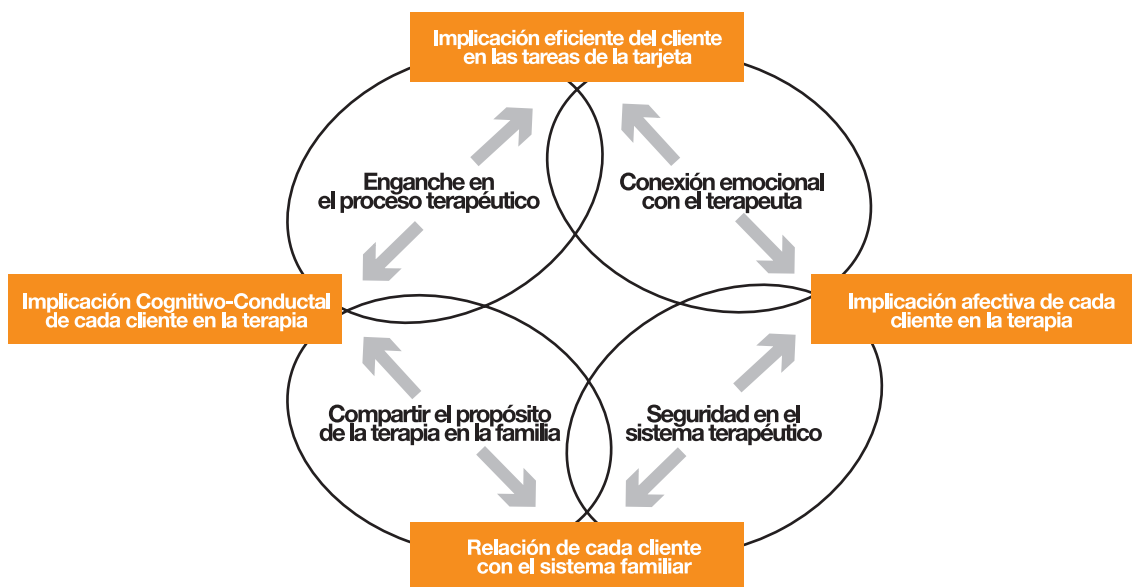


Figura 1
Representación del modelo SOATIF

La primera de esas cuatro dimensiones refleja aspectos relativos a la colaboración en la definición de objetivos y metas de la terapia entre terapeuta y clientes. La segunda dimensión refleja un componente clásico en la literatura sobre la alianza, el vínculo personal entre cliente y terapeuta, pero estudiado en el contexto de la terapia familiar. Las otras dos dimensiones (Seguridad, y Sentido de compartir el propósito en la familia) son más diferenciales de la terapia de pareja y familia; la tercera tiene que ver con la necesaria creación de un contexto seguro para la apertura emocional y psicológica de cada miembro de la familia en presencia de los otros; y la cuarta dimensión se refiere específicamente a lo que Pinsop (1995) definió como alianza intra-sistema, en este caso la alianza dentro de la familia en relación con acudir y utilizar de manera conjunta la terapia.

El SOATIF incluye dos instrumentos de evaluación de cada una de las cuatro dimensiones de la alianza: un sistema de observación, SOATIF-o, aplicable durante las sesiones de terapia o a sesiones grabadas en vídeo (anexo 15 y 16), y un autoinforme, SOATIF-s (anexos 3 al 6), (para todos los participantes en una sesión, incluido el terapeuta) aplicable al término de una sesión de terapia. El manual de uso del SOATIF-o proporciona directrices para realizar inferencias

acerca de la fortaleza de las cuatro dimensiones subyacentes, a partir de las observaciones de las conductas del cliente y del terapeuta. El cuestionario de auto-informe (SOATIF-s) se deriva directamente del instrumento observacional y se compone de 16 ítems de fácil aplicación con clientes mayores de 13 años. (Ejemplares de los distintos formatos del SOATIF-s se incluyen en los anexos 3, 4, 5 y 6).

El SOATIF ha sido utilizado con fiabilidad en la investigación de procesos en la terapia familiar conjunta (Beck, Friedlander, y Escudero, 2006; Escudero, Friedlander, Varela, y Abascal, 2008; Friedlander, Lambert, Escudero, y Cragun, 2008; Muñiz de la Peña, Friedlander y Escudero, 2009) y ha mostrado utilidad para el entrenamiento y la supervisión de terapeutas familiares en sus comienzos profesionales (Carpenter, Escudero, y Rivett, 2008). La forma de uso del instrumento puede variar dependiendo del objetivo particular del usuario: un terapeuta o un supervisor puede analizar la fortaleza de la alianza terapéutica en una sesión determinada o a lo largo de todas las sesiones; centrando el análisis en una, varias, o las cuatro dimensiones de la alianza; y focalizando la observación en un miembro de la familia, o en la familia como grupo. La aplicación clínica del SOATIF en la intervención familiar con adolescentes se describe más abajo en el apartado 4.1.

3.2

La investigación en terapia familiar con adolescentes

A pesar de las dificultades ya señaladas de tratar los problemas de los adolescentes en el marco de tratamientos que integran a la familia, la terapia familiar ha demostrado ser un formato muy eficaz para un rango amplio de problemas en los adolescentes. Revisiones de la investigación realizadas con técnicas de Meta-análisis muestran que la terapia familiar es la forma preferida de tratamiento para adolescentes con problemas como el consumo de drogas (Cormack & Carr, 2000; Rowe & Liddle, 2003; Shelef et al., 2005), problemas de conducta (Brosnan & Carr, 2000; Shelef et al., 2005), desordenes de ansiedad y depresión (Moore & Carr, 2000), trastornos alimentarios (Mitchell & Carr, 2000) y ajuste a situaciones difíciles de divorcio de los padres (O'Halloran & Carr, 2000).

Cuatro modelos de tratamiento han destacado en el panorama de la investigación sobre el tratamiento de adolescentes por haber demostrado de forma consistente su eficacia: Terapia Familiar Estratégica Breve (Szapocznik et al., 2002), Terapia Familiar Multidimensional (Liddle, 2005), Terapia Multisistémica (Borduin, Henggeler, Blaske, & Stein, 1990), y Terapia Familiar Basada en el Apego (Diamond, Siqueland & Diamond, 2003).

La Terapia Familiar Estratégica Breve (BSFT, *Brief Strategic Family*



Therapy) es una modalidad de tratamiento desarrollada por José Szapocznik y colaboradores (Szapocznik et al., 2002) en la Universidad de Miami (USA). El modelo estratégico breve tiene como premisas básicas que la conducta problemática del adolescente está enraizada en interacciones familiares maladaptativas, alianzas familiares inapropiadas, límites demasiado rígidos o difusos, y que no es un único individuo el culpable de los problemas. La BSFT combina elementos de los modelos clásicos estructural (Minuchin, 1979) y estratégico de la terapia familiar, y que se orienta fundamentalmente a producir cambios en los patrones familiares disfuncionales que mantienen (según el análisis de su modelo) las dificultades en el adolescente. La BSFT también incluye intervenciones directas con per-

sonas del contexto escolar y de otros ámbitos de la vida del adolescente para reducir los factores de riesgo de consumo y reforzar otros factores protectores externos a la familia. Durante las década de los 80 y 90 se realizaron varios estudios controlados sobre la eficacia de la BSFT, principalmente en una población de familias Hispánicas, demostrando que esta modalidad de tratamiento era eficaz en la reducción del consumo de drogas y de otros problemas de conducta asociados (Robbins, Szapocznik, y Perez, 2007, hacen una revisión amplia de los estudios).

La Terapia Familiar Multidimensional (MDFT, *Multidimensional Family Therapy*, Liddle, 2005) es otro enfoque de tratamiento conjunto de adolescentes y familias desarrollado a partir de elementos de la terapia familiar estructural y estratégica, y asentándose además en principios de la psicología evolutiva y de la teoría ecológica de la familia. En la MDFT el énfasis inicial es en el desarrollo de una alianza terapéutica con el adolescente, los padres, y otros miembros importantes de la familia. Para ello, los terapeutas en la MDFT emplean sus conocimientos sobre el desarrollo evolutivo en la adolescencia para modelar el contenido de la terapia y hacerlo personalmente relevante para cada miembro de la familia (Liddle & Diamond, 1991). Los síntomas de los adolescentes se tratan mediante intervenciones orientadas a mejorar e incrementar sus conductas positivas pro-sociales: práctica de conductas evolutivamente apropiadas, fomento de las relaciones con iguales, trabajo sobre la identidad del adolescente, fomento del vínculo con la escuela y de la autonomía en las relaciones con los padres. Este tipo de terapia incluye sesiones con los padres sin el adolescente centradas en mejorar sus estrategias de cuidado y disciplina parental, y también incluye reuniones con miembros de la familia extensa y de otros grupos sociales que puedan tener influencia en los adolescentes (asociaciones, clubs, etc.). La MDFT está reconocida como uno de los programas “mejor establecidos” para tratar el problema de abuso de drogas en adolescentes (Waldron & Turner, 2008).

La Terapia Multisistémica (MST, *Multisystemic Therapy*, Borduin, Henggeler, Blaske, & Stein, 1990; Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland, & Cunningham, 1998) es en la actualidad uno de los tratamientos mejor fundamentados y eficaces para tratar adolescentes con problemas de conducta antisocial, delictiva, y abuso de drogas. La MST considera que los problemas son fruto de múltiples factores

en múltiples sistemas. Así, la MST identifica y trabaja sobre factores de riesgo individuales, en la familia, en el grupo de iguales, en el colegio, en la comunidad, etc. Al igual que la MDTF, la MST se centra en aspectos evolutivos del adolescente (sistema del individuo), en la estructura y funcionamiento de la familia (sistema familiar), y en los sistemas sociales que son claves en la vida del adolescente (escuela, amigos, etc.). Es una modalidad de trabajo muy intensivo y por ello los terapeutas que trabajan en este tipo de programas tienden a ver un número reducido de familias para poder trabajar estrechamente con personas de todos los ámbitos en los que se desenvuelve la vida del adolescente y tener la posibilidad de intervenir en las crisis rápidamente cuando ocurren.

La Terapia Familiar basada en el Apego (ABFT, *Attachment-Based Family Therapy*) es una modalidad de tratamiento de adolescentes desarrollada en el Hospital Infantil de Filadelfia, USA, (Diamond, Siqueland & Diamond, 2003; Diamond, 2005) que ha demostrado su eficacia en varios estudios diseñados específicamente para tratar a adolescentes con niveles severos de depresión y conductas suicidas. Este modelo de terapia familiar está basado en (a) principios de la teoría psicológica del Apego, (b) intervenciones tomadas de la terapia familiar estructural, (c) elementos de la MDFT y de las intervenciones focalizadas en las emociones, y (d) en la investigación sobre desarrollo evolutivo del adolescente. El objetivo principal es reestablecer una relación de apego seguro entre padres y adolescentes de manera que promueva el desarrollo de su autonomía e identidad (Diamond, Diamond, & Hogue, 2007). Como la MDFT, la ABFT enfatiza también la importancia de desarrollar una fuerte alianza terapéutica con toda la familia como paso previo y vital para la terapia. Otra tarea clave de la ABFT es la de educar a los padres, teniendo en cuenta las características evolutivas de la adolescencia, con el fin de enseñarles a establecer límites adecuados y monitorizar a sus hijos sin perturbar los lazos emocionales con ellos. A partir de una mejora en el apego y en las habilidades parentales, se persigue una redefinición adecuada de la estructura en el sistema familiar.

Cabe destacar algunos ingredientes terapéuticos que comparten los cuatro modelos que contribuyen a la base teórica del presente manual. La premisa principal en todos los modelos es el enfoque sistémico que considera los problemas de conducta y emocionales del adolescente como reflejo de una estructura relacional disfuncional en

el sistema familiar directo, así como en los sistemas menos directos (la familia extensa, la escuela, la comunidad, el sistema judicial, etc.). El principal objetivo es, por tanto, trabajar en la redefinición de las relaciones entre los elementos del sistema (miembros de la familia) y entre los sistemas (la familia con los otros sistemas). Asimismo, los modelos tienen en cuenta las características evolutivas particulares de familias con adolescentes en conflicto, particularmente las dificultades a las que se enfrenta la familia en el proceso de adaptación a los cambios evolutivos por los que pasa el adolescente. Por ello, los modelos enfatizan la necesidad de educar a los padres con el fin de que desempeñen su papel parental estableciendo límites firmes y ofreciendo apego seguro, que promuevan una fuerte conexión emocional con sus hijos al mismo tiempo que el desarrollo de su sentido de la responsabilidad, identidad y autonomía.

La tarea previa y necesaria que los cuatro modelos destacan como elemento vital para que estos cambios sean posibles es el establecimiento de una alianza terapéutica. Como está descrito arriba, el modelo SOFTA-SOATIF proporciona un marco de referencia teórico y una herramienta de trabajo útil para estudiar y trabajar con la alianza terapéutica en la familia. No solo es crítico que el terapeuta desarrolle una alianza con cada miembro, de manera que se sientan seguros, compartiendo el propósito de la terapia, emocionalmente conectados con el terapeuta y enganchados en el proceso. Es crítico también que el terapeuta trabaje en fortalecer estos cuatro aspectos entre los miembros entre sí, de forma que cada uno se sienta seguro, compartiendo objetivos, enganchado en el proceso y emocionalmente conectado con el resto de la familia, para que los cambios deseados tengan lugar.



4. Estructura del modelo de intervención: cinco estratos

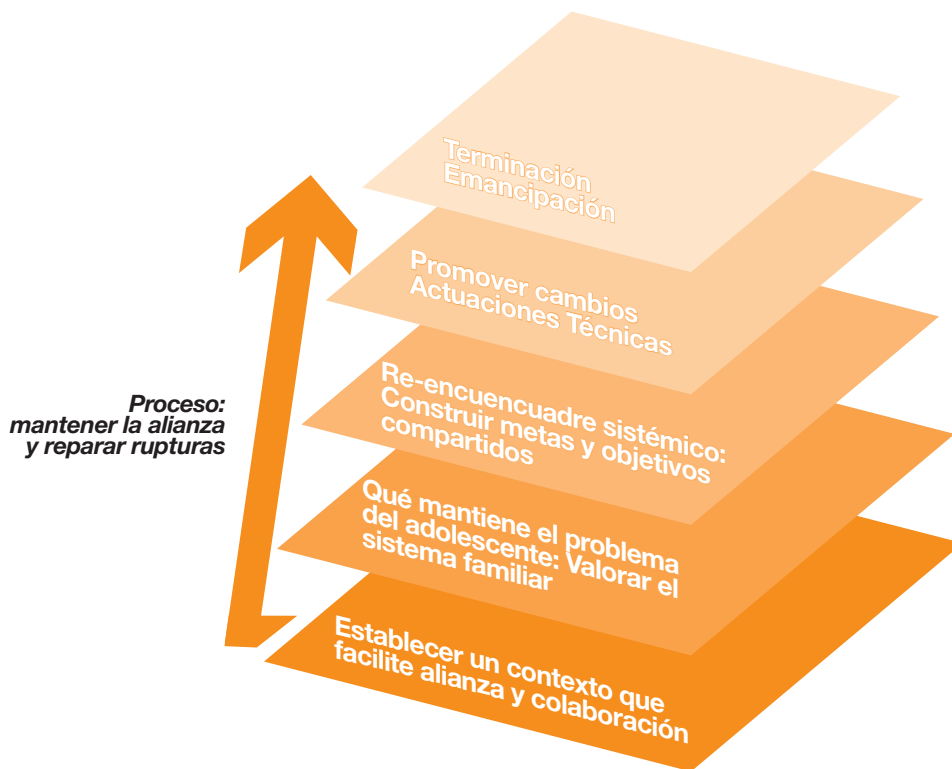


Figura 2
 Representación gráfica de la estructura el modelo
 de intervención en forma de 5 “estratos” o tareas

La intervención en nuestro modelo de trabajo está estructurada en cinco niveles que no son fases cronológicas rígidas sino que pueden ser entendidas como tareas o “estratos” del proceso de intervención. Esos estratos se representan en la Figura 2, la característica esencial de este modelo de trabajo es que se “asienta” en la creación de la alianza terapéutica de acuerdo a una formulación muy específica (SOFTA-SOATIF) y en el mantenimiento posterior de dicha alianza durante todo el proceso como una garantía de la eficacia del mismo. A continuación describimos brevemente esos estratos (para una información más detallada de este modelo en el contexto de los Servicios Sociales ver Escudero, 2009).

4.1

Primer estrato: crear y mantener la alianza terapéutica con adolescente y familia

La creación de alianza terapéutica con el adolescente y la familia se basa en las 4 dimensiones del Modelo SOATIF: (1) Enganche el proceso terapéutico, (2) Seguridad en el sistema terapéutico, (3) Conexión emocional con el terapeuta, y (4) Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia. A continuación describimos sucintamente la aplicación clínica de estas cuatro dimensiones (para una descripción más extensa ver Friedlander, Escudero, y Heatherington, 2006-2009).

4.1.1. Las cuatro dimensiones de la alianza

- (1) *Enganche en el proceso de intervención. Un enganche óptimo en el proceso de intervención puede definirse por estas características: la intervención en sí misma y las tareas que implica tienen sentido para el cliente (tanto adolescente como el padre/cuidador); éste se siente involucrado y trabaja con el terapeuta, considera que las metas y tareas de la terapia se pueden discutir y que él puede formar parte de su definición, cree que es importante tomarse en serio la intervención y confía en que el cambio es posible.*



Cuando un miembro de la familia expresa abiertamente, o mediante conductas indirectas pero claras, que la intervención no sirve o no funciona, o bien muestra indiferencia por lo que se comenta o propone, el terapeuta debe reconocer que la alianza de trabajo está amenazada y re-direccionar sus esfuerzos. Para promover el enganche, el terapeuta puede cambiar las estrategias, moderar el ritmo o trabajar las motivaciones. La confrontación directa con los adolescentes que se muestran indiferentes, faltos de motivación, o que expresan claramente su alienación, está en general contraindicada y solo se debería utilizar si todos los demás intentos para conseguir la colaboración han fracasado.

Probablemente, la fortaleza del enganche en el proceso de intervención de un adolescente es la dimensión de la alianza más fácilmente observable. Hay tres aspectos conductuales del enganche: (1) la participación del adolescente en la definición de las metas y objetivos (2) la participación del adolescente en tareas específicas de intervención (por ejemplo, expresar los sentimientos, trabajar los compromisos, realizar las tareas asignadas para casa, rellenar cuestionarios) y en marcar el ritmo de la intervención (por ejemplo, la frecuencia de las sesiones de trabajo y la duración, los tiempos en la definición de objetivos), y (3) el reconocimiento claro por parte del adolescente de pequeñas mejorías cuando se producen, especialmente de los resultados positivos de las tareas y de los esfuerzos hechos por otros miembros de la familia.

- (2) *Seguridad en el sistema de intervención.* Como ya hemos indicado más arriba, es muy frecuente que en el trabajo con adolescentes, ellos u otros miembros de la familia hayan llegado al contexto de intervención bajo algún tipo de presión, en situación de conflicto abierta, y con motivaciones divergentes cuando no antagónicas. Este contexto inicial es una fuente de emociones negativas, temores y desconfianza, que suponen una barrera para el desarrollo de una buena alianza terapéutica. La dimensión de seguridad es por ello esencial en las fases iniciales del tratamiento. *La Seguridad óptima se expresa cuando el cliente (adolescente y adultos) considera el contexto de terapia como un ámbito donde puede asumir riesgos y mostrarse abierto, vulnerable y flexible; tiene una sensación de comodidad y la expectativa de que habrá*

nuevas experiencias y aprendizajes; de que el resultado de aceptar la ayuda será para bien; de que se puede manejar el conflicto familiar sin que haya daños; y de que no hay necesidad de estar a la defensiva.

El manejo de la hostilidad intrafamiliar en las entrevistas conjuntas del adolescente con la familia es sin duda un factor clave para crear un contexto seguro. La capacidad del terapeuta para controlar y canalizar las expresiones de culpa, desprecio y hostilidad depende mucho de su formación y de su experiencia. Un profesional eficaz se caracteriza por reconocer los sentimientos de vulnerabilidad que expresan los clientes –señales de temor, actitudes defensivas, ansiedad excesiva o explosiones de llanto. No es raro que el adolescente y otros miembros (bien adultos o menores) de la familia necesiten protección del acoso y las acusaciones de los otros, especialmente en contextos de violencia y abuso.

Desde el punto de vista sistémico de la alianza, la falta de seguridad tiene que ver con la dinámica del propio sistema familiar –conflicto, dejación del cuidado, dificultades de apego, etc.– o con una relación de desconfianza entre el adolescente o la familia hacia los profesionales. Hay que poner mucha atención para no confundir las amenazas a la seguridad generadas dentro de la propia familia de las amenazas que son consecuencia de dificultades entre cada uno de los miembros de la familia individualmente en su relación personal con el terapeuta. Una idea clave es que la Seguridad es un requisito esencial para desarrollar el Enganche activo que hemos definido más arriba.

- (3) *Conexión emocional del cliente con el terapeuta.* Este sería el perfil de una óptima conexión emocional entre el terapeuta y el adolescente, perfil que puede aplicarse también al resto de los familiares que participan en la terapia:

El adolescente ve al profesional como una persona importante en ese momento de su vida, le trata con familiaridad, pero no como a un “colega”; tiene la sensación de que la relación se basa en la confianza, el afecto, el interés y el sentido de pertenencia; de que más allá de reconocer su función profesional, al terapeuta le importa de verdad lo que dice o

pueda decir el adolescente y que «está ahí» para escucharle y echarle una mano; el adolescente tiene la sensación de que el profesional puede entender o compartir su visión del mundo o sus experiencias porque tiene una sabiduría que le avala.

Aunque esta definición se refiere a las relaciones individuales –del terapeuta con el adolescente o con un adulto– y no al vínculo emocional del terapeuta con la familia en su conjunto, ambas cosas están estrechamente relacionadas. Como ya hemos señalado al inicio de este Manual a partir del ejemplo inicial (Roberto y su abuelo), tanto el adolescente como los adultos se fijan en cómo los otros miembros de la familia interactúan con el terapeuta; también es común que se fijen en cómo los otros hablan sobre el profesional cuando éste no está presente.

En general, los resultados de la investigación en el ámbito de la psicoterapia indican que los clientes, tanto adolescentes como adultos, valoran a los terapeutas que son cálidos, activos, con “los pies en la tierra”, informales, de confianza, optimistas, seguros, con sentido del humor, interesados por ellos y comprensivos. La reciprocidad es un aspecto central del desarrollo de conexión emocional: las conductas positivas que muestran los clientes (por ejemplo, la confianza, la cordialidad, el cumplimiento y la receptividad) han de ser correspondidas por la autenticidad, la calidez, la aceptación, y la empatía del terapeuta.

La conexión emocional se identifica muy bien en el trabajo con el adolescente cuando éste se atreve a comentar alguna cosa desagradable que le produce ansiedad o angustia. En esos momentos, una escucha adecuada del profesional genera gran conexión emocional: el adolescente va a sentirse *acompañado*, menos aislado en su experiencia de dolor, *no juzgado* sino comprendido, y generalmente *aliviado*. Este tipo de pauta de conexión es también aplicable al trabajo con los adultos.

- (4) *Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia.* Esta es una dimensión de la alianza de trabajo que tiene una importancia vital en la intervención familiar con los adoles-

centes. Esta dimensión se ha de generar dentro del sistema familiar, es decir, se trata de la alianza entre los miembros de la familiar para comprometerse con la terapia y los objetivos de la misma. El sentido de compartir el propósito en relación con la terapia no implica obligatoriamente que todos los miembros de la familia tengan el mismo objetivo particular, algo que es casi imposible en el trabajo con adolescentes: el adolescente va a enfatizar conseguir una convivencia marcada por su libertad y autonomía, mientras que los padres por lo general van a esperar una convivencia marcada por las normas y la pertenencia. Lo esencial es que esta dimensión de la alianza intra-familiar representa que la terapia es considerada por los miembros de la familia “nuestra terapia” y no “la terapia de mi hijo” (a la que tenemos que acudir) o la “terapia de mis padres” (a la que me mandan ir).

Esta es la descripción, según el SOATIF, de un fuerte sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia: *Los miembros de la familia consideran que están trabajando en colaboración para mejorar la relación familiar y conseguir objetivos comunes para la familia; tienen un sentido de solidaridad en relación con la terapia (“estamos juntos en esto”) y valoran el tiempo que comparten en actividades que conforman la terapia; es esencialmente un sentimiento de unidad dentro de la familia en relación con la dificultad y el tratamiento para mejorar la situación.*

El sentido de compartir el propósito de una familia está relacionado con las otras dimensiones definidas previamente, especialmente con la Seguridad: puede debilitarse mucho el sentido de compartir el propósito cuando se desvelan secretos que alguna parte de la familia no quería desvelar o si el nivel de conflicto no consigue ser adecuadamente contenido y canalizado por el terapeuta. Pero en el trabajo con adolescentes, la alianza intra-familiar está muy ligada a la re-conexión afectiva de los padres con el adolescente. La teoría del apego y la contribución de la ABFT (Terapia Familiar Basada en el Apego) mencionada más arriba son de gran utilidad. *Desde el punto de vista de la alianza terapéutica, la Conexión Emocional del terapeuta con el adolescente y con los padres en un contexto de Seguridad sirve de puente para una re-*

conexión emocional entre ellos. Por ello, una desavenencia o un incidente que rompe la buena relación de un miembro de la familia con el terapeuta puede generar un debilitamiento de la alianza interna de toda la familia.

4.1.2 Actitudes iniciales

Cabe considerar el papel que la actitud inicial de los participantes en la terapia juega en el establecimiento de una alianza inicial positiva. A continuación se describe una tipología frecuente en el marco de los servicios sociales (Escudero, 2009; Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006-2009) que recoge algunas descripciones muy útiles realizadas por los terapeutas centrados en soluciones (Berg y Millar, 1992; DeJong y Berg, 1998) y otras procedentes de la investigación cualitativa sobre la alianza (Beck, Friedlander, y Escudero, 2006):

- (1) *actitud solícita*, que reconoce una dificultad/problema y solicita ayuda comprometiéndose personalmente;
- (2) *demandante*, mostrando la existencia de un problema, e incluso llevándolo a terapia, pero presentándose como ajeno al trabajo de solución del mismo; hay varios perfiles de demandante (Escudero, 2009): el que “*señala*” el problema en otro (fácil de integrar en la terapia), el que fundamentalmente se “*queja*” del mismo (emocionalmente más negativo que simplemente señalarlo), el que tiene una actitud de “*acusar y culpar*” a otro (generalmente envuelto en un nivel alto de conflicto y emociones negativas), y el que se presenta como “*víctima*” de otro/s (por lo general mostrándose impotente y desamparado bajo el paradigma, ya revisado más arriba, de “no puedo hacer nada, ya he hecho de todo”);
- (3) *el visitante*, que no reconoce el problema y está “circunstancialmente” en el contexto de terapia por alguna presión o conveniencia;
- (4) *el rehén* de la terapia, que no solo no reconoce un problema sino que se siente atrapado o acusado injustamente y muestra abiertamente su hostilidad –a veces en forma de resistirse a hablar pero mostrando hostilidad o desprecio de manera no verbal–;

- (5) de forma excepcional en casos extremos, y en contextos con obligación para hacer un tratamiento, hay clientes que –cariñosamente y sin connotaciones negativas– llamamos *fugitivos*; por ejemplo, adolescentes que saben que tienen que acudir a una terapia (enviados por la fiscalía del menor u otras entidades) y que saben que el terapeuta les espera y éste a su vez sabe que ellos saben que tienen que acudir... pero los intentos de contacto iniciales del terapeuta son siempre infructuosos.

Es muy importante que el terapeuta considere con qué actitud inicial se presenta cada miembro de la familia para adaptar sus intervenciones de manera que fomenten el sentido de que la terapia será útil y beneficiosa para todos los miembros y de que no hay culpables únicos de los problemas de la familia. En este sentido, es frecuente que los adolescentes vengan a terapia en actitud de “rehenes” (Friedlander et al., 2006) o “visitantes” (Berg & Miller, 1992) ya que suelen venir forzados y tienden a ser culpados por los problemas familiares. Por ello es importante que el terapeuta no fuerce o insista en la participación del adolescente sin antes atender a estas actitudes. De acuerdo con Sharry (2004) no existe tal cosa como un cliente sin motivación; todos, incluyendo los adolescentes, pueden tener una motivación importante para la terapia. La dificultad aparece porque estas motivaciones tienden a diferir de las de los otros miembros de la familia. El terapeuta debe esforzarse en incorporar las preocupaciones y deseos del adolescente en la terapia, de manera que se le proporcione un mayor sentido de control en el proceso (Diamond, Hogue, Liddle, and Dakof, 1999; Sharry, 2004).

4.2

Segundo estrato: conocer y potenciar el sistema familiar. Valoración inicial del sistema

4.2.1. La ecuación del balance

Durante el proceso de intervención, y de forma casi simultánea al primer estrato o tarea (crear y mantener alianza), es esencial conocer lo mejor posible tanto la situación de riesgo que puede estar generando el problema del adolescente como los recursos y fortalezas de la familia para afrontar cambios. En nuestro modelo de intervención, un buen conocimiento del sistema del adolescente (fundamentalmente su sistema familiar pero también otros ámbitos como el escolar y social) es esencial a la hora de planificar y desarrollar propiamente la intervención. El conocimiento y valoración del sistema del adolescente se representa en una formulación sobre el “balance” entre los recursos de la familia para el cambio y la estructura que mantiene el problema del adolescente (Escudero, 2009). En el anexo 7 se incluye un ejemplar de la hoja de análisis que utilizamos en la UIICF para facilitar esta formulación. En dicha formulación se consideran estos cuatro parámetros:

- (1) cómo se suceden e interaccionan los diferentes factores que mantienen el problema del adolescente y el consiguiente nivel de riesgo;

- (2) qué recursos podemos activar en el adolescente, la familia, y su entorno, para producir cambios que propicien la estabilidad y protección necesarias;
- (3) qué equilibrio se produce en la familia entre los recursos protectores que se dan en el sistema y los factores que están manteniendo una situación problemática de riesgo;
- (4) qué indicadores de cronicidad y de crisis se dan en la situación problemática de la familiar particular con la que estamos trabajando.

Una forma de expresar estos parámetros de forma sistémica es la “*ecuación de balance en el sistema familiar*” (Escudero, 2009) representada en la Figura 3 (ver página. 80). Esta fórmula es una metáfora matemática, no un procedimiento de cálculo, que sirve como herramienta para entender y valorar el funcionamiento de la familia. Lo que se busca es un equilibrio o balance positivo entre el numerador y el denominador de la ecuación.

4.2.2. Estructura de Recursos para el Cambio

La expresión ERC del numerador representa la Estructura de Recursos para el Cambio y, por lo tanto, simboliza el conjunto de recursos que pueden activarse o movilizarse en una familia concreta para propiciar los cambios que se requieren ante el problema sobre el que estamos interviniendo. Los recursos para el cambio incluyen *factores biológicos* –RBio; procesos evolutivos, salud física, etc.–, *psicológicos* –RPsic; apego seguro entre padres e hijos, alto nivel de motivación, etc.–, *relacionales* –RRel; patrones de interacción familiar saludables– y *sociales* –RSoc; una buena red de apoyo por parte de familia extensa, amigos, asociaciones, etc.–. Una buena evaluación de estos cuatro tipos de recursos depende de la calidad de la alianza de trabajo establecida con el sistema familiar (AIT). Este factor es importante porque, en casos de escasez de recursos para el cambio, una fuerte alianza terapéutica puede provocar un balance positivo al proporcionar la seguridad del equipo profesional.

4.2.3. Estructura que mantiene el problema

La expresión EMP la usamos para representar la Estructura que Mantiene el Problema, es decir, el conjunto de condicionantes que está manteniendo la situación de riesgo para el adolescente o para unidad familiar que se ha definido como foco de la intervención. Al igual que los recursos, los condicionantes que mantienen el problema incluyen *factores biológicos* –CBio; enfermedad, adicciones, etc.–, *psicológicos* –CPsic; apego inseguro entre padres e hijos, experiencias traumáticas, etc.–, *relacionales* –CRel; triangulaciones, subgrupos intergeneracionales, agresividad, evitación interpersonal, etc.–, y *sociales* –CSoc; pobreza, aislamiento, discriminación, etc. El peso de estos factores está determinado por la respuesta a la intervención inicial (Resplnt), ya sea una de colaboración que ayudará a generar cambios, ya sea una de indiferencia o conflictiva que obstaculizará el progreso.

Una situación de equilibrio o de balance positivo entre ambos aspectos del sistema familiar (EMP en el denominador –la dinámica de factores que mantienen el problema y por tanto el riesgo para el adolescente y para la familia–, y ERC como numerador –el conjunto de recursos que pueden movilizarse para el cambio–) indica que el trabajo de apoyo psicosocial a la familia y la potenciación de sus recursos propios debería ser suficiente para generar un cambio a través de la terapia. Una familia en la que encontramos un gran desequilibrio desfavorable a los recursos para el cambio, es decir, pocos recursos ante una fuerte estructura de mantenimiento del problema, nos puede indicar la necesidad de intervenciones diferentes a la terapia (como el uso de un centro de día para el adolescente, o condicionar la terapia a un tratamiento médico o de desintoxicación, etc.).

4.2.3.1. Ajustes en la autonomía e independencia

Al hacer una valoración del balance entre recursos de cambio y factores que mantienen los problemas en familias con adolescentes es pertinente tener en cuenta ciertos aspectos que suelen caracterizar a estas familias. Las familias con hijos adolescentes se adentran en una fase evolutiva de transición que implica la difícil tarea de adaptarse a grandes cambios psicobiológicos en sus hijos (Szapocznik et al., 2003). Esta fase es considerada particularmente difícil puesto que la adolescencia es quizás el cambio evolutivo más dramático



en la vida de los hijos. Además de una creciente habilidad de pensar en abstracto y de comunicarse verbalmente, los adolescentes necesitan cada vez más autonomía con el fin de definir su identidad y explorar su sexualidad (Sharry, 2004). Por tanto, estos cambios requieren una reformulación de los roles familiares y de la distribución del poder en la familia. Los adolescentes demandan y necesitan mayor control sobre sus propias decisiones pero aún dependen y necesitan del control y apoyo de los padres en esta difícil transición.

La necesidad y demanda de los adolescentes para que sus padres les confieran mayor independencia no es fácilmente asimilado por la familia, particularmente por parte de los miembros con más autoridad. De hecho, muchas familias no consiguen hacer frente a estos cambios en comportamiento, roles y expectativas con éxito. Con frecuencia, los padres responden otorgando demasiada o demasiada poca autonomía y

responsabilidad al adolescente. Por ello es importante valorar si los roles y expectativas asignadas a cada miembro de la familia se adecuan a las necesidades evolutivas tanto cognitivas como emocionales del adolescente. No obstante, no es una tarea fácil determinar cuánta libertad y cuánta vigilancia es adecuado para cada familia. En este contexto, es importante que el terapeuta tenga en cuenta la herencia cultural de la familia y su historia pasada, así como que cuestione su propia herencia cultural y experiencias personales que pueden estar interfiriendo en su habilidad de hacer juicios culturalmente sensibles y adecuados (APA, 2003).

4.2.3.2. Apego

Dos situaciones de gran importancia teórica y clínica en la intervención familiar con adolescentes son (a) las dificultades de *Apego* entre el adolescente y sus padres o cuidadores, y (b) las situaciones traumáticas derivadas de experiencias de *abusos y maltrato* dentro del seno de la familia (trauma relacional). Para llegar a un conocimiento de esos factores y de sus corolarios psicológicos y conductuales es necesario crear unas buenas condiciones de alianza terapéutica, especialmente en lo concerniente a la dimensión de Seguridad.

De acuerdo con la Teoría del Vínculo de John Bowlby (1968), existe una tendencia natural en los seres humanos a establecer relaciones íntimas y estables, tendencia que comienza desde los primeros meses de vida y se evidencia en las diversas formas que el niño tiene para obtener y/o mantener la proximidad con sus padres o cuidadores. El apego en un menor se expresa cuando “está absolutamente dispuesto a buscar la proximidad y el contacto” con sus cuidadores. Por tanto, el apego “es una relación emocional perdurable con una persona en particular que produce seguridad, sosiego, consuelo, agrado y placer. La pérdida o la amenaza de pérdida de esta persona, evoca una ansiedad intensa”. El apego es la relación única de vinculación singular y específica entre dos personas que persiste en el curso del tiempo y probablemente sea el vínculo más sólido del ser humano.

La teoría del apego sugiere que las tempranas relaciones padre-hijo son algo esencial para el desarrollo psicológico y tienen repercusiones en la estabilidad emocional del individuo no solo en la infancia y la niñez sino también en la vida adulta. Así, la calidad del apego es un importante determinante de las relaciones sociales y de la personalidad, así como de todas las manifestaciones de la conducta, incluyendo la conducta internalizante y la externalizante, la regulación de las emociones y el establecimiento de una identidad integrada.

En base a cómo los individuos responden en relación a su figura de apego cuando están ansiosos, Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) definieron los tres patrones más importantes de apego y las condiciones familiares que los promueven: el estilo seguro, el ansioso-ambivalente y el evasivo.

Los niños con estilos de **apego seguro** son capaces de usar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados. Ellos cuentan con cuidadores que son sensibles a sus necesidades, por eso tienen confianza en que sus figuras de apego estarán disponibles, que responderán y les ayudarán en la adversidad. En el dominio interpersonal, las personas con apego seguro tienden a ser más cálidas, estables y a tener relaciones íntimas satisfactorias.

Los niños con estilos de **apego ansioso ambivalente** responden a la separación con angustia intensa y mezclan comportamientos de apego con expresiones de protesta, enojo y resistencia. Debido a la inconsistencia en las habilidades emocionales de sus cuidadores, estos niños no tienen expectativas de confianza respecto al acceso y respuesta de sus cuidadores.

Los niños con estilos de **apego evasivo huidizo** exhiben un aparente desinterés y desapego a la presencia de sus cuidadores durante períodos de angustia. Estos niños tienen poca confianza en que serán ayudados, poseen inseguridad hacia los demás, miedo a la intimidad y prefieren mantenerse distanciados de los otros.

También se ha identificado el **apego desorganizado** que se da en personas que han sufrido situaciones traumáticas en sus vínculos de apego: abandono, negligencia severa, abuso emocional físico y/o sexual. Estos niños pueden mostrar procesos disociativos y su vida emocional es caótica con tendencia a la explosividad.

En resumen, el apego seguro en nuestra valoración del sistema parental puede definirse a partir de padres que:

- (a) Representan una figura parental fiable.
- (b) Responden a la vulnerabilidad y necesidades del hijo.
- (c) Permiten exploración y experimentación.
- (d) Proporcionan estructura (normas).
- (e) Se muestran flexibles pero firmes.
- (f) Favorecen la expresión de emociones.
- (g) Tienen una comunicación directa, facilitan discusión y resolución de problemas.

Las dificultades de apego pueden aparecer cuando nos encontramos:

- (a) Padres ausentes, inconsistentes, frustrados, violentos, intrusivos, negligentes.
- (b) El entorno no proporciona alivio al adolescente.
- (c) Dificultad de regular emociones en la relación padres-hijos.
- (d) Falta de confianza en las sensaciones y emociones propias del menor.
- (e) Falta de confianza en otros.
- (f) Fuerte ansiedad, rabia, conductas de disociación o auto-destrucción.

4.2.3.3 *Trauma relacional*

Definimos el ‘trauma relacional’ como un acontecimiento/situación en el que el sentido de seguridad emocional y/o física se ha roto o violado por conductas de sus familiares o cuidadores (Sheinberg y True, 2008). Tales situaciones incluyen, entre otras, un divorcio-separación angustioso, la muerte de un padre, ser criado por un padre/cuidador alcohólico, ser testigo de violencia doméstica, sufrir abuso intrafamiliar. En la evaluación de la EMP se debe poner mucha atención a los indicadores de este tipo de acontecimientos en la vida del adolescente o de sus padres. El terapeuta tiene que explorar las rupturas relacionales que se han producido y las barreras que se han generado como consecuencia para alentar la recuperación de apego y conexión emocional entre los miembros de la familia afectados. El trauma relacional suele presentarse cuando se producen:

- Múltiples y/o prolongados eventos traumáticos de naturaleza interpersonal (Frecuentemente dentro de la familia).
- Abandono físico, emocional, educacional, maltrato.
- Se muestran síntomas como dificultades severas en varias áreas de funcionamiento conductual y emocional.

4.2.4. *Crisis y cronicidad: el factor tiempo*

El factor tiempo se introduce en la valoración del funcionamiento familiar mediante dos preguntas esenciales: ¿existen indicadores de cronicidad en la estructura que mantiene el problema? Y ¿existen indicadores de crisis en la situación actual de la familia? Estas preguntas son importantes a la hora de estimular una exploración detallada del contexto e historia de la familia. Es importante considerar la posibilidad de que la familia esté pasando por algún *acontecimiento vital*, que puede estar relacionado con un periodo de crisis (por ejemplo la emancipación de los hijos, una pérdida, jubilación, etc.). Cuando el evento de una determinada dificultad se prolonga en el tiempo sin que la familia consiga resolverlo adecuadamente, se puede decir que el problema se ha cronificado.

$$\left(\frac{\text{erc estructura de recursos para el cambio}}{\text{emp estructura que mantiene el problema}} \right)^{\text{tiempo}} = > 1$$

$$\left(\frac{\text{erc}}{\text{emp}} \right)^t = \left(\frac{(\text{RBio} \cdot \text{RPsic}_{\text{apego, motivación}} \cdot \text{RRel} \cdot \text{RSoc}_{\text{red apoyo}}) + \text{AIT}}{(\text{CBio} \cdot \text{CPsic}_{\text{apego, trauma}} \cdot \text{CRel} \cdot \text{CSoc}_{\text{pobreza, aislamiento}}) + \text{Resplnt}} \right)^t$$

Figura 3
 Representación del balance entre los factores que mantienen el problema y los recursos de la familia para el cambio (reproducido de Escudero, 2009)

El factor tiempo queda representado en la fórmula con el término t y es considerado un factor importante en el carácter más o menos cronificado de los problemas. Tener en cuenta el factor tiempo permite valorar si el equilibrio o desequilibrio entre recursos y factores problemáticos que encontramos en el sistema del adolescente lleva mucho o poco tiempo sucediendo. El tiempo nos dice si la situación de la familia está cronificada, pero también nos informa de cuándo una familia tiene un equilibrio “positivo” (es decir, con evidencia de recursos suficientes para afrontar el cambio) y, por tanto, hay una situación de estabilidad y resiliencia de la familia.

El numerador de la ecuación representa la interacción de todos los recursos del sistema familiar que pueden movilizarse para generar los cambios necesarios ante el problema; donde:

- RBio** representa a los Recursos Biológicos de todos los miembros del sistema familiar
- RPsic** *apego, motivación* representa el conjunto de Recursos Psicológicos de los miembros de la familia, con una consideración especial a los aspectos de experiencias de Apego (tanto de padres y/o cuidadores como de los menores) y Motivación para el cambio

RRel representa el conjunto de Recursos del tipo Relacional, todo lo que tiene que ver con relaciones positivas dentro de la familia

RSoc *red apoyo* representa el conjunto de Recursos de Tipo Social, especialmente lo que pueda configurar la red de apoyo social de la familia

AIT Representa la Alianza de Trabajo que muestra la familia ante la intervención inicial, siendo este un factor que aparece a partir de la relación con el sistema profesional

El denominador de la ecuación representa la interacción de todos los factores o condicionantes que mantienen el problema, creando una estructura particular de mantenimiento del problema en cada familia; los términos del denominador representan

CBio Condicionantes Biológicos de los miembros de la familia que afectan al problema (como edad, enfermedad, adicciones, limitaciones de tipo físico o intelectual)

CPsic *apego, trauma* Condicionantes Psicológicos de los miembros de la familia, con especial atención a situaciones que derivan de un apego disfuncional (en los menores o en la historia de vida de los cuidadores) y de reacciones conductuales derivadas de situaciones traumáticas (sufrimiento de maltrato y abuso)

CRel Condicionantes Relacionales, todo tipo de patrones de relación en la familia que mantienen el problema: conflicto, sobreprotección, rivalidad...

CSoc *pobreza, aislamiento* Condicionantes Sociales con especial atención a situaciones de problema y aislamiento que suelen propiciar marginalidad y desprotección

Resplnt Este término refleja una Respuesta negativa a la Intervención profesional que se añade a la estructura de mantenimiento del problema

El exponente t representa el tiempo que afecta a la razón entre la estructura de mantenimiento del problema y los recursos para el cambio: el tiempo cronifica y empeora una situación de balance negativo (pocos recursos y gran fortaleza de los factores que mantienen el problema) y también estabiliza y fortalece un balance positivo (cuando los recursos de cambio/afrentamiento se igualan o superan a los factores del problema)

4.2.5. Las preguntas clave

La plasmación clínica de este estrato del proceso de intervención (valoración del balance entre los recursos para el cambio y la estructura que mantiene el problema que ha causado la demanda) es muy concreta: el terapeuta va a explorar con la familia las respuestas a estas dos preguntas:

- 1.- ¿Qué está impidiendo a esta familia afrontar las dificultades del adolescente y avanzar?
- 2.- ¿Qué recursos hacen que la familia vaya afrontar el cambio y avanzar? ¿Cómo va a ser ese cambio?

A partir de la exploración de estas dos preguntas se inicia la definición de la meta global y los objetivos concretos de cambio con el adolescente y la familia. El terapeuta puede, o bien formular la pregunta directamente adaptándola al caso, como en el caso de Julián:

“Es muy frecuente que familias con hijos en la edad de Julián tengan disputas y dificultades. Los chicos a esta edad demandan, y necesitan, una mayor independencia pero también necesitan que los padres les pongan límites en cuanto a lo que pueden o no hacer. Esto no es tarea fácil y es común que surjan conflictos, como los que vivisteis con Abel. No obstante, ¿qué ha habido en vosotros o en vuestra historia que os haya impedido resolver esto con Julián? ¿Qué ha habido de diferente que os impidiera ser capaces de manejar esta situación con Julián?”.

No obstante, los factores que mantienen el problema y los recursos se pueden explorar de manera más indirecta, durante la discusión de aspectos como la historia o la situación familiar. En el caso de Roberto, por ejemplo, explorando la historia de la familia, la terapeuta detecta en comentarios de los abuelos que su relación con Roberto fue siempre muy estrecha y que se preocuparon siempre mucho por su bienestar. La terapeuta comenta *“por lo que decís, me da la impresión de que a pesar de los conflictos que tenéis os queréis*

mucho y estáis muy preocupados por Roberto”. Es importante que la terapeuta ayude a la familia a entender y valorar el papel de esos factores como recursos para el cambio preguntando por ejemplo “*¿cómo creéis que el cariño que sentís los unos por los otros os puede ayudar en vuestro esfuerzo por mejorar la situación?*”.

4.3

Tercer estrato: re-encuadre para construir una meta terapéutica “de la familia para la familia”

4.3.1. La formulación del re-encuadre

La primera parte de la construcción de esta meta es lo que llamamos el *re-encuadre sistémico del problema*. Lo más común es que el problema venga definido como un comportamiento disfuncional, o de riesgo, o inaceptable, o ilegal... *del adolescente*. El reencuadre se apoya en la pregunta ¿Qué mantiene esa situación que no nos permite un desarrollo más aceptable como familia? Para realizar ese re-encuadre el terapeuta tiene que prestar atención simultánea a las necesidades del sistema, entrelazándolas de una forma que tenga sentido para todos mediante el “re-encuadre” del problema, y tiene que ser consciente de que las respuestas acusatorias y culpabilizadoras a la pregunta ¿Qué está manteniendo el problema? no aportan nada nuevo y no han sido útiles para la familia. Muy al contrario, el re-encuadre suele incluir señalar las buenas intenciones de todos (Pittman, 1987), así como enfatizar los valores comunes y las for-

talezas del conjunto (Coulehan, Friedlander y Heatherington, 1998) mediante la exploración de todos los recursos de la familia para el cambio. Asimismo, al ofrecer una o más explicaciones del problema alternativas a la que la familia ha desarrollado, el re-encuadre aporta mayor potencial para el cambio (Rivett & Street, 2009).

El trabajo de re-encuadre inicial del problema es básico porque la creación de una buena alianza con el sistema familiar en su conjunto y entre los miembros de la familia exige muchas veces transformar las metas individuales en metas del grupo familiar, de forma que la terapia sea experimentada por cada miembro de la familia como “nuestra terapia” y no como “tenemos que venir a la terapia de nuestro hijo”. Por ejemplo, en el caso de Julián la madre estaba muy preocupada por las consecuencias legales de las conductas de su hijo y dolida por las frecuentes faltas de respeto hacia ella, sobre todo con respecto a su estrés. Julián, por su parte, se quejaba de que la madre “está siempre encima de él”, muy estresada, y que lo quiere menos que a su hermano. Un re-encuadre del problema más positivo y que promueve el sentido de que comparten el propósito de la terapia redefinió las actitudes de madre e hijo como reflejo de su amor y preocupación el uno por el otro.

Entiendo que, por un lado, a ti (Julián) te moleste el que tu madre esté tan pendiente y preocupada de lo que haces o dejes de hacer. También entiendo que a ti, María, te duela que tu hijo se queje y haga comentarios sobre tu estrés y ansiedad. Si lo pensáis, ambas cosas son muestras de que los dos os preocupáis por el bien del otro y de que queréis lo mejor para el otro.

Por un lado, el estrés de la madre con respecto a su hijo es muestra de su preocupación por él, al igual que las faltas de respeto del hijo hacia la madre por su estrés son muestras de la preocupación que siente por ella. Por otro lado, el hecho de que ambos se sientan dolidos por el otro (la madre por los desprecios de su hijo y el hijo porque se siente que ella lo quiere menos que a su hermano) demuestran que a ambos les importa mucho que el otro los quiera y acepte. Con este re-encuadre del problema, el terapeuta encontró un objetivo crucial que madre e hijo comparten y es el de mejorar la relación entre ellos para sentirse más cercanos el uno al otro. (Para más explicación sobre la técnica del re-encuadre, ver punto 5.3.7).

4.3.2. “Yo no tengo un problema, son mis padres”

En el trabajo de intervención familiar con adolescentes es muy común encontrarnos con algunos de los paradigmas contradictorios sobre la ayuda terapéutica que se dan con frecuencia en el marco de los servicios sociales: “no tengo un problema”, “el problema es otro –otra persona–”, “tengo un problema pero ya no puedo hacer nada –no tiene remedio–”, y “no tengo un problema, tú –el terapeuta– eres mi problema” (Escudero, 2009). En concreto, es muy frecuente encontrarnos con que el adolescente plantea **“no tengo ningún problema, son mis padres el problema”**, y también con que los padres expresan que **“nuestro hijo es el problema”**, y **“no podemos hacer nada, ya hemos hecho todo”**.

Cuando en esta fase de re-encuadre y definición sistémica de la intervención el terapeuta se enfrenta a un paradigma del tipo “no tengo un problema, son mis padres el problema”, puede usar estas directrices básicas:

- Lo más importante es no reforzar o amplificar ese planteamiento, por ejemplo, insistiendo al adolescente en que sí tiene un problema y presentando pruebas. Pon mucha atención a no crear patrones que consigan lo contrario de lo que pretendes, es decir, patrones que mantienen o amplifican el problema; no insistas en lo que otros profesionales con toda seguridad ya han hecho sin éxito: cuanto más insistas en que el adolescente tiene un problema, más defensivo se va a encontrar contigo. Sin embargo, no hay que confundir la idea de no insistir y no amplificar la posición defensiva del adolescente con “confirmarle en su creencia de que no pasa nada”.
- Conecta emocionalmente con el adolescente (dimensión de la alianza), céntrate en conocer su forma de vida, su historia, no solo lo que tiene que ver con el problema sino también otros aspectos positivos de su vida; explora con curiosidad cómo han sucedido las cosas para que se vea en una situación de intervención terapéutica. Tu curiosidad e interés no tiene porqué implicar que justificas conductas negativas que pueden haber causado daño o sufrimiento.



- Esto es lo más difícil: tienes que “Crear” un problema. Has de basarte en las necesidades del adolescente, en sus quejas o en sus aspiraciones, pero tienes que conectarlas en lo posible con las necesidades y quejas de la familia como conjunto, sin caer en crear una coalición “contra” otra parte de la familia. Si el adolescente piensa que el problema son sus padres puedes empezar por explorar “¿Cómo vas a conseguir vivir mejor con esos padres, de qué manera yo te puedo ayudar con eso?”. Es esencial no imponer nada.
- No te “enredas” demasiado en el pasado, en lo que se hizo o se dejó de hacer, trabaja dibujando un cambio para la familia basado en la proyección al futuro y en objetivos de pequeños cambios escalonados.

4.3.3. “Ya no podemos hacer nada más, hemos hecho de todo con él/ella”

Si los padres –también este planteamiento lo hacen a veces los adolescentes– definen la situación bajo el paradigma de **“no podemos hacer nada, ya hemos hecho de todo”**, éstas son las directrices que pueden ser de utilidad:

- También en este caso, como en casi todas las situaciones de inicio, lo más importante es no reforzar o amplificar ese planteamiento, por ejemplo, insistiendo en que si quieren se puede hacer mucho, en que deben hacerlo, etc.
- Conectar emocionalmente con ellos (dimensión de la alianza), en este caso tienes que escuchar con respeto e interés su historia de resignación y desamparo, pero sin dejar por un momento de hacerles ver que “es normal que ellos se sientan así, es la respuesta lógica después de tantos (o tan graves) problemas, pero nosotros estamos acostumbrados a remontar ese tipo de situaciones.”
- Si la persona o familia se siente “víctima” (por ejemplo, los padres de un adolescente muy problemático que les ha generado muchos conflictos), debes intentar que se sientan ya como “pacientes” (dejarse cuidar, hacer caso de las indicaciones y consejos profesionales, etc.) como paso previo a que se comprometan poco a poco como “clientes” (participación activa en el cambio). A esto lo llamamos la *“mutación víctima-paciente-cliente”*.
- Cuando sea posible, asume una parte de responsabilidad y a cambio pídeles otra pequeña responsabilidad y compromiso a ellos. Por ejemplo, “nosotros (el equipo profesional) vamos a mediar en que Juan (el adolescente) entre en un recurso que alivie a la familia (un curso de capacitación, un centro de día, etc.) pero necesitamos que vosotros (los padres, cuidadores) acudáis a las citas que programemos (o participéis en un grupo de familiares, llevéis a los niños, etc.)”. Es muy importante que el “tono” de esta “transacción” sea de establecer un compromiso de ayuda y que por lo tanto no sea interpretado por la familia como un tono de “chantaje” o “amenaza.”

- También en estas situaciones hay que centrarse más en el futuro que en recordar el sufrimiento pasado o presente, generar optimismo trabajando hacia el futuro y con cambios escalonados. Esto no significa ignorar o minusvalorar indicadores de experiencias traumáticas pasadas o de dificultades emocionales que pueden entorpecer el proceso terapéutico. Es importante atender a estas experiencias para empatizar y entender cómo hoy día contribuyen a los problemas en la unidad familiar.

El resultado esperable de un buen trabajo en el re-encuadre sistémico del problema en términos de la alianza terapéutica es que la dimensión *Sentido de compartir el propósito* pase a tener una valencia positiva y aparezcan indicadores claros de alianza en la interacción de la familia cuando se realizan las sesiones conjuntas. A partir de haber conseguido este cambio en la definición del problema y en la consiguiente involucración de toda la familia en la terapia, las actuaciones terapéuticas que siguen están orientadas a definir objetivos de cambio y aplicar técnicas terapéuticas para empujar esos cambios al tiempo que se hacen reconocimientos continuos de los avances por pequeños que sean.

4.4

Cuarto estrato: promover cambios mediante actuaciones técnicas

Esta tarea del proceso de intervención es la que podríamos considerar más “técnica” en el sentido de que depende mucho del tipo de formación y orientación terapéutica que tenga el profesional. En general, una vez realizado con éxito el trabajo de re-encuadre sistémico, resulta de gran utilidad una buena definición de objetivos concretos de cambio a corto plazo que estén en consonancia con dicho re-encuadre. El enfoque de la terapia familiar breve y terapia centrada en soluciones nos aporta muchos recursos para esta labor. De manera global, las técnicas consideradas más útiles son descritas en el apartado 5 de este manual.

Un formato útil para definir con la familia objetivos de trabajo eficientes y coherentes con un buen mantenimiento de la alianza consiste de 9 pasos (adaptado de Escudero, 2009):

1. *Identificar y discutir sin restricciones con la familia* cualquier aspecto o necesidad del que pueda esperarse un cambio o mejoría con la intervención y que sea coherente con el re-encuadre sistémico trabajado con la familia.

2. *Poner Etiquetas positivas.* Traducir las necesidades de cambio habladas con la familia en objetivos. Para ello hay que ayudar a que la familia defina mediante etiquetas positivas, breves y claras qué espera conseguir en relación con cada uno de los problemas/necesidades identificados (ver ejemplos en la figura 4).
3. *Identificar Indicadores de logro.* Seleccionar un ‘indicador’ de consecución de cada meta. El indicador es la conducta, la habilidad, o la situación concreta que mejor representa la consecución del objetivo; no es una descripción detallada de cómo serán las cosas sino simplemente un símbolo claro y potente de que se ha conseguido (ver figura 4).
4. *Escalar los avances.* Resulta más fácil y más accesible un objetivo del que conocemos el recorrido necesario para alcanzarlo y, por lo tanto, sabemos en qué momento estamos del proceso de avance. Por eso, es recomendable ir definiendo pequeños pasos. En la figura 4 se definen los indicadores del “primer paso” para describir qué supondrían pequeños cambios para la familia.
5. *Señalar la situación actual e indicadores de retroceso.* Aunque lo esencial es definir y empujar la consecución de pequeños cambios, en algunos casos es importante reconocer los riesgos de no cambiar y la posibilidad de un empeoramiento de la situación y sus consecuencias. Esto ayuda a prevenir futuras dificultades o anticipar maneras de afrontamiento ante posibles recaídas. Este paso puede obviarse cuando la situación de riesgo del adolescente o de la familia no es muy severa (ver figura 4).
6. *Objetivos múltiples sí, pero no demasiados y preferiblemente relacionados.* Es conveniente no trabajar con muchos objetivos al tiempo (a veces los padres quieren “arreglar” a la vez muchas cosas que les preocupan) y evitar objetivos muy individuales o que no tengan relación con la meta familiar común que se trabajado en el re-encuadre.
7. *Definir actuaciones ligadas a los objetivos.* Las respuestas a las pregunta ¿Cómo vamos a conseguir esto? ¿qué nos impi-

de llegar a este punto? deben traducirse en actuaciones de la familia o en actuaciones técnicas. En este punto cabe pensar que las actuaciones estén en un rango muy amplio de posibilidades: desde tareas sencillas y conductuales para realizar en casa o en la sesión de terapia, hasta por ejemplo la necesidad de una desintoxicación en el adolescente si se considera necesario en el caso de una adicción. Lo fundamental para no perder la directriz central de la alianza terapéutica con la familia es que la familia en su conjunto participe en la definición y ejecución de estas actuaciones. (Ver figura 4).

8. *Buscar un refrendo externo a la familia y la terapia cuando sea posible.* En general, en la intervención con adolescentes y en el ámbito de los servicios sociales resulta útil buscar el refrendo de entidades o ámbitos externos para garantizar el valor de los objetivos, por ejemplo: “¿este plan de cambio será reconocido por el colegio?” “¿los servicios de protección del menor reconocen y están de acuerdo con estas ideas y plazos para cambiar la situación de violencia en la familia?”
9. *Valorar adecuadamente la consecución de los objetivos.* Valorar en conjunto los avances, incluidos los pequeños avances, y estimular el reconocimiento del esfuerzo es fundamental. Desde la óptica del sistema profesional, es también importante valorar los avances con otros profesionales del mismo equipo o con los profesionales de la red de servicios involucrados en el caso.

	Meta		
	“Recuperar la confianza”	Tiempo	Actuaciones Técnicas
Indicadores de que lo hemos conseguido	Julián y los padres pueden pasar tiempo juntos en casa relajados y sin discutir excesivamente. Los padres confían en Julián al darle dinero y dejarle salir con los amigos. Julián cumple horarios y normas.	Valorar en 3 meses, seguimiento en 8 meses	Valoración en el equipo y con la familia. Si se avanza adecuadamente, se espaciarán las sesiones para un seguimiento
“otro paso” (intermedio)	Julián y los padres participarán en cuatro sesiones para hablar de los problemas e intentar buscar una forma de reducir la tensión y desconfianza entre ellos	4 semanas posteriores al “primer paso”	La terapeuta y el equipo se encargarán de estas sesiones. Se verá el resultado en la sesión conjunta dentro de 4 sesiones donde se decidirá cómo continuar para consolidar avances
Indicadores del “primer paso”	Julián podrá salir en horario limitado. María y Juan confiarán más en Julián mientras que serán firmes con las consecuencias acordadas al incumplimiento de horarios. Se programa una actividad para la familia en conjunto (p.ej. alquilar una película y verla juntos) que tratarán de disfrutar relajadamente.	4 semanas	La familia atenderá a la terapia semanalmente. Hay compromiso por parte de todos a venir y tratar de cambiar. Se cita a todos para la semana siguiente para examinar el cumplimiento de la tarea
Situación actual	Acaba de producirse una denuncia contra Julián por delito de robo. Hay un clima de tensión después de varios meses de conflicto.	Desde hace unos 6 meses hay mucha tensión en la familia por sensación de descontrol de los padres y preocupación por las conductas de Julián	(Denuncia legal en curso y pendiente de resolución). Se ha realizado una sesión conjunta con la terapeuta y toda la familia en la que se ha dedicado algún tiempo a solas con Julián y con los padres
Bajar	Cualquier conducta de riesgo (delictiva y consumo de cannabis) de Julián. Reducir ansiedad y adicción de María.	Compromiso de 12 meses de seguimiento	Compromiso de la familia (durante 12 meses de intervención semanal y seguimiento)

Figura 4

Ejemplo de esquema de definición de metas

(adaptada de la Guía Práctica para la Intervención familiar; Escudero, 2009)

4.5

Quinto estrato: terminar

Cerrar y concluir la intervención es lógicamente la tarea final del proceso. Es un estrato que se asienta en los demás pero que tiene una gran importancia. Desde la perspectiva de la alianza terapéutica esta tarea final debe estar marcada por claros indicadores de Seguridad en la familia ante la perspectiva de concluir la terapia y, por lo tanto, de no necesitar la ayuda profesional. También debe haber indicadores claros de un cambio en el clima emocional: la terminación sería problemática si las emociones negativas, las acusaciones y el conflicto siguiesen estando presentes de alguna manera en la convivencia del adolescente y la familia, incluso aunque otros objetivos conductuales (evitar la expulsión del colegio, una mejora en notas, un cambio de horario) se hubiesen conseguido.

Desde el plano técnico, las intervenciones representativas de la terminación son: entrevista para valorar y reforzar lo que la familia ha conseguido (atribución interna de logros), prevenir dificultades (preparar a la familia para afrontar adecuadamente dificultades que normalmente suelen aparecer en una convivencia normal), y explorar cómo los cambios de la familia son reconocidos y valorados tanto por los miembros de la familia como por personas y entidades externas a la misma (amigos, familiares, el colegio, los vecinos, etc.).





5. Metodología de la intervención

5.1

Aspectos contextuales de la terapia

Los aspectos contextuales del “setting” terapéutico son aquellos que tienen que ver con el equipo de profesionales, el modo de trabajo, la supervisión, los medios utilizados, etc. A pesar de ser externos a la terapia en sí, estos aspectos ejercen una gran influencia sobre lo que ocurre durante la sesión entre terapeuta y clientes. Por ello, es importante prestar atención a las que puedan ser condiciones óptimas de trabajo y hacer esfuerzos para aproximarse a ellas en la medida de lo posible. Estas condiciones contextuales se describen a continuación.

5.1.1. El equipo

El modelo de trabajo que se propone en este manual incluye el trabajo en equipo. Si bien es normalmente un solo terapeuta el que trabaja directamente con la familia, es de gran importancia contar con un equipo que supervise las sesiones y colabore en todo el proceso terapéutico. Se recomienda que este equipo cuente con al menos dos profesionales además del terapeuta y que éste tenga formación específica en terapia familiar. Es importante que todos los miembros del equipo hayan leído e incorporado los principios del manual en



sus reflexiones a través de una formación específica en la aplicación de los mismos. Además, las observaciones del equipo deberían referirse tanto a las acciones de la familia como a las del terapeuta. Para ello, se hace necesario al menos un método de observación, bien sea un espejo unidireccional, sistema de vídeo, etc. También es importante contar con al menos un medio de comunicación entre el equipo y el terapeuta (auricular, teléfono, etc.).

Se recomienda la mayor transparencia posible con la familia acerca de todos los aspectos contextuales que afectarán el trabajo con ellos. Esto puede incluir presentar los miembros del equipo a la familia al inicio de la terapia e incluso mostrar la sala de supervisión a la familia para que se sientan familiarizados e incluidos.

En el caso de que el terapeuta trabaje sin equipo o sin los medios con los que cuenta esta descripción, existe una serie de alternativas. Por ejemplo, para terapeutas que trabajen solos, es recomendable que cuenten con otro/s profesional/es que ayuden a supervisar su trabajo o que sirvan de consultores. En la ausencia de equipo, se recomienda grabar todas o algunas de las sesiones para ayudar en la tarea de supervisión y consulta con otros profesionales. Puede ser útil e importante que el terapeuta trabaje con un co-terapeuta en la medida de lo posible, si no en todas las sesiones, al menos en parte de ellas.

5.1.2. Grabación de sesiones

Es un gran recurso el disponer de los medios para grabar las sesiones de terapia en vídeo por su utilidad en la supervisión continua del trabajo. Disponer de las sesiones grabadas no solo permite al terapeuta revisar su propio trabajo sino que también facilita el ejercicio de supervisión, pudiéndose complementar las reflexiones del equipo con la revisión de los fragmentos de sesión concretos a los que se refieren. La grabación de sesiones requiere del consentimiento informado y firmado de la familia, el cual debe obtenerse previamente al comienzo de la terapia. (Un ejemplar del consentimiento utilizado en la UIICF se incluye en el anexo 6). Esto significa que el equipo deberá informar a todos los miembros de la familia que participan en terapia del modo de trabajo que guiará la terapia, incluyendo la grabación de las sesiones, la colaboración y observación continua por parte del equipo, la posibilidad de comunicación durante las sesiones entre terapeuta y equipo, etc.

5.1.3. Estructura de trabajo: antes, durante y después de la sesión

La estructura de trabajo propuesta en el presente manual incluye el uso de al menos 15 minutos antes y después de cada sesión para planificar y revisar el trabajo con la familia. Además del tiempo antes y después, se recomienda hacer una pausa hacia el final de la sesión para discutir con el equipo sobre aspectos del contenido y del proceso ocurridos durante la misma y decidir la intervención final que el terapeuta realizará a continuación. Esta estructura permite un trabajo cooperativo de planificación, ejecución y revisión completo y minucioso de la terapia con la familia. Los temas que se recomienda tratar **antes** de cada sesión (Pote et al., 2004) incluyen:

- construir o disponer del genograma (p.ej. árbol familiar) con la información aportada por el derivante y la familia,
- resumir los temas principales señalados por el derivante y por la familia y considerar la información obtenida que deba ser profundizada,

- tener en cuenta los eventos vitales recientes de la familia,
- considerar las dificultades para establecer una buena alianza o que estén afectando a la alianza ya establecida con la familia,
- tener en cuenta aspectos del sistema más amplio para definir redes entre el sistema familiar y los otros sistemas (social, educativo, judicial, etc.),
- discutir todos los temas, ideas, hipótesis y sugerencias que puedan ser relevantes para la familia acerca de los factores que mantienen los problemas, los recursos para el cambio y posibilidades de actuación terapéutica,
- considerar las hipótesis y explicaciones que la familia formula actualmente.

Tras la primera parte de la sesión, en la que se ha recogido mucha información acerca de los progresos y las dificultades de la familia, el terapeuta hace una pausa en la que se reúne con el equipo que ha estado observando la sesión. Durante esta pausa, se repasa la información recogida por si hubiera discrepancias o dudas acerca de la valoración que el equipo hace de los factores que mantienen los problemas y los recursos de cambio en la familia. Este debate debe ser breve, de cinco o diez minutos, y el principal objetivo es tomar una decisión acerca de la intervención que se planteará a continuación de la pausa. Durante la intervención es el terapeuta principalmente el que habla, transmitiendo a la familia cómo el equipo percibe la situación y qué pasos creen necesarios para mejorarla. La intervención puede incluir sumarios, síntesis o interpretaciones que el equipo construye sobre las circunstancias que contribuyen al problema de la familia. Particularmente importante durante la intervención puede ser el ofrecer el re-encuadre de los problemas que el terapeuta ha construido con ayuda del equipo. Dependiendo del punto en que se encuentre la familia en el proceso terapéutico, la intervención puede incluir sugerencias o prescripción de tareas. Además, es frecuente y recomendable que durante la intervención se ofrezca un elogio acerca de los aspectos positivos que presenta la familia y agradecerles y valorar su compromiso con el fin de promover una actitud más positiva y optimista ante la situación.

Después de la sesión, el equipo se reúne para revisar el trabajo realizado y discutir sobre:

- Las principales intervenciones del terapeuta y las respuestas de la familia.
- Ideas para las sesiones futuras y temas a los que se debe volver para profundizar.
- Retroalimentación al terapeuta acerca de sus actuaciones.
- Reflexiones del terapeuta sobre los temas propuestos por el equipo durante la sesión.
- Revisión de la información actual, incluyendo una revisión del sistema directo y los indirectos a la familia.

5.1.4. Uso de escalas y cuestionarios

El uso de cuestionarios y escalas ha demostrado ser de gran utilidad no solo para propósitos de investigación sino también a nivel clínico, pudiendo proporcionar información valiosa acerca de la experiencia que los clientes tienen del proceso terapéutico, del estado de sus problemas, de su percepción de los avances, etc. Como parte del protocolo de la UIICF, todos los clientes (mayores de 12 años) completan un cuestionario breve de entrada al comienzo de la terapia en el que describen brevemente sus quejas y demandas para la terapia. A la salida de cada sesión, todos los clientes completan otro cuestionario en el que valoran en formato de escala su experiencia del trabajo realizado durante la sesión y del terapeuta. A partir de la segunda sesión, al inicio de todas las sesiones los clientes completan una escala en la que valoran la utilidad de la última sesión y el estado de sus problemas. El terapeuta también completa una escala breve después de cada sesión en la que valora el trabajo realizado. Además de estos cuestionarios, cada tres sesiones, tanto clientes como terapeuta completan un autoinforme más prolongado valorando el progreso de la terapia y su experiencia de la alianza terapéutica (SOATIF-s). Ejemplares de todas estas escalas se incluyen en los anexos.

En general, se puede decir que la experiencia en la UIICF es que estos cuestionarios han llegado a jugar un papel muy significativo en el proceso de la terapia tanto para el terapeuta como para los clientes. Por un lado, estas escalas informan al equipo terapéutico de la experiencia subjetiva que los clientes tienen de las sesiones y del terapeuta que, de no ser por escrito, probablemente no llegaran a expresar. Esta información sirve de guía para detectar, por ejemplo, cuándo la dirección de la terapia no está siendo útil para el cliente o cuándo hay algún aspecto del terapeuta o de su manera de intervenir que no es apreciado positivamente por el cliente. La experiencia dice que, en estos casos, es más fácil para el cliente expresar estas preocupaciones por escrito. Por otro lado, estas escalas llegan a resultar útiles para los clientes, quienes con frecuencia adoptan el lenguaje de escala utilizado en las mismas para expresar sus percepciones o preocupaciones durante la sesión. Por ejemplo, *un cliente puede decir: “pues no llego a poner un 6 en la escala del problema porque para mí no llega a haber lo que hace falta para que afronte el problema solo.”* Otro ejemplo es una cliente que utilizaba el cuestionario de escala para escribir palabras clave de los temas que quería tratar durante la sesión, ayudando así a no dejar de lado algo importante.



5.1.5. Documentar la terapia

En el contexto de la terapia sistémica manualizada, se recomienda que cada familia atendida disponga de un documento estructurado que contenga los registros completos del trabajo con ella (Pote et al., 2004). Esta ficha debe contener un registro de las sesiones que tenga un lenguaje adecuado, legible, organizado, con fecha y firmados. Esto es importante tanto para el uso que el equipo hace de la información que concierne al trabajo con la familia como el posible uso que la familia quiera hacer de su propia información (en casos en que así se solicite). El documento del caso deberá incluir: la hoja de información sobre la unidad familiar, el genograma, la información aportada por el derivante, cualquier comunicación escrita, registro de asistencia, notas de sesión y anotación de cada contacto que se haga con la familia. En el caso del registro de cada sesión, es importante que se tome nota de la fecha y número de la misma, del nombre de los asistentes a la terapia, del terapeuta que los atiende y de los miembros del equipo, los temas principales tratados (incluyendo palabras clave del lenguaje utilizado por la familia), observaciones del equipo, registro de las intervenciones e ideas clave para retomar en sesiones posteriores. La documentación del caso puede recoger gran parte de los formularios de análisis y registro de información que se presentan en los Anexos de este manual.

5.2

Habilidades Básicas

Las habilidades básicas en terapia familiar son aquellas que tienen que ver con el mantenimiento de una comunicación adecuada tanto al inicio como a lo largo del tiempo que dura la terapia. Estas habilidades son especialmente importantes por su papel en el establecimiento y desarrollo de una alianza terapéutica con todos los miembros de la familia. A continuación se describen algunas de las habilidades básicas más importantes y cómo se relacionan con las cuatro dimensiones de la alianza definidas en el modelo SOFTA-SOATIF (Friedlander et al., 2006-2009).

5.2.1. Ritmo ajustado y claridad en el lenguaje

Siendo la terapia un contexto nuevo para la familia, para promover que la familia se sienta segura y cómoda es importante que el terapeuta tenga cuidado de no usar lenguaje demasiado técnico o de ir demasiado rápido en el proceso de la entrevista. Esto requiere que el terapeuta se adapte continuamente al vocabulario y a las posibilidades de la familia sin apresurar ni ralentizar demasiado el proceso (López & Escudero, 2003).

5.2.2. *Observar interacciones durante la sesión*

El terapeuta debe esforzarse en observar continuamente las interacciones de la familia en sesión ya que se asume que éstas son reflejo de los patrones que ocurren en su vida diaria y que forman parte del problema que les trajo a terapia (Rivett & Street, 2009). La terapia implica una tarea en sí misma para la familia y les obliga a interactuar para resolver situaciones nuevas y negociar respuestas a las preguntas planteadas por el terapeuta. Por ello, observar las interacciones de la familia aporta una información muy valiosa para dilucidar cómo son las cosas en casa. Rivett & Street (2009) recomiendan observar por ejemplo quién entra en la sala primero, cómo se organizan al sentarse, quién da las instrucciones y toma la iniciativa, quién interrumpe y a quién lo hace más, cómo reaccionan los hijos cuando los padres discuten, etc. Es recomendable incluso comentar estas observaciones en el “aquí y ahora” con la familia para ayudarles a establecer conexiones con los patrones que ocurren en casa. Por ejemplo, el terapeuta puede comentar *“he observado que ahora, mientras ustedes discutían, su hijo la ha interrumpido numerosas veces a usted (a la madre), ¿es esto lo que ocurre en casa?”*.

5.2.3. *Estructurar la información*

Con frecuencia la familia presenta la información de forma desestructurada, conflictiva e incluso contradictoria. Por ello, el terapeuta debe hacer un esfuerzo para focalizar la entrevista en lo que es más importante, proporcionando a la familia una guía para aportar información útil (López & Escudero, 2003). El objetivo es focalizar las preguntas en las relaciones entre los comportamientos de los distintos miembros de la familia para ir encuadrando, desde el inicio de la terapia, el problema desde un foco sistémico. El terapeuta puede ayudar a estructurar proporcionando retroalimentación o resúmenes acerca de lo que relata la familia, destacando tentativamente los temas comunes y los patrones circulares que se van observando (Rivett & Street, 2009).



5.2.4. Empatía/conexión emocional

La habilidad del terapeuta de expresar empatía y promover una conexión emocional estrecha con los clientes está determinada por su capacidad de hacer ver que escucha de manera activa, reflejando los sentimientos y mostrando un interés genuino por lo que cada miembro dice y expresa (Friendlander et al., 2006-2009). Además de mostrar interés por lo que preocupa a la familia, el terapeuta debe mostrar interés por la familia como tal, por sus circunstancias, su historia, etc. En este sentido, las preguntas y los comentarios empáticos deben tratar de capturar a la familia como sistema, enfatizando las relaciones entre los sentimientos de los distintos miembros (Rivett & Street, 2009).

5.2.5. Autenticidad/credibilidad

Para que los miembros de la familia confíen en el terapeuta y se sientan seguros, el terapeuta debe mostrarse sincero y espontáneo. Esto implica inspirarse en los procedimientos y esquemas profesionales

pero manteniendo una naturalidad y flexibilidad para adaptarlos a la familia y a su situación concreta (Escudero, 2009). En este sentido, algunos autores señalan la importancia del trabajo personal previo y continuado del terapeuta de reflexionar sobre su propia familia y de entender los discursos que la caracterizan y su rol en ellos (Rivett & Street, 2009). Este trabajo personal permite al terapeuta revisar sus prejuicios y sesgos a la hora de interpretar las interacciones de la familia a la que atiende. De lo contrario, los sesgos personales fruto de las experiencias del terapeuta en su propia familia pueden fomentar juicios que impidan al terapeuta ser neutral, genuino y congruente en su trabajo.

5.2.6. Normalización

Es frecuente que la familia describa comportamientos o ideas con mucha angustia por sentir que son raros, atemorizantes o locos. El papel del terapeuta es hacerles ver que eso que les preocupa es un comportamiento común en las circunstancias en las que se encuentran. Esto es particularmente importante en familias con adolescentes, ya que frecuentemente los padres interpretan el mal comportamiento de su hijo/a como teniendo una intención maliciosa (Rivett & Street, 2009). El terapeuta puede asumir un rol relativamente psico-educativo para enmarcar ciertos comportamientos del adolescente como parte normal de la etapa evolutiva en la que se encuentra, como reflejo de su búsqueda de autonomía e identidad separada de los padres. No obstante, normalizar los problemas no significa infravalorar la importancia que la familia otorga al problema o el sufrimiento que éste provoca. Conviene tener cautela en cómo se verbalizan las normalizaciones, manteniendo un equilibrio entre normalizar el problema y validar la preocupación y sufrimiento de la familia.

5.2.7. Estimular que el cliente hable

Puesto que el terapeuta suele tener una postura preponderante en terapia, es importante que se preocupe por que todos y cada uno de los miembros de la familia se sientan incluidos y que se les ofrezcan oportunidades para expresar sus puntos de vista. Esto implica animar y estimular a cada miembro con cuidado de que no se sientan presionados o forzados a ello. Esta habilidad es básica para fomentar el enganche de todos los miembros de la familia en la terapia,

particularmente cuando se trabaja con adolescentes (Friedlander et al., 2006-2009). En el trabajo con familias con adolescentes en conflicto es especialmente importante que el terapeuta trate de transmitir al adolescente que su punto de vista importa, incluso aunque contradiga el de los padres.

5.2.8. Manejo de las emociones/conflicto

El terapeuta debe mantener el equilibrio entre la necesaria expresión de emociones intensas que aparecen en terapia y la posibilidad de conversar y trabajar colectivamente. En otras palabras, cuando alguna emoción intensa aparece en un miembro de la familia, éste debe tener la oportunidad de desahogarse y expresarla pero no en una manera que interfiera en el avance de la terapia (López & Escudero, 2003). Ignorar signos de que algún participante está sintiéndose vulnerable por alguna emoción intensa (p.ej., frustración, rabia, tristeza, miedo, etc.) puede perjudicar seriamente la alianza, sobre todo en lo que se refiere a la conexión emocional (Friedlander et al., 2006).

Rivett & Street (2009) destacan dos tareas básicas en el control de emociones: contener y alternar. Contener emociones implica ayudar a un miembro a expresar las emociones intensas que sienta al mismo tiempo que atiende a lo difícil que puede resultar para los otros miembros escucharlo. Por ejemplo, en una sesión, la hija adolescente muestra su enojo por haberse sentido obligada a cuidar de su madre deprimida y el terapeuta valida sus sentimientos a la vez que comprueba las reacciones de la madre al oír esto. En ocasiones basta con enfatizar la importancia de expresar y escuchar cosas que puedan doler como paso necesario para “curar” ese dolor (Rivett & Street, 2009). En otras ocasiones, sin embargo, el terapeuta deberá “alternar”, cambiando el tema o cambiando el enfoque para aliviar el grado de emoción que haya llegado a ser demasiado intenso. En el ejemplo, el terapeuta puede decidir preguntar al padre cómo ve la situación, lo cual permite a la madre y a la hija un descanso de tanta tensión.

En general, es importante que el terapeuta propicie la expresión de emociones al tiempo que garantiza un nivel de seguridad y confort psicológico a todos los miembros de la familia. Después del momento más expresivo (cuando el cliente “desahoga” su estado emocional), el terapeuta debe propiciar una conversación sobre el significado

e impacto que ha tenido esa expresión de emociones para todos los presentes en la sesión. El terapeuta puede preguntar, por ejemplo, *¿qué frase o qué palabra de las que se han dicho aquí han provocado tu llanto? ¿Cómo describirías en palabras lo que sientes? ¿Qué ha pasado por tu mente al ver llorar a tu padre?, etc.*

5.2.9. Unirse a la familia (*joining*)

Hay varias técnicas que pueden enmarcarse dentro de la tarea de “unirse a la familia” o “*joining*”. Según la BSFT (Szapocznik et al., 2003), *joining* es una técnica amplia, definida por los pasos que da el terapeuta para preparar a la familia para el cambio. Algunas de las técnicas incluyen presentarse como un aliado, confluir con las maneras que la familia tiene de comunicarse y comportarse, y presentarse de forma que los miembros de la familia perciban al terapeuta como la figura de mayor dominancia sobre la unidad familiar. Se dice que el terapeuta se ha *unido* a la familia cuando es aceptado por todos como un “miembro especial temporal”, habiendo ganado su confianza y respeto (Szapocznik et al., 2003). Es aparente la estrecha relación entre “*joining*” y la formación de una fuerte alianza terapéutica con la familia.

Una de las maneras más útiles de unirse a la familia es la de respetar la estructura de poder existente apoyando a aquellos que están en posición de poder (p.ej., los padres o cuidadores). Esto es importante porque, por un lado, éstas son las que tienen el poder de aceptar al terapeuta dentro de la familia como figura líder y también tienen el poder de terminar o no regresar a terapia. Por otro lado, es importante porque es frecuente que la persona en posición de poder en la familia sea la más difícil y menos grata con la que unirse. Teniendo esto en cuenta, sin embargo, es esencial que el terapeuta se una a todos los miembros, sin posicionarse con ningún “bando”.

5.2.10. ¿Qué evitar en las entrevistas?

Aunque no es una decisión de “sí o no” clara, resulta útil considerar qué conductas o actitudes suelen no ser recomendables durante la terapia. En primer lugar, es importante evitar una actitud paternalista aconsejando excesivamente a la familia u ofreciendo juicios basados en cuestiones morales o creencias personales. Asimismo, se

recomienda evitar utilizar etiquetas diagnósticas innecesarias, hacer interpretaciones excesivas e intelectualizar sin ofrecer un contexto que lo justifique. Es preferible conducir a la familia por medio de preguntas y comentarios breves a que ellos formulen sus propios problemas y objetivos, aquellos aspectos que no les están favoreciendo o que están contribuyendo al problema. Es mucho más eficaz para que la familia alcance cambios que sean ellos mismos quienes generen sus propias metas y alternativas.

En segundo lugar, el terapeuta debe tener cuidado, sobre todo al principio de la terapia, de no enzarzarse en un diálogo en forma de interrogatorio cuando la familia encuentra dificultades en expresar sus puntos de vista. Ante estas circunstancias, en lugar de continuar insistiendo con preguntas, es importante atender a qué factores pueden estar entorpeciendo en la capacidad de la familia para expresarse. Es crucial fijarse en aquellos aspectos de la alianza terapéutica que pueden necesitar atención, como por ejemplo en aspectos que puedan estar haciendo que los miembros de la familia no se sientan seguros para expresarse o en condiciones específicas con las que se presenta la familia que pueden contribuir a un grado muy bajo de compartir propósito entre ellos.

A un nivel no verbal, aunque parezcan evidentes, conviene atender a algunos aspectos relevantes. Por ejemplo, no hay que menospreciar la importancia de la postura, evitando que pueda incomodar a algún miembro de la familia o que pueda interferir en la estructura del sistema familiar (por ejemplo, acercarse mucho a un miembro y no a los otros). El terapeuta también debe mantener un nivel apropiado de contacto ocular con todos los participantes y un tono de voz ni muy alto ni muy bajo. En este sentido, disponer de un equipo de trabajo que supervisa la sesión es de gran utilidad para proporcionar retroalimentación acerca de qué aspectos no verbales debe trabajar el terapeuta.

El SOFTA/SOATIF en su formato de observación para el terapeuta sirve como una guía útil y sintetizada de habilidades básicas que contribuyen a cada una de las cuatro dimensiones (enganche en el proceso, conexión emocional, seguridad y sentido de compartir el propósito). Se recomienda consultar estos indicadores en el ejemplar que incluimos en los anexos 15 y 16 del presente manual, tanto los indicadores positivos como los negativos (mostrados en cursiva).

5.3

Técnicas específicas: la entrevista como intervención

Aunque el espectro de técnicas de entrevista en terapia familiar es amplio, existe un número de ellas que son las más comúnmente utilizadas. Estas técnicas son particularmente útiles al inicio de la terapia, en la entrevista inicial, pero continúan siendo importantes a lo largo de todo el proceso terapéutico (López & Escudero, 2003). Aquí se presenta una serie de técnicas específicas a modo de “caja de herramientas” con el fin, no de que el lector trate de usarlas todas, sino de que tenga ideas de donde escoger según su caso y las circunstancias del mismo.

5.3.1. Preguntas reflexivas

Las familias con problemas suelen enzarzarse en el mismo tipo de interacción una y otra vez como si fuera un baile que han aprendido juntos, cada uno con un rol y unos “pasos” asignados (Rivett & Street, 2009). Cuando la familia “baila este baile” en sesión repetidamente, puede sentirse desesperanzada y si el terapeuta permite que continúe ocurriendo, el baile puede obstaculizar la terapia. Por ello, es importante que la familia sienta que el terapeuta es capaz

de tolerar, contener y afrontar estos patrones. El terapeuta debe interrumpir el “baile” sutilmente mediante preguntas que orienten la atención hacia la interacción. Por ejemplo, en el caso del hijo que interrumpe enfadado a la madre en su discusión con el padre sobre sus preocupaciones por él, el terapeuta puede extender la mano al hijo para calmarlo y preguntar a la madre *“su hijo parece enfadado, ¿ocurre esto en casa? y ¿qué hace usted cuando esto ocurre?”* y al hijo *“¿qué pasó ahí cuando te enfadaste?”* El terapeuta puede también formular preguntas que indirectamente sugieran cambios en el comportamiento o idea de uno o más miembros de la familia, conectándolos circularmente. Así, en lugar de preguntar directamente a un cliente acerca de la posibilidad de un cambio, por ejemplo *“¿podrías encontrar formas de consolar a tu esposa en lugar de frustrarte?”*, una pregunta reflexiva se podría formular *“¿qué piensas que pasaría si tu padre consolara más a tu madre en lugar de enfadarse?”*

En este contexto, es de gran utilidad el uso de preguntas en escala a través de las cuales se pide a uno o más clientes que valoren en una escala de 0 a 10 la intensidad de una determinada conducta o problema. Estas preguntas ayudan a la familia a hablar de sus interacciones de manera reflexiva y a evaluar la percepción que los otros tienen de las dificultades en un determinado momento de la terapia. Así, la pregunta en escala puede utilizarse al inicio de la terapia o más adelante, para evaluar el progreso o cambios experimentados. Como se describe más arriba, el uso de preguntas en escalas forma parte del protocolo en la UIICF, a través del cual se pide a los clientes, por ejemplo, que valoren sus problemas al inicio de la terapia y antes de cada sesión.

5.3.2. Preguntas circulares

Las preguntas circulares permiten explorar el problema de la familia ofreciendo un enfoque más global y sistémico. A un nivel básico, las preguntas circulares pretenden conectar lo que un miembro de la familia dice, siente o hace con lo que dice, siente o hace otro miembro (Rivett & Street, 2009). En este tipo de preguntas se conectan conductas y emociones y su contribución en un tipo de interacción determinado (Szapocznik et al., 2003). Por ello, estas preguntas son efectivas para explorar y dilucidar las relaciones entre los distintos miembros de la familia y sus respectivas ideas, conductas y emocio-

nes. Este tipo de preguntas animan a la reflexión personal acerca de cómo uno es percibido por los demás y de cómo la conducta de uno afecta a otros.

Las preguntas circulares pueden utilizarse para preguntar acerca del estado (*¿cómo cree que su hijo se está sintiendo?*), del impacto de un comportamiento (*¿Qué cree que siente su esposo cuando le grita?*) o de las creencias de otro miembro del sistema (*¿Qué ideas cree que sus hijos podrían tener al respecto?*). Las preguntas en formato circular también son útiles para ofrecer perspectivas alternativas (*¿Qué piensa su hijo acerca de su rendimiento escolar? Si le preguntáramos a su profesora, ¿qué diría ella?*) y para explorar las relaciones familiares de manera directa (*si entiendo bien, ¿las niñas no pueden ni verse?*) o indirecta (*¿Cómo reaccionan sus hijos cuando les ven discutir?*). Por último, el formato circular sirve para plantear definiciones sistémicas del problema (*Cuando ustedes se ponen a discutir y su hija llora, ¿qué hace Juan a continuación?*) y en combinación con preguntas de escala (*de cero a diez, ¿quién es el que más se molesta cuando no está papá? y ¿quién le sigue?*).

5.3.3. Trabajo en el presente y proyección al futuro

Aunque puede resultar necesario y útil dedicar tiempo a entender el problema que trajo la familia a terapia, lo cual requiere atención al pasado, es importante que el terapeuta procure enfocarse en el presente (Szapocznik et al., 2003). Esto significa que la atención debe dirigirse a las interacciones que contribuyen al mantenimiento de los problemas de la familia en la actualidad. Es importante alentar a la familia a que entable en sesión el mismo tipo de intercambios que los que entablan en su vida diaria para poder ayudarles a modificarlos.

Mientras se atiende a las interacciones disfuncionales actuales que contribuyen al malestar de la familia, es importante trabajar para que todos y cada uno de los miembros imaginen y expresen los cambios que desean. La proyección al futuro implica preguntas que clarifiquen qué tipo de cambios esperan ver, cómo se notarán esos cambios e incluso cómo los cambios se empezarán a notar. Es importante ser creativo y motivador para animar a todos los miembros de la familia a expresarse abiertamente para así obtener información concreta sobre indicadores de cambio. Por ejemplo, el terapeuta puede

formular la “pregunta milagro”: *“Imaginad que esta noche os vais a dormir y ocurre un milagro, mañana os levantáis y han desaparecido vuestros problemas, ¿En qué lo notaríais? ¿En qué pequeñas cosas os daríais cuenta de que ya no tenéis problemas?”*

5.3.4. Soluciones intentadas

Esta técnica consiste en rastrear detenidamente lo que la familia ha intentado hasta el momento para mejorar la situación. Es importante obtener detalles concretos y específicos de las cosas intentadas al mismo tiempo que clasificar estas soluciones en categoría, por ejemplo “castigar” o “intentar que lo entienda”. También es importante distinguir entre las soluciones que no han funcionado de aquellas que fueron eficaces al principio u ocasionalmente. Las “excepciones” son aquellas soluciones que la familia ha intentado y que funcionaron al menos en algún momento. Estas excepciones son útiles porque puede bastar con modificar algún elemento de la solución que hizo que dejase de funcionar y que la familia no había considerado. También es útil explorar posibles obstáculos que se presentan cuando se intentan soluciones que, de no estar ahí, deberían funcionar. Por ejemplo, en el caso de Julián, las experiencias traumáticas de los padres, sobre todo de María, son un obstáculo cuando se intenta que la madre reduzca su actitud vigilante y angustiada con respecto a Julián.

Es frecuente también que algunas de las soluciones intentadas puedan ser en sí mismas factores que mantienen o agravan el problema. Por ejemplo, María confiesa que su manera de intentar que Julián se comporte es estar “encima de él” preguntándole y vigilando lo que hace constantemente y eso hace que Julián quiera huir más de casa y acudir a sus estrategias de escape. Asimismo, interesa examinar los intentos fallidos ya que es posible que de ellos se haya extraído algún aprendizaje positivo.



5.3.5. Escenificación (*enactment*)

- *reconstrucción (re-enactment)*

En lugar de descripciones verbales, a veces el terapeuta necesita tener acceso directo al patrón de interacción habitual de la familia (Rivett & Street, 2009). Por ello, a veces el terapeuta puede animar a la familia a tener en la sesión una discusión sobre un tema relevante al problema con el fin de observar las interacciones de la familia en plena discusión. Otras veces, el terapeuta puede pedir que la familia realice una tarea concreta y así reconstruir situaciones que ocurren en su vida diaria. Desde un punto de vista estructural y estratégico, esta técnica es muy útil tanto como instrumento de observación de los patrones de interacción como para examinar la flexibilidad de la familia para modificarlos. Asimismo, la técnica de representación-re-

construcción es también útil en momentos de bloqueo en la terapia o en casos en que algún miembro se encuentra desenganchado del proceso (Rivett & Street, 2009).

La representación-reconstrucción ocurre en tres fases (Rivett & Street, 2009). Primero, el terapeuta observa a la familia mientras interactúa con ellos, ganando conciencia de los patrones y temas más repetitivos. En una segunda fase, el terapeuta pide a la familia que discuta sobre un tema o que represente alguna situación concreta y adopta una postura de observador. La fase final sirve al terapeuta de oportunidad para participar en la reconstrucción haciendo preguntas concretas o haciendo sugerencias para ofrecer a la familia maneras alternativas de actuar.

5.3.6. Amplificar cambios/elogiar avances

Cada cambio o indicador de cambio es relevante y, como tal, el terapeuta debe acentuar esta importancia y mostrar optimismo cuando aparezca alguno. Por ello es importante que el terapeuta familiar mantenga su atención y rastree la posible ocurrencia de pequeños cambios que la familia puede pasar por alto o minimizar para así poder subrayar su importancia y elogiarlos. Además de explorar detalladamente cómo ocurrió y cómo lo percibieron los distintos miembros de la familia, es importante proyectar al futuro preguntando cómo y cuando esperan que ocurra un cambio similar.

5.3.7. Re-encuadre

La técnica del re-encuadre es conocida como una de las técnicas más eficaces para transformar interacciones negativas en unas más positivas (Robbins et al., 2000). El propósito es cambiar la defensiva y hostilidad familiar inicial mediante una redefinición del problema que ofrezca una nueva visión más positiva donde la culpabilidad quede enmarcada desde una perspectiva de responsabilidad y proyección al futuro. Esta técnica es compleja y requiere de gran destreza y creatividad por parte del terapeuta. No es tarea fácil que esta nueva perspectiva sea bien recibida por todos y cada uno de los miembros de la familia. Aparte de ser creativo, es importante que el terapeuta sea persuasivo y convincente para “vender” su interpre-

tación a la familia (Szapocznik et al., 2003). Para ello, el re-encuadre no debe ser impuesto ni basarse en una interpretación que no se sustente en la queja de la familia. Para que sea relevante y eficaz, el re-encuadre debe validar no solo la información, sino también los sentimientos y emociones de todos los miembros de la familia en relación con el problema. El re-encuadre evita “culpables” en su explicación, estando formulado bajo un marco sistémico, enfatizando los recursos positivos de la familia, de manera que transmita el mensaje de que unidos pueden afrontarlo.

Es recomendable usar esta técnica desde la entrevista inicial con el fin de aliviar los intensos sentimientos negativos con los que acuden las familias a terapia (Szapocznik et al., 2003). Hay varios aspectos importantes que el re-encuadre trata de reformular. En primer lugar, las emociones negativas son reformuladas para incitar sentimientos más positivos (p. ej. *Lo que parece es que el que tu madre sea tan “machacona”, como dice tu hermano, es reflejo de que se preocupa mucho por vosotros*). El re-encuadre busca además transformar los patrones en los que se basa la explicación que la familia tiene del problema, que frecuentemente son intrapsíquicos, a unos patrones de carácter diádico, triádico, intergrupalo o indiferenciado (p. ej. *Parece que tu hijo no es simplemente un rebelde, sino que cuanto más*



tensión y discusiones hay en casa, más tiende él a escaparse y hacer gamberradas). De esta forma, se externalizan las fuentes del problema, anteriormente atribuidos solo al cliente que muestra la conducta aparentemente más problemática (en este caso el/la adolescente). También se busca cambiar la atribución causal del problema de un marco lineal a un marco más complejo o circular que refleje el papel que los distintos miembros de la familia juegan en la situación problemática. Otro aspecto que el re-encuadre trata de reformular es el “tiempo”, reformulando una explicación estática e histórica del problema a una más fluctuante y ahistórica (p. ej. *Entonces parece que, aunque llevas mucho tiempo así, no has estado deprimida siempre y que ha habido algunos acontecimientos en la familia que han influido en que te sientas tan mal*). El factor “espacio” se re-encuadra con el fin de reflejar el papel que juega el contexto en la ocurrencia del problema (p. ej. *Si entiendo bien, dices que cuando estás en la casa de la playa estás mucho más relajada y eres más capaz de controlar a tus hijos. Eso me dice que tu dificultad no solo depende de tu capacidad como madre, sino de otros factores en tu entorno habitual que te estresan*).

Por tanto, un re-encuadre efectivo incluye aspectos narrativos y emocionales que permitan redefinir la explicación que la familia presenta del problema desde una perspectiva nueva. Para que sea efectivo, el re-encuadre debe encajar en el lenguaje de la familia, validar las emociones y creencias de la familia y bloquear los elementos que bloquean el cambio (culpabilidad, hostilidad, inmovilidad, etc.). De esta forma, el re-encuadre promueve la sensación de seguridad de los participantes al ayudar a disminuir los ataques y las actitudes defensivas y proporciona un mayor sentido de compartir el propósito en el que nadie es culpable único del problema ni responsable único de su solución. En nuestro modelo de trabajo, el re-encuadre configura una fase o estrato fundamental del proceso de terapia.

5.3.8. Trabajo con las emociones

Szapocznik et al. (2003) destacan la importancia no solo de promover espacio para el afecto sino también de usarlas como “herramientas” para mover a la familia a interacciones más positivas. Desde una perspectiva de la terapia de familia basada en el apego, el trabajo con las emociones es crucial para fomentar un apego seguro e íntimo entre padres e hijos (Diamond et al., 2003). Por ello es primordial que el terapeuta cree un espacio seguro para que los miembros de la familia se sientan a salvo de expresar y compartir sus emociones. De hecho, algunos sugieren que el terapeuta debe jugar un papel de figura de apego segura para fomentar la expresión emocional y para modelar conductas propias de un apego saludable y positivo (Rivett & Street, 2009).



En este sentido, es importante ayudar a los padres a aprender a responder de manera empática y protectora cuando sus hijos se muestran vulnerables. Para ello, los padres necesitan primero ayuda para entender las expresiones de sus hijos. Por ejemplo, cuando el hijo adolescente en una familia llora, se le puede preguntar a la madre “¿qué crees que significan las lágrimas de tu hijo?” e incluso puede dirigirse a que le pregunte directamente a su hijo diciéndole “¿podrías preguntarle a él si lo que has dicho es realmente lo que hay detrás de sus lágrimas?” De este modo, no solo se reconoce la emoción y se tienen en cuenta los sentimientos que hay detrás, sino que se promueve una comunicación más íntima y vulnerable entre los miembros de la familia. Además, ayudar a la familia a expresar y compartir sus emociones de una manera más positiva les ayuda a sentirse más seguros y emocionalmente conectados. El hecho de compartir emociones íntimas puede dar lugar también a re-encuadres acerca de las emociones y conductas negativas que caracterizan los problemas de la familia.

5.3.9. Rastreo (*tracking*)

La técnica de rastreo está muy relacionada con la de unirse (*joining*) en que ambas tratan de atender al modo de interactuar que tiene la familia. La particularidad del rastreo es que el terapeuta no solo se limita a respetar estas maneras de interactuar de la familia y se une a ellas sino que además se aprovecha de ellas para establecer un plan terapéutico de acción (Szapocznik et al., 2003). A veces, las familias actúan espontáneamente en sesión, hablando tal y como lo hacen en casa, pero no siempre es así. Cuando esto no ocurre, es importante que el terapeuta encuentre maneras de animar a los miembros de la familia a que actúen de manera más natural. Una manera útil consiste en pedir a los miembros de la familia que hablen los unos a los otros directamente sobre el tema que les preocupa. Permitir y animar a que los miembros de la familia discutan directamente entre ellos sobre el problema en sesión ofrece la oportunidad idónea para que el terapeuta observe y rastree el lenguaje y la forma de comunicarse en la familia que contribuyen al problema. Lo importante no es el contenido de las discusiones sino el proceso, ya que es éste el que informa de las relaciones de poder dentro de la familia, de las reglas familiares implícitas y del tipo de emociones que permiten ser expresadas. Por tanto, aunque a veces el terapeuta haga uso

del contenido para promover discusión, el propósito del rastreo es llegar a modificar el “proceso”, la organización y comunicación en la familia.

5.3.10. Trabajar con límites y alianzas

Ciertas alianzas en la familia son beneficiosas. Por ejemplo, cuando las personas al cargo de los hijos están fuertemente aliadas se encuentran en una mejor posición para manejar a sus hijos adolescentes (Szapocznik et al., 2003). Sin embargo, en casos en los que una figura parental se alía con uno de los hijos es frecuente que ocurran problemas derivados del hecho de que dicha alianza proporciona un poder al hijo que no le corresponde y, por tanto, se hace difícil poner límites en sus conductas problemáticas.

Un elemento esencial en las alianzas es el de **límite**. El objetivo del terapeuta es ayudar a definir límites claros entre las personas, para que tengan cierta independencia, a la vez que flexibles, para promover la interdependencia necesaria entre los miembros de la familia. En familias con adolescentes es frecuente que haya que trabajar en fortalecer la alianza entre los padres y, por tanto, en disolver los límites entre ellos. También es frecuente que haya que dedicar esfuerzos a endurecer los límites intergeneracionales, por ejemplo entre una madre y una hija que solían estar fuertemente aliadas, para que la madre recupere la autoridad que pierde por la debilidad de límites que había entre ellas. Por tanto, es importante trabajar en modificar alianzas no funcionales de manera que se restaure el poder en manos de los padres y se establezcan límites flexibles pero claros entre padres e hijos. Es importante que el terapeuta trabaje de manera sutil, incluso sigilosa, en lugar de directa y explícitamente hablar de las alianzas. Por ejemplo, un terapeuta puede pedir a unos padres que no tienen una fuerte alianza que se sienten a acordar una lista de normas claras con respecto a los hijos. Un terapeuta puede también pedir a un padre que tiene una alianza débil con su hijo que lo lleve a alguna actividad que los dos puedan disfrutar juntos.

Otro fenómeno frecuente en las familias con adolescentes es el de **triangulaciones**. Las triangulaciones ocurren cuando en un conflicto entre dos miembros de la familia se involucra a un tercero para manejar las emociones difíciles que el conflicto provoca. Por ejem-

plo, un padre con problemas de agresividad se altera mucho por los comportamientos normales de su hija adolescente. El miedo que siente la madre hacia el padre hace que esté muy encima de la hija para que ésta sea completamente correcta. Ésta actitud de la madre ayuda a mantener cierto equilibrio (ya que mantiene activa a la madre y relativamente tranquilo al padre) pero provoca gran presión en la hija, que por ello se comporta cada vez peor. El terapeuta puede observar que el problema de pareja entre los padres, basado en el miedo, trianguliza a la hija haciéndola foco de tensiones que no debían afectarle. Es importante que el terapeuta oriente esfuerzos a trabajar en fortalecer la relación entre los padres mientras que mantiene al margen a la hija.

5.3.11. Inversiones

La técnica de la “inversión” implica pedir y animar a uno o más miembros de la familia a decir o hacer lo opuesto de lo que normalmente diría o haría (Szapocznik et al., 2003). Esto permite romper los patrones de interacción rígidos que dan lugar y mantienen los problemas así como proporcionar patrones alternativos a los habituales. Por ejemplo, el terapeuta entrena a una madre, que normalmente se enfada y grita cuando se siente presionada por el padre para que discipline a su hija adolescente, a que le conteste al padre “me siento orgullosa de lo mucho que te preocupas por nuestra hija” o “tengo miedo de decepcionarte como madre”.

5.3.12. Uso de tareas

La técnica de asignación de tareas es básica en toda intervención familiar tanto dentro de la sesión como fuera de ella. La asignación de tareas proporciona una herramienta valiosa para orquestar oportunidades para que la familia se comporte de manera diferente (Szapocznik et al., 2003). Esta técnica es complementaria a otras ya descritas, por ejemplo el caso de los padres a los que se les pide que hagan una lista de normas juntos. Es recomendable que el terapeuta asigne primero tareas en sesión para poder evaluar la capacidad o disposición de los distintos miembros de la familia para cumplir tareas. Asimismo, la asignación de tareas en la sesión permite proporcionar a la familia una experiencia de éxito y, consecuentemente, se sentirá más competente y motivada para llevarla a cabo fuera.



Conviene tener en cuenta que lo más probable es que la familia no lleve a cabo la tarea a la perfección o incluso puede que no la lleve a cabo en absoluto. No solo las tareas son nuevas formas de comportamiento sino que la familia está engranada en un modo antiguo de comportamiento del que es difícil salir. Lo importante en esos casos es examinar los obstáculos que impiden la realización de tareas adecuadamente y buscar maneras de modificarlas para adaptarlas a la familia. Conviene explorar si el obstáculo es de carácter motivacional o de actitud, en cuyo caso el terapeuta debe dirigir sus esfuerzos a trabajar la alianza terapéutica antes de prescribir tareas para casa.

5.3.13. Técnicas activas

De la tradición psicodramática se dispone de una serie de técnicas que son especialmente útiles en el trabajo con adolescentes. Por su carácter lúdico y activo, empleadas adecuadamente, las técnicas psicodramáticas son eficaces para promover la alianza en la familia. Además, estas técnicas ayudan a los participantes a conectar con emociones más profundas y a expresarlas de una manera controlada y en un contexto más seguro. Por ejemplo, los juegos de roles pueden ser de gran utilidad para ensayar conductas nuevas en el contexto de la terapia, ayudando luego a generalizar el aprendizaje en la vida real. Otras técnicas activas utilizan elementos indirectos que asisten especialmente a aquellas personas a las que les es difícil expresar emociones directamente. Por ejemplo, el uso de la escultura humana (o con la ayuda de un muñeco articulado), de plastilina modelable, marionetas o trapos sirve a los participantes para expresar de forma creativa situaciones o escenas relacionadas con el problema y hablar de ellas a través de un objeto intermedio. Se recomienda usar la estrategia del *soliloquio* en el contexto de este tipo de técnicas que consiste en pedir a la persona que ponga palabras en boca del objeto (ya sea la escultura, los trapos, etc.) como si estuviera diciendo sus pensamientos en alto.

5.4 **Técnicas de tipo psico-social**

Desde la perspectiva de la terapia familiar multidimensional se enfatiza la importancia de trabajar no solo con el sistema directo de la familia sino también con los otros sistemas que contribuyen a las dificultades de la familia. El papel del contexto social, cultural y económico no debe ser olvidado ya que puede determinar muchas de las circunstancias de la familia. Particularmente, cuando se trata de familias con adolescentes en conflicto, es importante considerar posibles presiones relacionadas con presiones del entorno externo (dificultades económicas, carencia de apoyo social, discriminación, etc.) (Rivett & Street, 2009). Estos factores son especialmente relevantes cuando se trata de familias no tradicionales (madre soltera, padres/madres del mismo sexo, familias de minorías étnicas o inmigrantes, etc.). En estos casos, es importante tener en cuenta el papel de los factores externos tanto en el trabajo en sesión con la familia (reconociendo y validando estas dificultades) como en actuaciones con los sistemas indirectos y factores contextuales que le afectan. Así pues, el terapeuta debe plantearse posibles intervenciones en la esfera educativa, en la del grupo de “iguales”, en la de servicios sociales, en la de la comunidad, y en la judicial en la medida de lo posible y si es pertinente. En este sentido, la terapia multidimensional propone una serie de áreas de intervención con los sistemas indirectos que a continuación se describen.

5.4.1. Colaboración con la comunidad

Un aspecto importante para fomentar el apoyo psico-social es que el terapeuta trabaje de forma cercana con agencias en la comunidad que contribuyan a crear un círculo de apoyo fuerte para la familia. Estas agencias son importantes también para que padres e hijos obtengan los recursos y la educación necesarios para aprender nuevas habilidades que les ayuden a mejorar su situación. Existen guías específicas que pueden asistir al terapeuta en la tarea de conectar a la familia con los recursos comunitarios disponibles. Por ejemplo, existen guías creadas por algunos ayuntamientos que describen detalladamente los servicios sociales y agencias disponibles en el área que pueden ser de gran utilidad.

5.4.2. Colaboración con el sistema educativo

La colaboración con el personal del sistema educativo que trata directamente con el adolescente es importante para abogar por la mejora de su situación. El objetivo principal es ayudar a que el adolescente progrese académicamente de manera positiva y con éxito. Una de las tareas es la de conectar a los padres con el personal del centro educativo para que establezcan una relación positiva de colaboración que fomente el alcance y uso de los recursos educativos disponibles por parte del adolescente.

5.4.3. Colaboración con fiscalía

Se recomienda que el terapeuta trabaje de manera estrecha con el personal del sistema judicial en caso de que el adolescente tenga conflictos legales por su comportamiento. El objetivo es ayudar a los padres a que asuman un rol de apoyo para el adolescente en la tarea de cerrar el caso y prevenir la ocurrencia de nuevos arrestos. Esto requiere ayudar a los padres a involucrarse en el sistema legal mediante el establecimiento de relaciones positivas con aquél personal responsable del caso de su hijo/a. Asimismo, es importante abogar por el adolescente en situaciones de injusticia legal o cuando se considere que las decisiones que toman los servicios legales pueden perjudicar al adolescente.

Un ejemplo que ejemplifica el trabajo del terapeuta con el sistema educativo y legal es el caso de un chico adolescente que está siendo juzgado por un robo y que ha sido expulsado por segunda vez del instituto. El personal educativo y de menores están en proceso de decidir si lo trasladan a otro centro y el terapeuta considera que esa actuación puede empeorar aún más la situación. El terapeuta se pone en contacto con el personal educativo de los servicios legales para aportar su punto de vista como terapeuta de la familia y decide informar y animar a los padres de la posibilidad de recurrir la decisión si fuera necesario.

5.4.4. Servicio comunitario

En casos de adolescentes con problemas de conducta, se recomienda que el terapeuta trabaje estrechamente con los responsables del adolescente (tanto padres como profesores o incluso oficiales del contexto legal) para crear oportunidades de servicio comunitario que promuevan comportamientos prosociales. El objetivo es encontrar una labor en algún organismo comunitario que fomente la realización por parte del adolescente de tareas de ayuda adaptadas a sus habilidades y madurez evolutiva. Es importante examinar las alternativas disponibles para encontrar aquella que maximice la probabilidad de que el adolescente disfrute de la tarea y tenga éxito en ella.

5.5

Terapia de grupo con los adolescentes

Durante las últimas décadas, la terapia de grupo ha experimentado un considerable incremento en su popularidad y en el valor que los profesionales de la salud le han otorgado como modalidad terapéutica. Además de por sus ventajas prácticas y económicas, los beneficios terapéuticos de la terapia de grupo han sido bien delineados en un estudio meta-analítico (Smith & Glass, 1981). Considerando la importancia que las relaciones con iguales adquiere durante la adolescencia, MacLennan & Dies (1992) describen la terapia de grupo como la modalidad idónea para los adolescentes.

Sin embargo, a pesar de los claros beneficios del trabajo en grupo con adolescentes en su eficacia para mejorar conductas y actitudes, no está clara la eficacia a largo plazo de estas mejoras (MacLennan, 2000). Según MacLennan, parece relativamente fácil ayudar en terapia grupal a que los adolescentes mejoren su actitud y comportamiento cuando viven en un contexto positivo con figuras importantes de apoyo tanto en casa como en el colegio. En cambio, cuando los adolescentes provienen de un contexto familiar altamente conflictivo, pertenecen a un grupo de iguales de carácter delictivo o sufren de trastornos severos de alimentación o adictivos, se hacen necesari-



rias intervenciones que permitan cambios en estas otras áreas de la vida del adolescente. Teniendo en cuenta las características de conflicto de los adolescentes y las familias a los que suelen atender los servicios sociales, se recomienda el uso de terapia de grupo como estrategia complementaria y no única con el fin de responder a la complejidad de sus necesidades terapéuticas.

Partiendo de la literatura existente y de la experiencia directa en la UIICF con terapia de grupo para adolescentes, delineamos a continuación algunas recomendaciones. Una premisa importante para poder tratar con la población adolescente de manera efectiva es que el terapeuta reflexione sobre sus propias experiencias como ado-

lescente y haya llegado a un profundo entendimiento de esta etapa de su vida (MacLennan, 2000). Esto se hace necesario para que el terapeuta pueda empatizar y establecer relaciones positivas con los adolescentes de manera que tenga capacidad de maniobra y liderazgo con ellos.

Otra condición recomendable para el trabajo en un grupo de adolescentes es que el terapeuta responsable del grupo no sea el terapeuta del trabajo individual con alguno de los adolescentes. Si bien, es conveniente que conozcan y tengan información del motivo/dificultades que llevaron a los adolescentes a las sesiones individuales. En la UIICF, la terapia grupal se ofrece como complemento a la terapia familiar. De este modo, el equipo terapéutico evalúa cada adolescente que acude a terapia con sus familias por separado y determina si la terapia de grupo es un complemento recomendable y potencialmente beneficioso. Un factor importante que el Equipo considera a la hora de decidir si la terapia de grupo es buen complemento en cada caso es la calidad de la alianza que el/la adolescente y su familia han formado durante la terapia familiar. En aquellos casos en que se considera apropiado, el terapeuta familiar plantea la idea al chico/a (en presencia o no de los padres, dependiendo del caso) enfatizando el carácter voluntario de la participación.

Si las condiciones del equipo terapéutico no posibilitan que un terapeuta no tenga relación previa con los adolescentes, el terapeuta deberá tener en cuenta la relación previa de alianza que posee con los adolescentes que lleva en la terapia individual. Será importante que el terapeuta trabaje la alianza con el resto de los adolescentes del grupo que no tienen esa condición previa. Además, es crucial la total impermeabilidad de la información entre la terapia individual y la de grupo, de forma que aquello que el terapeuta hable con el adolescente en el trabajo individual no se comparta en el contexto del grupo.

5.5.1. *Ingredientes para la intervención grupal con adolescentes.*

Existen una serie de componentes con un importante peso en la intervención y que tienen un carácter transversal a todas las estrategias y herramientas empleadas en el proceso terapéutico. Algunas de las más características son:

- La consideración del grupo como un sistema: el sistema debe llegar a tener vida propia, y el modo de observarlo debe tener muy en cuenta el proceso interaccional de construcción grupal, y las reglas habitualmente observadas en los sistemas.
- Alianza: al igual que en el sistema familiar, en el grupo es importante prestar atención a la alianza diferencial entre los distintos integrantes. En nuestra experiencia, por ejemplo, es frecuente que al inicio de la terapia algunos chicos se encuentren seguros y otros no, dependiendo de las condiciones en que vinieron a la terapia. El terapeuta tiene la tarea de buscar estrategias para balancear esta alianza.
- Grupo como espejo: una de las mayores potencialidades que presenta el grupo es el de convertirse en un espejo de las cogniciones, las actitudes, los sentimientos y las conductas de los participantes. El grupo ofrece retroalimentación constante sobre éstos y otros aspectos permitiendo un contexto idóneo para el aprendizaje y crecimiento interpersonal.
- Grupo como ensayo: el grupo también posee un potencial de ensayo de determinadas conductas en un medio controlado, con un número reducido de participantes y en el que se pueden abordar situaciones que podrán ser experimentadas posteriormente en la vida real.
- Gestión de los diferentes roles grupales: Atender a los distintos integrantes y a su papel dentro del grupo resulta central para planificar estrategias de intervención. Por ejemplo, en nuestra experiencia puede resultar útil emplear aquellos miembros que tienen un rol más protagonista o que reclaman atención para redirigir su energía a ayudar a los otros miembros.

Una entrevista individual previa al inicio de la terapia de grupo es un elemento a tener en cuenta para mejorar la alianza y garantizar la conexión emocional entre el terapeuta y el adolescente. En la UIICF, puesto que los adolescentes ya acuden a terapia con sus familias, es el terapeuta familiar el que sugiere y negocia la idea de terapia de grupo con el adolescente. Una vez acordado, el terapeuta de la familia presenta al chico/a al terapeuta del grupo, quien le realiza una entrevista inicial. Esta entrevista inicial permite un primer contacto con el terapeuta responsable de la terapia de grupo y así presentar las condiciones de la terapia de grupo al adolescente y responder a sus dudas y preguntas. Asimismo, esta primera entrevista permite que el adolescente tenga un primer contacto con la Unidad y las condiciones de trabajo del Equipo.

El número adecuado de participantes en el grupo puede ser entre 5-6 adolescentes. La experiencia que tenemos con este formato de terapia es que un grupo de 4 adolescentes es suficiente, ya que, dado el nivel de energía en esta edad, el control de un grupo de más de 6 adolescentes resulta relativamente difícil. El equipo debe valorar en qué medida cada miembro del grupo pueda distorsionar/impedir el desarrollo positivo del grupo o interferir en la conexión emocional entre los participantes y, consecuentemente, en la apertura emocional de los mismos durante la terapia.

Las sesiones con adolescentes no deben ser muy largas, ya que pueden cansarse con mayor facilidad que participantes adultos. Según nuestra experiencia, una duración de aproximadamente 90 minutos y un número total de unas 10 sesiones parece ser apropiado. Además, se recomienda una sala cómoda y amigable, que fomente la naturalidad y espontaneidad, y el uso de sillas con ruedas para una mayor libertad de movimiento por parte del terapeuta.

5.5.2. Al inicio de la terapia de grupo

La primera sesión de la terapia de grupo es crucial para el futuro desarrollo del mismo. Durante esta sesión comienza a definirse el contexto y la identidad del grupo, sus normas implícitas y explícitas y las pautas de conducta que serán más o menos aceptadas. Para promover la seguridad dentro del grupo, de manera que los adolescentes se sientan a salvo para hablar de cualquier problema y/o difi-

cultad, se deben establecer reglas claras al inicio de la terapia. Todas y cada una de las normas deberán ser acordadas de forma cooperativa por parte de todos los miembros del grupo y el terapeuta. Es primordial que todos los participantes comprendan y compartan la necesidad e importancia de cada norma y que tengan oportunidad de aportar sus propias sugerencias. Se recomienda poner las normas por escrito para poder recordarlas a los participantes a lo largo de la terapia.

Un ejemplo de normas que el terapeuta debe discutir desde el primer día es la importancia de no mantener ninguna relación entre los miembros del grupo fuera de las sesiones, principalmente mientras dura la terapia de grupo. La posibilidad de que entre los participantes se genere un acercamiento/amistad fuera de las sesiones puede dificultar posteriormente el sentido de seguridad y apertura emocional entre los miembros del grupo. La confidencialidad es otra norma crucial que debe ser discutida y entendida por todos los participantes, teniendo claro que no estará permitido comentar nada de lo que se trate durante la terapia fuera de ese contexto.

5.5.3. Durante la terapia

En el caso del que el terapeuta comparta sesiones individuales con alguno de los adolescentes, tendrá un especial cuidado en mantener las dos terapias en dos dimensiones bien diferenciadas; lo que se trabaja en la terapia de grupo no se tratará en las sesiones individuales y viceversa. La misma regla se mantendrá para los demás terapeutas que no están involucrados en la terapia de grupo, respetarán de forma natural que aquellos temas y/o problemas que surjan en la terapia de grupo, se tratarán en la terapia de grupo.

Se ha observado cómo el grupo se va cohesionando y creciendo en fuerza hasta que, a partir de la 5ª o 6ª sesión llega a un punto en el que se conduce prácticamente solo. En relación a los objetivos de intervención, se van definiendo más concretamente y se hacen explícitos a partir de la segunda sesión.

Existen una serie de temas de crucial importancia durante la adolescencia que deberán adquirir foco de atención durante la terapia, antes o después y acorde al nivel de cohesión y seguridad del grupo.

Uno de los aspectos abordables desde la primera sesión es el de la **identidad** del adolescente, que se continuará trabajando a lo largo de todo el proceso terapéutico. El terapeuta grupal trata de ahondar de manera gradual en cómo se ven a sí mismos y cómo creen que se les ve desde fuera, buscando concreción y reforzando la sinceridad y las aportaciones que vayan en esa dirección. Otro aspecto fundamental a tratar y fomentar en el grupo es el de la **intimidad**. El objetivo es que los adolescentes encuentren en el grupo un escenario seguro y de conexión emocional fuerte para poder abrirse y recibir el apoyo de los otros miembros. Por último, es importante trabajar el sentido de autocontrol y responsabilidad, ayudando a los participantes a adquirir un mayor locus de control interno y a compartir estrategias para controlar sus conductas y emociones.

5.5.4. Algunas técnicas útiles en el trabajo en grupo

Muchas de las técnicas que han sido descritas en el trabajo con familias son también recomendables en terapia de grupo con los adolescentes. Por ejemplo, las preguntas circulares para fomentar el reencuadre de los problemas dentro de una explicación sistémica. Asimismo, la externalización, normalización y el reencuadre de los problemas también son importantes y particularmente útiles en el contexto del grupo de iguales. El disponer de otros adolescentes como tú que reflejan y validan experiencias mientras aportan puntos de vista alternativos proporciona una herramienta valiosa para este tipo de técnicas. Al igual que en terapia familiar, es importante que el terapeuta fomente el optimismo y una actitud de cambio, reencuadrando los problemas de los adolescentes en términos esperanzadores, buscando excepciones y fomentando el sentido de colaboración en la búsqueda de soluciones y toma de decisiones.

Aparte de las técnicas descritas arriba, a continuación se describen una serie de estrategias particularmente relevantes en el trabajo con adolescentes por sus características evolutivas.

- **La “Tercera Dimensión”:** para fomentar la confidencialidad, la seguridad y la cohesión en el grupo se plantea la idea de la terapia como una “tercera dimensión” o lugar seguro separado de la vida real donde se cuentan aspectos íntimos que no deben traspasar a otras dimensiones (fuera de la terapia).

- Prestar atención a los **tiempos** de participación de cada uno de los asistentes para que sean equilibrados, asegurándose de que todos los participantes tienen voz.
- Utilización de comunicación no verbal para dirigir y expresar. El terapeuta actúa como un **director de orquesta**, por ejemplo alzando la mano, señalando con un dedo, apartando con una mano, dando paso con la otra a la persona que va a hablar, etc.
- **Búsqueda de denominadores comunes** grupales (elementos de cohesión grupal). El terapeuta grupal amplifica situaciones en que un miembro cuenta una experiencia o dificultad y otro comenta que la comparte. Se intenta enfatizar las similitudes intentando concretarlas al detalle y extenderlas al resto del grupo.
- **Concreción.** Una actitud de curiosidad y de interés por lo que aportan los adolescentes se puede mostrar preguntando por aspectos concretos de información que pueden resultar relevantes respecto a los objetivos planteados para el grupo.
- **Metáforas.** A la hora de trabajar temas tan íntimos y subjetivos como el autoconcepto, resulta útil salirse del encorsetamiento de un lenguaje lineal a un lenguaje más alegórico, utilizando metáforas del tipo “Si fueses un instrumento musical, ¿cuál serías?”
- **Preguntas de escala** (“¿Cómo estás de tu problema de 0 a 10?”) son útiles porque, dado su carácter más concreto, son más fácilmente entendibles y manejables por parte de los adolescentes.
- **Autoapertura.** Estratégicamente se pueden utilizar experiencias personales como potenciadores de cambio o normalizadores de ciertas situaciones. Puede resultar útil comenzar con comentarios de bajo riesgo y analizar el feedback del grupo, antes de realizar movimientos arriesgados acerca de experiencias personales.

- **Resumen.** Marcar los tiempos cerrando un determinado tema con un buen resumen, que pueda abrir el siguiente aspecto resulta útil para estructurar y para centrar la dinámica grupal.
- **Comentarios de experto.** En determinados momentos, el grupo necesita guía y el terapeuta puede servir como líder que decida o clarifique dudas o para que tome las riendas en momentos en que haya confusión.
- Utilización de **técnicas activas.** Este tipo de herramientas suelen ser útiles en la interacción terapéutica con los adolescentes por mantener un tono dinámico que promueva la motivación y la participación.
- **Cambio de roles.** Solicitar a los participantes que cambien de rol y asuman el de otro miembro puede ser particularmente útil en el trabajo con adolescentes ya que fomenta la consideración del autoconcepto aportando visiones de cómo uno es visto desde fuera. Además, esta técnica puede ser útil para regular la conducta de aquellos miembros que interfieran en el progreso del grupo, por ejemplo acaparando mucha atención.
- **Utilización del humor.** El humor es fundamental en el trabajo con adolescentes para promover una atmósfera distendida que les permita relajarse en un contexto controlado por adultos. Es recomendable incluso enmarcar determinadas técnicas como juegos o bromas.
- **Reto.** En determinadas situaciones puede resultar útil plantearle al grupo o a un integrante algo en términos de que “no vais a ser capaces de hacer esto”, a modo de técnica paradójica.

5.5.5. Al final de la terapia

La terminación de un grupo de terapia es importante para consolidar los cambios conseguidos así como para ayudar a los participantes a manejar y expresar los sentimientos de pérdida que acompañan

la finalización del mismo. Así, la última fase de la terapia de grupo supone una oportunidad para reflexionar sobre el trabajo realizado y los progresos conseguidos, y para compartir los sentimientos generados entre los miembros del grupo y el terapeuta a raíz de las estrechas relaciones establecidas a lo largo de la terapia. Por ello, es importante dedicar tiempo durante la última sesión a actividades que fomenten la discusión y reflexión acerca de la terapia, así como a algún ritual que permita la expresión de los sentimientos de aprecio por los demás en el grupo y de tristeza por la pérdida.

Un buen ejemplo de actividad es una rueda de reflexión y de “anécdotas” en la que se invita a los miembros a compartir qué balance hacen del trabajo con el grupo y que cuenten una anécdota que sea significativa para ellos. Como ritual para finalizar, se puede proponer el “espejo reflexivo” mediante el cual el equipo pasa a la sala de terapia y hablan de sus reflexiones sobre el grupo mientras que los chicos/as observan en la sala de supervisión.



6. El proceso de intervención paso a paso

6.1 El ejemplo de Roberto



En este apartado del Manual vamos a describir sucintamente cómo se desarrolla el proceso de intervención en el modelo focalizado en la alianza terapéutica. Para ello vamos a utilizar el ejemplo presentado en la introducción, aunque no pretendemos hacer un estudio de caso en profundidad sino simplemente una ilustración práctica de cómo se desarrollan paso a paso los cinco estratos o tareas descritas en la sección anterior.

6.1.1. Primer paso:

Observar y responder a las actitudes iniciales ante la terapia (Sesión 1)

El primer paso es recibir al adolescente y su familia de la forma más natural posible y comenzar a definir un contexto de Seguridad. Como hemos descrito en la introducción, Roberto llega con su abuelo y en una situación de tensión entre ellos que ocupa gran parte de su atención y emociones iniciales. Por otra parte Roberto, después de la agresión a su padre, está obligado y se siente “rehén” (Friedlander, Escudero, y Heahterington, 2006) de la terapia. El proceder de la terapeuta está orientado ya a hacerles ver que entiende la tensión que hay entre ellos y que *puesto que conoce este tipo de situaciones, aunque siente que lo estén pasando mal, lo encuentra natural desde su perspectiva profesional*. De esta forma la terapeuta está haciéndoles ver que ella se siente segura de que la situación puede mejorar y que el conflicto que arrastran hasta la sala de terapia no le va a afectar a ella. En esta fase inicial, la terapeuta se muestra abierta sobre la forma de trabajar de su centro, e invita a que pregunten cualquier duda que ellos puedan tener.

Lo más importante quizás es lo que NO hace: no permite que el patrón de acusaciones-defensa que ambos traen a la terapia tenga espacio en la sesión. Al contrario, escucha con mucha curiosidad el sentido particular que cada uno le da a la situación de crisis y al hecho de encontrarse en la terapia. Además de esto, la terapeuta se interesa por el contexto familiar, escolar y social de Roberto y de su familia, mostrando interés genuino por aspectos que no están directamente relacionados con el problema, entre ellos destaca, por ejemplo, el talento musical que tiene Roberto (ha estudiado varios años de guitarra en el conservatorio –aunque ahora lo tiene un poco abandonado–) y que también tiene su abuelo (tocó en una orquesta cuando era joven).

En esta sesión la terapeuta ya puede ir conociendo los recursos de la familia y comenzando a valorar también el nivel de riesgo (no olvidemos que hay un episodio de agresión de Roberto a su padre y quejas de agresividad en su trato con los abuelos). No obstante, hay dos focos en este paso inicial: (1) crear un contexto de Seguridad y

buena Conexión Emocional (creación de alianza) y (2) evaluar la posición inicial de ambos ante la terapia.

En la primera sesión, Roberto comenzó con una actitud de “rehén” y su abuelo como un “demandante con perfil de víctima”. Se le da una cita a Roberto para tener una sesión individual y otra al abuelo para otra sesión con él y la abuela. La terapeuta entiende claramente (y decide respetarlo inicialmente) que Roberto no quiere “ni que se mencione a su padre” como parte de la terapia, y también que la madre es “excusada” por todos de la responsabilidad de venir debido su trabajo y la distancia de la ciudad en la que vive.

6.1.2. Segundo Paso:

Crear alianza con el adolescente (2 sesiones)

Este paso puede darse en una o en varias sesiones; en el caso de Roberto se hicieron dos sesiones en el mismo período de tiempo en que se hicieron otras dos con los abuelos. El objetivo de estas sesiones es doble: crear una fuerte alianza con el adolescente y explorar, desde la perspectiva del adolescente, qué mantiene su conducta de rabia y agresividad y cuáles son los recursos que pueden facilitar el cambio.

La terapeuta sigue las directrices iniciales que hemos descrito más arriba en el apartado 4.3.2: no insiste en negar la afirmación de Roberto de que “yo no tengo ningún problema, mis abuelos me hicieron esto, ellos no entienden nada de mi vida”, y se centra en conocerle más y en querer conocer su historia y los incidentes que han generado la crisis desde su perspectiva. La terapeuta busca puntos de conexión personal con Roberto y destacar sus fortalezas (por ejemplo, contrapone el talento musical del adolescente a su “falta total” de sentido musical). También se interesa por su “sentido de identidad” pidiéndole que en la segunda sesión traiga una “foto que le guste de sí mismo, una foto que le represente tal y como a él le gusta ser”.

Roberto trae la foto a la segunda sesión, muestra la foto en su teléfono móvil a la terapeuta: aparece él en un primer plano que deja ver su guitarra y un cigarrillo en la mano, viste un gorro y tiene detrás su

ordenador. En esta segunda sesión individual Roberto está más tranquilo y se abre mucho más: expresa vehementemente que siempre se ha sentido abandonado y traicionado por su padre, y que el colmo ha sido que sus abuelos lo hayan traicionado también haciendo venir a su padre a casa para “hacer de matón”. Sin embargo, la terapeuta capta que debajo de la rabia hacia sus abuelos hay un fuerte apego y que son las figuras esenciales de afecto en la vida de Roberto. Roberto puede haber tenido en esta sesión la experiencia de *sentirse emocionalmente entendido* por la terapeuta, hay indicadores claros de buena conexión emocional en la sesión.

Por otra parte, la terapeuta empieza a explorar qué utilidad tendría la terapia para Roberto, y su respuesta es clara: “bueno, necesito que no me estén tan encima, me tratan como a un niño pequeño y enfermo, se desviven por mí y no lo aguanto”, y además “quiero que se comprometan a no meter a mi padre en medio de mi vida después de tantos años sin hacerme caso”.

6.1.3. Tercer paso:

Crear alianza con los padres (abuelos en este caso)

(2 sesiones)

En este paso se realizaron dos sesiones con los padres, pero esto es variable, y mientras que en otros casos una sesión es suficiente, hay situaciones que pueden requerir alguna más. Los abuelos se muestran muy cansados y desamparados, creen que “alguien debe hacer algo por Roberto, nosotros ya no podemos”. De forma que la terapeuta sigue las indicaciones iniciales marcadas en la sección 4.3: evita mencionar que ellos “pueden hacer mucho más”, y se centra en entender cómo se sienten y escuchar su historia familiar con Roberto y todo lo que han hecho por él. Las emociones fluyen rápidamente en forma de lágrimas cuando describen todos sus desvelos desde que lo acogieron de pequeño y el sentimiento de temor que tuvieron por su enfermedad, y de vergüenza ante el hecho de que los padres de Roberto no pudiesen ocuparse de él.

La terapeuta les hace ver que entiende su cansancio y su sensación de impotencia, y que cuentan con ella y con el equipo que trabaja con ella para mejorar las cosas. Ellos muestran alivio y agradecimiento al haber comprobado que Roberto no se ha negado a venir a las primeras sesiones, pero también muestran su temor a que él abandone si se siente presionado. La terapeuta acepta la responsabilidad y les pide a cambio que colaboren viniendo a la terapia puesto que “su ayuda es muy importante”.

En general, en este paso de crear alianza con los padres, es interesante que el terapeuta explore cuál fue la experiencia de los padres “como hijos”, es decir, su propia experiencia en la infancia y adolescencia. En este caso, al tratarse de los abuelos, la terapeuta explora cómo fue *su experiencia de padres con la madre de Roberto* y con otra hija que tienen.

El momento más emotivo se produce en la segunda de estas sesiones iniciales, cuando reconocen que “fue un triste error” intentar que el padre “se ocupara de meterle en cintura”. Ambos lloran y expresan a la terapeuta que ellos mismos ven que fue una “traición” para Roberto. Al tiempo explican que su intención fue buena y que ellos están preocupados por los problemas de comportamiento de Roberto y por el hecho de que se pueda “meter en las drogas”. También afirman que nunca pensaron que Roberto pudiese llegar a agredir a su padre.

La terapeuta confirma y refuerza todo lo que han hecho por Roberto y les transmite su impresión de que ellos son las personas más importantes para Roberto, tanto en el plano afectivo como en su desarrollo personal y social. Si bien ellos aceptan este mensaje de la terapeuta, muestran también angustia acerca de “qué será de él cuando nosotros no estemos”.

En estas sesiones la terapeuta consigue que los abuelos se sientan entendidos y atendidos, y logra también su compromiso para colaborar viniendo a la terapia y haciendo “pequeñas cosas” que la terapeuta pueda necesitar. Para la terapeuta queda claro que hay una respuesta de sobre-implicación emocional de los abuelos hacia Roberto: toda la historia del acogimiento de Roberto desde muy niño y la preocupación por su enfermedad y por su “abandono” descrita por los abuelos está narrada en un tono de sobre-implicación y so-

bre-protección; las dificultades de la adolescencia y la interferencia del padre de Roberto agudizaron el temor y la angustia de los abuelos. Otros detalles cotidianos referidos por los abuelos confirman esta actitud de ellos hacia Roberto: sobre-vigilancia de su habitación y sus cosas, comprar y tener siempre cigarrillos disponibles para él a pesar de que no quieren que fume, comprar comida por teléfono cuando a él no le gusta algo que han cocinado, etc.

6.1.4. Cuarto paso:

Análisis y preparación del re-encuadre

En este paso, que se da en el momento en que hay un conocimiento suficiente del funcionamiento del sistema familiar y se han conseguido unas condiciones mínimas de alianza terapéutica, se trata de hacer una valoración del balance entre la EMP (Estructura de mantenimiento del problema) y la ERC (Estructura de recursos para el cambio), siguiendo el esquema de la Figura 4. Sobre ese análisis se prepara también el *re-encuadre sistémico* que se trabajará en la próxima sesión en la que se verán conjuntamente al adolescente y a los abuelos.

El análisis puede ser muy rico y más completo cuando la terapeuta tiene el privilegio de trabajar en equipo y compartir la información de las sesiones previas con sus compañeros de equipo (bien porque hayan seguido las sesiones en vivo o porque la terapeuta pueda desgranarles esa información). No obstante, cuando esto no es posible, es importante que el terapeuta haga este análisis y dedique un poco de tiempo a la planificación de los siguientes pasos de la intervención.

En el caso de Roberto, el análisis se hizo en equipo, requirió dos horas de discusión de equipo, y se llegó a las siguientes conclusiones reflejadas en la figura 5.

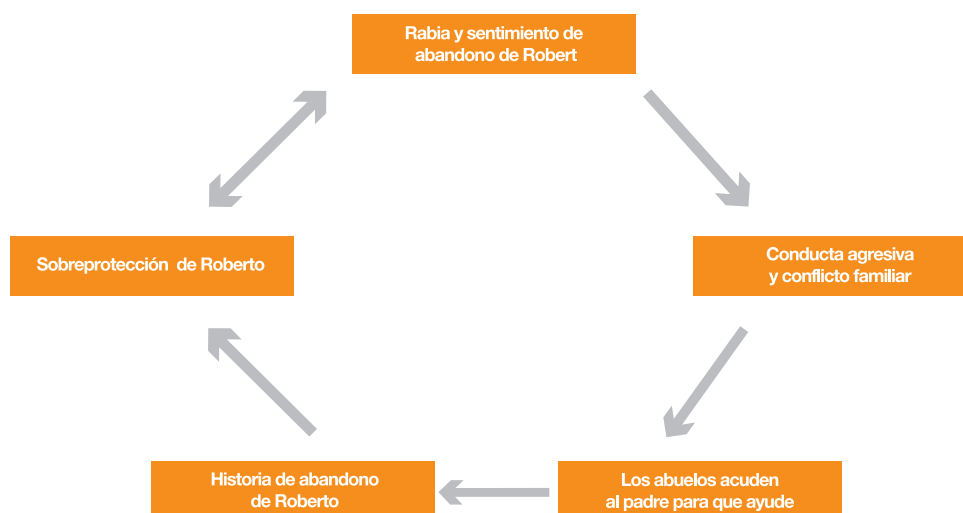
Figura 5

Esquema de análisis del balance en la familia

(1)EMP (Estructura que Mantiene el Problema):

- a. Historia de abandono de Roberto por parte de los padres
- b. La rabia y el sentimiento de abandono y traición que tiene Roberto respecto a sus padres es un factor importante en su conducta agresiva.
- c. La sobreprotección y sobre-implicación emocional de los abuelos ante ese mismo sentimiento de abandono y vulnerabilidad de Roberto desde niño está actualmente manteniendo la conducta irascible (y con riesgo de agresividad) de Roberto.
- d. La conducta de “llamar” al padre fue un acto de inseguridad y sobre-implicación de los abuelos que incrementó la rabia y el temor al abandono por parte de Roberto, lo cual generó la agresividad.
- e. Un aspecto psicológico y relacional que mantiene el conflicto es la influencia que tuvo la historia de abandono-enfermedad de Roberto.

Patrones circulares (interpersonales o intrapersonales) mantenedores

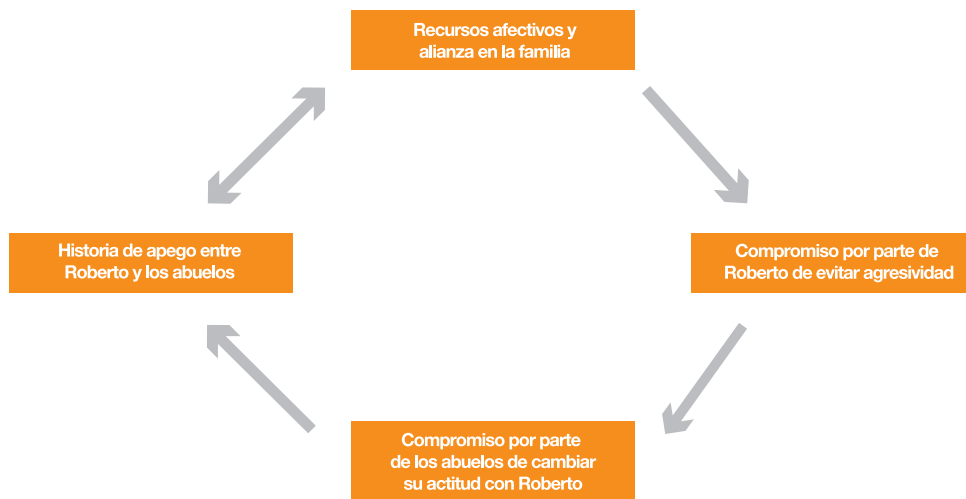


Escala de estimación del nivel de riesgo en la EMP



(2) ERC (Estructura de Recursos para el Cambio)

- a. Existe una historia de apego considerablemente seguro entre Roberto y sus abuelos
- b. En la familia en su conjunto hay recursos afectivos y relacionales que pueden mobilizarse en la terapia para generar cambios en las interacciones que mantienen el conflicto. La alianza con Roberto y con los abuelos es suficientemente buena.
- c. Hay un compromiso de evitar episodios de agresividad o faltas graves de respeto que se ha cumplido y que hay que reforzar para dar continuidad a la terapia, no hacen falta medidas coercitivas externas.
- d. Compromiso por parte de los abuelos de modificar su actitud protectora y vigilante con Roberto



Escala de estimación del nivel de fortaleza de la ERC

NADA 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 MÁX. Urgencia
Normalidad

(3) Equilibrio del Sistema

- Recursos (ERC): Se dispone de recursos afectivos y del compromiso de los participantes – escala = 5
- Riesgo (EMP): nivel de riesgo moderado a alto por el nivel de tensión y agresividad entre Roberto y sus abuelos – escala = 6
Recursos/Riesgo = $5/6 = 0,8$

Nivel moderado, siendo importante la terapia con Roberto y sus abuelos

¿Indicadores de Crisis?

La agresividad de Roberto que dio lugar a la denuncia por parte de su abuelo supuso cierto grado de crisis, pero sin necesitar intervención urgente actualmente.

¿Indicadores de Cronicidad?

La dinámica sobre-protectora de los abuelos hacia Roberto y de falta de responsabilidad por parte de Roberto está considerablemente cronicada, pero la agresividad y tensión son algo más temporales, habiéndose intensificado en los últimos meses

(4) Preparación del Re-Encuadre

- a. Reforzar la confianza y los lazos entre Roberto y los abuelos pasa por trabajar con ellos esos sentimientos de inseguridad que comparten. Pero esa re-conexión emocional solo se puede hacer si los abuelos generan confianza en Roberto dándole un poco más de autonomía y menos vigilancia.
- b. Roberto por su parte tiene que generar confianza en sus abuelos respondiendo adecuadamente a la autonomía que se negocie en la terapia.

6.1.5. Quinto paso:

El re-encuadre sistémico: trabajo conjunto con la familia

(1 sesión)

En esta sesión conjunta la terapeuta explora con los abuelos y con Roberto una idea compartida de lo que puede ser la terapia (alianza intra-familiar), mostrando todo lo que tienen en común y todo lo que significan los unos para los otros, su afecto mutuo y sus experiencias compartidas. La terapeuta utiliza la buena conexión con cada parte para “re-conectarlos emocionalmente”. Para iniciar el re-encuadre la terapeuta usa esta formulación: *“Muchas familias tienen disputas cuando los hijos tienen la edad de Roberto, siempre surge la necesidad de independencia de los hijos junto al temor y responsabilidad de los padres. Pero vosotros, una familia en la que hay aprecio y necesidad mutua de afecto, ha llegado a una crisis tan desagradable como la que habéis pasado... ¿qué ha habido en vosotros o en vuestra historia que os haya impedido resolver esto como la mayoría? ¿Qué está impidiendo que podáis ser mas felices o sufrir todos menos?”*.

Los abuelos responden contando la preocupación y el temor que han tenido siempre por Roberto desde niño debido a su diabetes y a la separación y negligencia de sus padres. Roberto atiende sorprendido pero respetuoso y cuando ellos terminan aporta su punto de vista: *“estoy de acuerdo, pero ahora no soy un niño y hago todo mejor si no me agobiáis tanto... vale, yo puedo portarme mejor, es verdad, pero necesito que no estés encima todo el tiempo”*. Posteriormente, la terapeuta suscita el tema del padre de Roberto y “la pelea”; ante la sorpresa de Roberto los abuelos son capaces de reconocer que *fue un error* y que *no volverá a pasar*, quieren que Roberto *cuando tenga cualquier problema o necesidad se dirija a ellos sin miedo de que “metan a su padre en medio”*.

Bajo este nuevo re-encuadre las emociones comienzan a ser más positivas y permiten hacer un trabajo orientado a negociar la autonomía y las obligaciones de Roberto. En ese compromiso de la familia se incluye que Roberto va a tratar con la terapeuta el asunto de los porros y los abuelos dan un voto de confianza a la terapeuta comprometiéndose.

6.1.6. Sexto paso:

Construcción de objetivos e indicadores de cambio

(1 sesión conjunta y 1 sesión con Roberto)

En estas sesiones de trabajo (una o dos son suficientes) posteriores al re-encuadre, se planifican objetivos de trabajo que fueron apuntados ya en la sesión de re-encuadre. Fundamentalmente se comienza a trabajar que la confianza entre los tres que se ha generado en las sesiones (alianza terapéutica) se generalice a la convivencia en casa. Los objetivos en la sesión con los abuelos y Roberto tienen que ver con reducir su sobre-implicación a través de conductas positivas: recuperar su vida social y familiar, preparar su jubilación que llegará en dos años, y dejar responsabilidades a Roberto. En un nivel micro-analítico todo esto se traduce en cosas como visitar a su otra hija, no comprar los cigarrillos a Roberto y darle el dinero semanalmente y no diariamente, o hablar sin tapujos de sus planes de jubilación con Roberto o delante de él.

En cuanto a la sesión con Roberto solo, se centra en conseguir un compromiso para que venga a terapia en algunas sesiones individuales para tratar de ayudarlo a conseguir más autonomía respecto de sus abuelos y reducir el consumo de porros a alguna ocasión especial (él no acepta un objetivo de dejar totalmente de fumar). Otro objetivo esencial es dejarse ayudar por la terapeuta para no volver a tener ningún episodio agresivo en casa. Sin embargo, lo más sorprendente es que es Roberto el que pregunta **por su padre** de esta manera:

R- *¿Él va a venir por aquí o tener que ver con esto?*

T- *No, y sobre todo sin que tú lo sepas y lo apruebes.*

R- *¿Tú quieres hablar con él?*

T- *¿Te parece interesante que lo haga?, la verdad es que sí tengo curiosidad de conocerle pero no es necesario*

R- *Él se parece mucho a mi, bueno yo a él (sonriendo), físicamente me refiero... si quieres hablar con él no tengo problema, pero no quiero que mis abuelos vuelvan a hablar con él.*

T- *Bueno, puede que más adelante sea interesante, ya lo hablaremos"*

6.1.7. Séptimo paso:

Trabajo de avance –consecución de objetivos– con el adolescente (4 sesiones)

El trabajo posterior individual con el adolescente ocupó 4 sesiones. En nuestro modelo de trabajo se tiende a hacer sesiones conjuntas con más frecuencia, pero en determinados casos como el de Roberto los adolescentes necesitan y reclaman las sesiones individuales como parte de su emancipación y autonomía. En 3 de esas sesiones se trabajaron fundamentalmente los avances de los objetivos particulares de Roberto en relación con el consumo de porros y su responsabilidad en la autonomía que estaba ganando desde que los abuelos y él comenzaron la terapia. Técnicamente el trabajo puede describirse como centrado en soluciones. Este modelo de trabajo puede integrar también técnicas de tipo cognitivo y técnicas activas, tanto cuando se trabaja con alguna parte del sistema familiar como en las sesiones conjuntas.

Sin embargo, el tema del vínculo con su padre nunca estuvo ausente de las conversaciones en la terapia, y la terapeuta planteó a Roberto, después de la tercera sesión de esta fase, que tenía interés en conocer a su padre y pidió la “autorización” de Roberto para hacerlo. Este accedió y la terapeuta tuvo una llamada de teléfono y una posterior reunión con el padre de Roberto. Esta reunión fue muy útil para que la terapeuta entendiese mejor los sentimientos contradictorios de Roberto: su padre era una persona atractiva e interesante en su conversación y comunicación (muy parecido a Roberto en su rasgos faciales), pero dejó muy claro que no podía hacer gran cosa por Roberto y que había intentado ser “mejor padre” con dos hijas de una pareja posterior a las cuales estaba intentando “cuidar mejor”. La última sesión con Roberto de esta fase se dedicó a comentar la reunión de la terapeuta con el padre de Roberto, intentando ayudarlo a él a entender mejor sus sentimientos de rechazo y rabia hacia su padre. Posteriormente a esta sesión, Roberto contó que había sido por iniciativa propia a ver a su padre y a reconciliarse. A pesar de que le había ayudado a sentirse aliviado de la rabia que sentía hacia él, Roberto se daba cuenta que su problema principal no era con su padre sino consigo mismo y su deseo de independencia. Por tanto, el trabajo en la relación entre Roberto y su padre y la resultante reconciliación permitió enfocar la terapia en los objetivos personales de emancipación de Roberto.

6.1.8. Octavo paso:

Trabajo de avance –consecución de objetivos– con los padres (3 sesiones)

El trabajo con los abuelos en esta fase consistió de 3 sesiones de las cuales una fue solamente con el abuelo porque la abuela no pudo acudir. Básicamente el trabajo se centró en generar confianza en los avances que Roberto estaba haciendo y que eran percibidos y reconocidos por los abuelos: no agresividad, más tranquilidad y mejor convivencia, no fumaba delante de ellos y apenas en la casa, había un cumplimiento de horarios aceptable, y además Roberto había vuelto a practicar con la guitarra. Lo esencial del trabajo de la terapeuta con los abuelos es hacerles asociar estas mejorías en Roberto con los cambios que ellos estaban haciendo: reducir sus conductas de sobre-protección y sobre-vigilancia centrándose un poco más en ellos mismos y en su entorno social. En esta fase del trabajo pueden integrarse también muchos tipos de técnicas, especialmente técnicas orientadas a las soluciones y técnicas activas, pero el bagaje de formación y experiencia del terapeuta es el que va a marcar más el tipo de técnicas utilizadas.

6.1.9. Noveno paso:

Trabajo familiar conjunto y final (2 sesiones)

Las sesiones conjuntas finales sirven para comprobar la capacidad de la familia de generar interacciones positivas, tanto en el plano emocional como en el plano más de contenido. La terapeuta hace un trabajo de estimulación de la interacción de la familia suscitando aquellas cosas en las que se han conseguido cambios y dejando a la familia revisarlas y re-negociarlas sin interferir demasiado. En general, en estas sesiones conjuntas se trata de reforzar el cambio de pautas en la familia pero sin un gran protagonismo de la terapeuta, preparando así la terminación de la terapia.

En la última sesión, ya anunciada como sesión final en el momento que se acuerda la cita con la familia, se trata de revisar todo lo que se ha conseguido. Estas son algunas preguntas usadas en la última se-

sión con Roberto y sus abuelos: “¿En qué sesión comenzasteis a ver que las cosas parecían ir mejor? ¿Qué va a suponer para ti Roberto el superar esta crisis? ¿Y para ustedes, ahora que están ya cerca de la jubilación? ¿Qué esperáis que pase ahora, esta semana y las próximas semanas? Si vuelve a haber riesgo de conflicto ¿en qué te darías cuenta tú Roberto? ¿Y ustedes? ¿Cuál sería el primer signo? ¿Cómo usarías tu conocimiento/experiencia en manejar este problema si intenta resurgir? Si otras familias que enfrentan un problema similar al vuestro os preguntasen cuál es la clave de vuestro éxito, ¿qué les diríais? ¿Qué me aconsejáis, a mi y a otros profesionales, para poder ayudar eficazmente a otras familias que pasen por lo que vosotros habéis pasado?”

6.2 El ejemplo de Julián



A continuación vamos a describir un segundo ejemplo de cómo se desarrolla el proceso de intervención en el modelo basado en la alianza terapéutica. Como en el ejemplo descrito anteriormente, no pretendemos hacer un estudio de caso en profundidad sino simplemente una ilustración práctica de cómo se desarrollan paso a paso los cinco estratos o tareas descritas en la sección anterior.

6.2.1. Primer paso:

Observar y responder a las actitudes iniciales ante la terapia (Sesión 1)

Hay dos focos principales en el trabajo durante la sesión inicial: (1) crear un contexto de Seguridad y buena Conexión Emocional (creación de alianza) y (2) evaluar la posición inicial de ambos ante la terapia.

Julián y sus padres acuden a la entrevista inicial con una tensión evidente debido a la situación legal del chico. Desde un comienzo, se hace evidente que los padres de Julián están enfadados por la conducta de Julián y muy preocupados por lo que pueda pasar con él a nivel judicial. Julián, por otro lado, se muestra sumiso, aunque con algunas muestras de estar avergonzado de sus acciones. Por tanto, Julián no parece presentar una actitud inicial de visitante, puesto que reconoce el mal de sus acciones y la necesidad de cambiar su situación, pero tampoco se muestra en actitud demandante y de participación activa debido a la presión y la vergüenza que siente. La tarea principal del terapeuta en este momento es crear un contexto de seguridad que les permita relajarse y hablar abiertamente de la situación sin sentirse a la defensiva. Por un lado, el terapeuta reduce el grado de tensión de los padres afirmando que *entiende sus preocupaciones* y asegurándoles que *la terapia es una oportunidad para mejorar la situación*. El terapeuta confiere optimismo enfatizando que el equipo tiene mucha experiencia y preparación con este tipo de situaciones y que hará cuanto esté en su mano para ayudarles. También es importante recalcar que *la actitud de Julián es muy positiva porque reconoce su responsabilidad y que estas actitudes, tanto las de los padre como la de Julián, son muy importantes para que la familia se sienta unida en su esfuerzo por mejorar la situación*. Con esto, el terapeuta comienza a trabajar también el sentido de compartir el propósito de la familia. Al reducir la preocupación de los padres e inspirar optimismo y unión entre ellos, Julián se siente más relajado y comienza a participar algo más activamente.

En esta fase inicial, el terapeuta se muestra abierto sobre la forma de trabajar de su centro, e invita a que pregunten cualquier duda que ellos puedan tener. Es importante aclarar que, a pesar de que vienen

derivados de fiscalía, el trabajo que se hará con ellos en la unidad se mantendrá entre el equipo y la familia y que cualquier comunicación con personas externas a la unidad se consultará y discutirá con la familia previamente.

En cuanto a lo que el terapeuta NO hace, es importante que no permita que el nivel de tensión y enfado de los padres continúe, y menos aún que aumente, ya que la presión que ejerce sobre Julián hace que éste se muestre aún más pasivo y avergonzado. Para ello, potenciar los recursos que presenta la familia reforzando que *son una familia muy fuerte, que ha pasado por mucho juntos, y que van poder con esto también*. Es importante también que el terapeuta alivie tensiones y trabaje la conexión emocional interesándose por el contexto familiar, escolar y social de Julián y de su familia. El terapeuta muestra interés genuino por aspectos que no están directamente relacionados con el problema, que aportan información clave para comprender la situación en la que se encuentran. Por ejemplo, el hecho de que María sea tan ansiosa hace que discuta más con Julián y éste se sienta estresado y huya en búsqueda de escape fuera del hogar, con amigos, fumando cannabis y delinquiendo. También surge el hecho de que tanto María como Juan hayan perdido hermanos por motivos de delincuencia y drogas, lo cual explica el grado de preocupación que sienten por Julián. La terapeuta pregunta también por la vida de Julián (por ejemplo, el hecho de que soliera jugar al fútbol y disfrutar pero que lo haya dejado recientemente) y por la vida en familia (por ejemplo, que a pesar de los recientes problemas, disfrutaran haciendo cosas juntos (como ver películas).

A medida que se exploran los diferentes aspectos de la familia, se trabaja la seguridad y la conexión emocional, el terapeuta puede ir valorando los recursos y el nivel de riesgo de la familia. Es importante tener en cuenta el riesgo que Julián corre de fumar y delinquir de nuevo al estar expulsado del instituto, con tanto tiempo libre, y con la incertidumbre de lo que vaya a pasar con él legalmente. Para comenzar a fomentar la conexión con Julián y su seguridad, el terapeuta dedica unos minutos a solas con él en los que lo importante es hablar distendidamente con él y enfatizar la idea de que la terapia es para él, no en contra de él. El terapeuta valida *lo difícil que debe ser la presión que siente por la preocupación de sus padres y por la incertidumbre sobre su futuro*, y trata de hablar de cosas más triviales utilizando el humor para que Julián se sienta cómodo. Para

fomentar el compromiso y nivel de implicación de Julián, el terapeuta enfatiza la idea de que *es importante que él vea la terapia como algo bueno para él mismo* y pregunta acerca de sus objetivos (*¿en qué te gustaría que nosotros te ayudáramos? o ¿qué te gustaría a ti sacar de esto?*).

6.2.2. Segundo Paso:

Crear alianza con el adolescente (1 sesión)

En este caso, el terapeuta trabaja la alianza con Julián tanto en presencia de los padres como por separado, dedicándole un tiempo a solas durante la segunda sesión. Junto con los padres, por ejemplo, el terapeuta pregunta qué cualidades positivas creen que tiene Julián, de lo que surge que *es muy buena persona y un buen amigo de sus amigos, que solía jugar al fútbol y era muy bueno, que su hermana lo adora aunque desde que se porta mal no lo puede ni ver*. Con estos comentarios, se hace evidente que Julián es un buen chico, al que quieren mucho, pero que últimamente se ha desmadrado. Además, también se refleja aquí que la visión que todos tienen del problema no es que el comportamiento de Julián sea algo innato o temperamental sino temporal, situacional, y reciente. Así, Julián siente el apoyo y aprecio de su familia, la desaprobación de su comportamiento, no de él como persona. Esta idea es importante para reforzar la conexión emocional con Julián y la seguridad en terapia. Es también importante explorar con la familia la relación entre la situación familiar y de la pareja con la aparición del mal comportamiento de Julián. De esta manera, el terapeuta introduce la idea de que es el funcionamiento del sistema, y no de Julián aisladamente, el que contribuye al problema. Los dos padres reconocen los problemas por los que han estado pasando como pareja, relacionados con la falta de confianza de María hacia Juan, con el estrés y la adicción de María y con los conflictos que tuvieron cuando Abel se marchó de casa. Esto refuerza el sentido de compartir el propósito entre los presentes.

Con el chico a solas, el terapeuta trata de explorar la visión que Julián tiene de por qué se ha llegado a la situación en la que están y los recursos que poseen para salir de ella o impedir que continúen los problemas. Julián comenta que la situación en casa era insopor-

table, entre las continuas peleas y que su madre le *agobia mucho porque está todo el día estresada controlando lo que hace*. Tanta tensión, cuenta Julián, hacía que él se fuera cada vez más de casa y pasara más tiempo en la calle, buscando vías de escape y evasión. Sin aprobar la conducta de Julián, el terapeuta valida la presión a la que se ha visto sometido y se interesa por cómo se siente Julián, tanto en casa como fuera, con sus amistades. Al no sentirse juzgado y gracias a la empatía del terapeuta, Julián se muestra más vulnerable, mostrando arrepentimiento por sus malas conductas y su preocupación por las consecuencias de sus acciones. Al explorar las posibilidades para mejorar la situación, el terapeuta trata de formular con Julián objetivos personales en la terapia. Julián afirma que si sus padres se encuentran mejor como pareja y su madre cuida su ansiedad, eso ayudaría mucho a que él mejorara su comportamiento. El terapeuta refuerza el potencial de la terapia para poder ayudar a que esos problemas mejoren.

6.2.3. Tercer paso:

Crear alianza con los padres (1 sesión)

Durante la segunda sesión, el terapeuta también dedicó un tiempo a solas con los padres para trabajar la alianza con ellos. María se muestra muy angustiada por las posibles consecuencias de las conductas de Julián y se pregunta *¿qué hemos hecho mal?* Juan, por su parte, hace vanos esfuerzos por calmarla y minimiza sus preocupaciones. El terapeuta evita rebatir los sentimientos que aparecen y adjudicar responsabilidades; se centra en entender cómo se sienten y escuchar su historia familiar. Se hace evidente el sentimiento de derrota que sienten los dos por sentir que puedan haber fallado como padres, primero con Abel, y ahora con Julián. Es importante validar estos sentimientos dadas las dificultades por las que se han visto pasar con los dos hijos adolescentes a la vez que se enmarcan desde una perspectiva más optimista. El terapeuta comenta que éstos son sentimientos comunes en muchos padres en situación similar y que reflejan una preocupación sana que, de ser bien encauzados y con la ayuda del equipo, podrán servir de motor para mejorar los problemas. Es importante recalcar lo positivo de su actitud no culpabilizadora y de que asuman parte de la responsabilidad, valorar

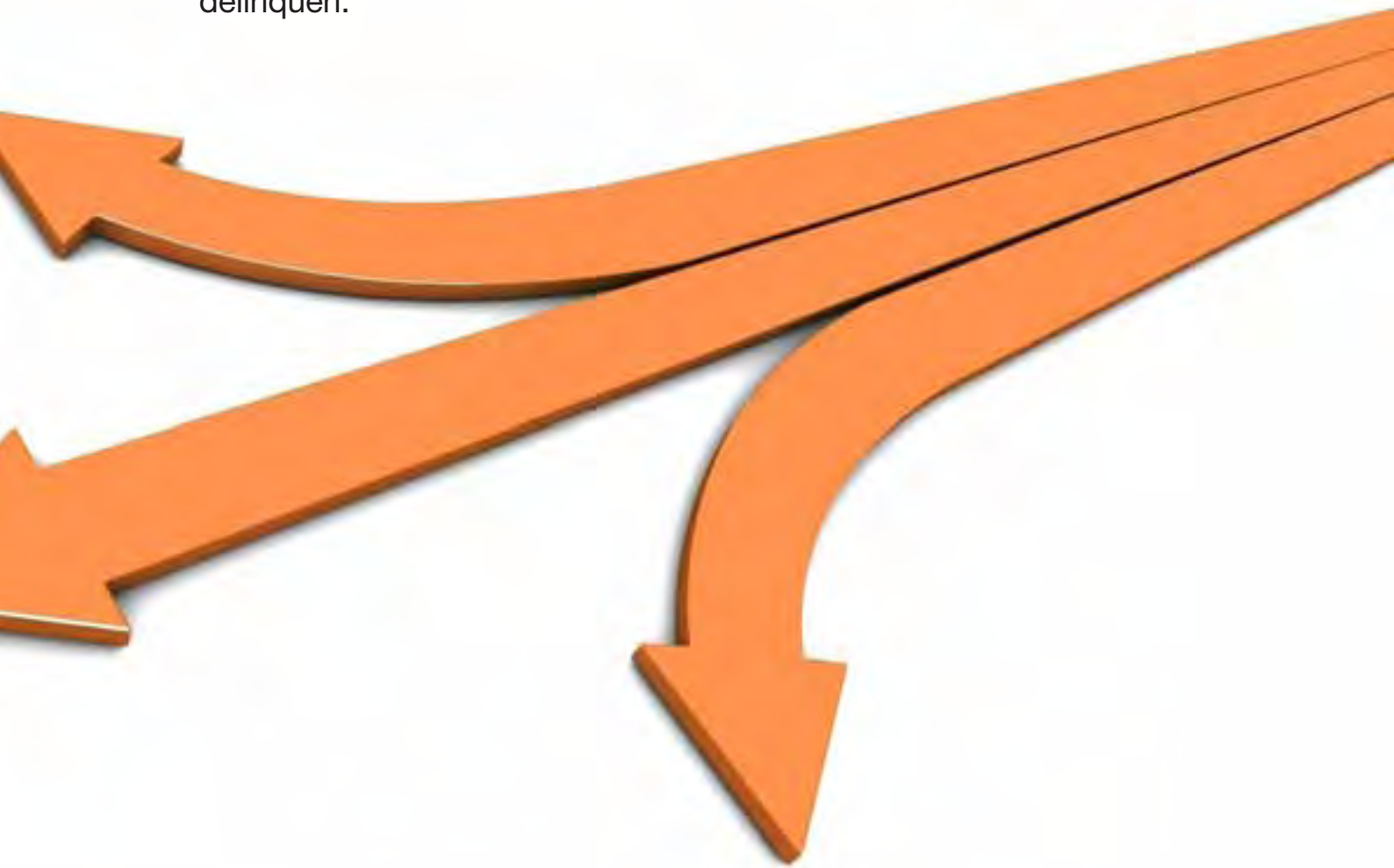
la evidente unión y amor que se aprecia entre ellos y reforzar la idea de que el terapeuta y el equipo pondrán todo su esfuerzo para encauzar esa energía en mejorar la situación. Ellos muestran sorpresa y alivio al percibir su preocupación y sentimiento de culpa desde una visión positiva pero también muestran su temor a que nada de lo que puedan hacer ya vaya a cambiar las consecuencias legales que se avecinan.

En este paso de crear alianza con los padres, es interesante explorar la experiencia de los padres “como hijos”. Tanto María como Juan provienen de familias numerosas en que las drogas ejercieron gran daño en varios de sus hermanos. Ambos comentan su empeño en haber tratado siempre de actuar de manera diferente a sus padres para evitar que sus propios hijos fueran por el mismo camino de autodestrucción. Explorando esto, se hace evidente que, en el fondo, ambos creen que el ultimátum que pusieron a Abel sirvió para que éste “espabilara”, buscara trabajo y se responsabilizase de su independencia. Comentan que nunca fueron tan duros con Julián. El terapeuta aprovecha para reforzar lo positivo de sus acciones como padres con Abel y la posibilidad de actuar con Julián para que también él se responsabilice de su comportamiento. Si bien ellos se muestran algo más optimistas, sienten aún miedo de que en el aspecto legal no importe qué hagan ahora diferente porque *a pesar de todo le pueden acabar metiendo en un centro*. Por un lado, el terapeuta recalca lo positivo que, para un juez, pueda parecer el que la familia esté en terapia y tenga informe positivo. Por otro lado, el terapeuta enfatiza la importancia de que, incluso en el peor de los casos y con más razón, la familia trabaje en terapia para fortalecerse y mejorar los aspectos que les llevaron donde están.

El terapeuta confirma y refuerza todo lo que han hecho por sus tres hijos. La gran labor que han hecho con Andrea, el coraje que requiere actuar como lo hicieron con Abel, y el valor que tiene el que hayan acudido a terapia para ayudar a Julián. María y Juan se muestran comprendidos y valorados y con un mayor grado de esperanza. Comentan los dos que *si hay algo que puedan hacer ante esta situación, pondrán todo su empeño*. De esta manera, el terapeuta ha conseguido rebajar el nivel de tensión y potenciar el compromiso y esperanza de los padres para cambiar la situación.

Para el terapeuta comienza a estar claro que hay un mayor sentimiento de protección hacia Julián que puede haber contribuido a una falta de normas y límites apropiados.

Junto a la sobre-protección, parece que los miedos relacionados con experiencias traumáticas pasadas con sus hermanos hacen que, sobre todo María, se muestre excesivamente vigilante y ansiosa con respecto a Julián. Estos factores, sumados a una situación de problemas de pareja, contribuyen a un alto grado de estrés en la casa, con continuas peleas entre María y Juan y entre ellos dos y Julián. Ante las tensiones en el hogar, y facilitado por la falta de normas, Julián encontró una vía de escape en compañía de chicos que delinquen.

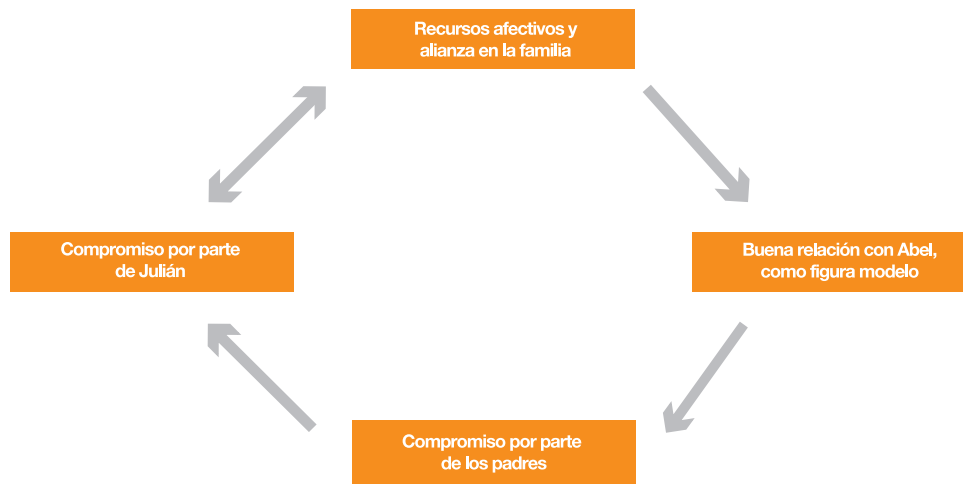


6.2.4. Cuarto paso:

Análisis y preparación del re-encuadre

Una vez se conoce suficiente información acerca del funcionamiento del sistema familiar y se han desarrollado unas condiciones mínimas de alianza, el siguiente paso consiste en la valoración del balance entre la EMP (Estructura de mantenimiento del problema) y la ERC (Estructura de recursos para el cambio). Este análisis sirve como herramienta para preparar el *re-encuadre sistémico* que se trabajará en la próxima sesión en la que se verán conjuntamente al adolescente y a los padres.

En el caso de Julián, el análisis se hizo en equipo, requiriendo alrededor de dos horas de discusión de equipo, y llegando a las siguientes conclusiones presentadas en la figura 6:



Escala de estimación del nivel de fortaleza de la ERC

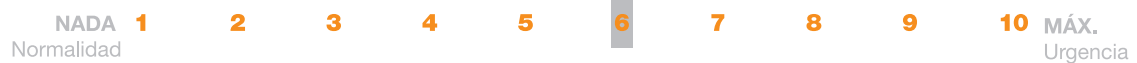


Figura 6

Esquema de análisis del balance en la familia

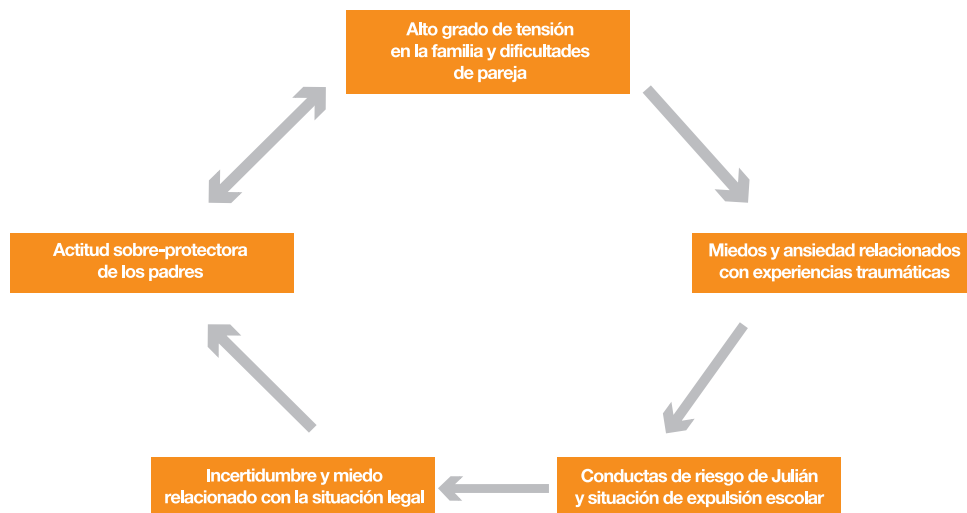
(1) ERC (Estructura de Recursos para el Cambio):

- a. En la familia en su conjunto hay recursos afectivos y relacionales que pueden movilizarse en la terapia para generar cambios en las interacciones que mantienen el conflicto. La alianza con Julián y sus padres es suficientemente buena.
- b. Hay un compromiso por parte de Julián de evitar el mal comportamiento, sobre todo los actos delictivos. También hay compromiso por todas las partes de atender y participar en la terapia.
- c. Buena relación con Abel, el hermano mayor, que supone un modelo positivo para Julián y, para los padres, una evidencia de éxito en su labor como padres.

(Continuación Figura 6)

(2) EMP (Estructura que Mantiene el Problema):

- a. Alto grado de estrés y tensión en casa, en relación a las frecuentes discusiones entre sus padres, y los conflictos con Julián.
- b. Actitud sobre-protectora e hiper-vigilante de los padres con Julián
- c. Ansiedad y miedos relacionados con experiencias de carácter traumático que han sufrido los padres con sus propios hermanos.
- d. Conductas de riesgo de Julián (fumar cannabis, delinquir, faltar a clase, etc.) y situación de expulsión escolar.
- e. Incertidumbre acerca de las posibles consecuencias legales del proceso judicial que está teniendo lugar a raíz de los delitos de Julián. Existe el riesgo de internamiento.



Escala de estimación del nivel de fortaleza en la ERC



(continuación Figura 6)

(3) Equilibrio del Sistema

- Recursos (ERC):

Se dispone de recursos afectivos y del compromiso de los padres y Julián, además del apoyo de Abel – escala = 6

- Riesgo (EMP):

Nivel de riesgo alto por el nivel de tensión y la incertidumbre acerca de la situación legal de Julián – escala = 9

Recursos/Riesgo = $6/9 = 0,66$

Nivel moderado a alto, siendo necesaria la terapia con Julián y sus abuelos

¿Indicadores de Crisis?

Si bien no hay necesidad de una intervención de urgencia, la situación tiene cierto grado de crisis por la situación legal de Julián, no sabiendo el dictamen del juez

¿Indicadores de Cronicidad?

La actitud sobre-protectora de los padres, sobre todo de María hacia Julián está considerablemente cronificada al igual que su ansiedad.

(4) Preparación del Re-Encuadre

- a. Reducir el nivel de tensión en la familia y fortalecer los lazos requiere de una mejoría en la relación de pareja de los padres, reducción de ansiedad de María, y planificación ante las posibles decisiones legales que conciernen a Julián.
- b. Julián, por su parte, tiene que generar confianza en sus padres comprometiéndose a mejorar su comportamiento dentro y fuera de casa.

6.2.5. Quinto paso:

El re-encuadre sistémico - trabajo conjunto con la familia (1 sesión)

En esta sesión conjunta el terapeuta explora con los padres y con Julián una idea compartida de lo que puede ser la terapia (alianza intra-familiar), mostrando todo lo que tienen en común y todo lo que significan los unos para los otros, su voluntad de mejorar la situación y el papel que todos y cada uno de ellos puede jugar en el proceso de cambio. El terapeuta utiliza la buena conexión con cada parte para explorar y definir con todos los aspectos disfuncionales que han contribuido a la situación actual. Para iniciar el re-encuadre el terapeuta usa esta formulación: *“Es muy frecuente que familias con hijos en la edad de Julián tengan disputas y dificultades. Los chicos a esta edad demandan, y necesitan, una mayor independencia pero también necesitan que los padres les pongan límites en cuanto a lo que pueden o no hacer. Esto no es tarea fácil y es común que surjan conflictos, como los que vivisteis con Abel. No obstante, ¿qué ha habido en vosotros o en vuestra historia que os haya impedido resolver esto con Julián? ¿Qué ha habido de diferente que impidiera ser capaces manejar esta situación con Julián?”*.

Los padres reconocen haber fallado a la hora de imponer su autoridad con Julián y plantearle normas firmes. Comentan que con Julián, a diferencia que con Abel, sienten un mayor sentido de protección, como si tuvieran miedo o les diera pena ser demasiado duros con él. María añade que la diferencia en la edad en que uno y otro comenzaron a rebelarse (Abel con 17, Julián con 14) lo hace difícil porque el ver a Julián tan niño dificulta decidir cuán duros debían ser con él. No obstante, ambos padres reconocen que de siempre vieron a Julián como más frágil, como un “buenazo”, y que eso hizo que lo protegieran más que a Abel. Juan admite que Julián es “el niño de sus ojos,” de siempre han tenido una gran relación, aunque últimamente se han distanciado. Julián se muestra sorprendido e interesado y señala que aun así, él es responsable de las malas acciones que le han llevado donde están y que está comprometido a mejorar.

El terapeuta retoma con los tres el papel pueda jugar la situación e historia familiar general. Los padres comentan el débil estado en el

se encontraba su relación últimamente, que ha impedido que prestaran la atención y energías necesarias a Julián. Éste indica que para él simplemente era insoportable estar en casa, entre las peleas y que *mi madre está siempre encima mirando lo que hago*. María y Juan ven claro que esto último se asocia a los miedos comentados en la sesión anterior en relación a sus experiencias con sus hermanos que acabaron muertos o en la cárcel.

Bajo este nuevo re-encuadre las emociones comienzan a ser más positivas y permiten hacer un trabajo orientado a poner normas y límites claros a Julián mientras que se mejora la situación familiar y de pareja. Los padres se comprometen a trabajar sus problemas relacionales mientras que María se compromete a cuidar su ansiedad y adicción al tabaco. Julián se compromete a mejorar sus compañías y su comportamiento.

6.2.6. Sexto paso:

Construcción de objetivos e indicadores de cambio

(1 sesión conjunta)

En esta sesión de trabajo posterior al re-encuadre se planifican objetivos de trabajo que fueron apuntados ya en la sesión de re-encuadre. Fundamentalmente se comienza a trabajar que la confianza entre los tres que se ha generado en las sesiones (alianza terapéutica) se generalice a la convivencia en casa. Los objetivos concretos para los padres incluyen mejorar su habilidad para acordar entre ellos normas claras y ser firmes con ellas. Con el fin de fortalecer el sistema parental, también se plantea como objetivo discutir en terapia, dedicándose tiempo a solas con ellos, sus dificultades de pareja y su historia pasada que influye en sus preocupaciones con Julián. Con respecto a Julián, se plantea como objetivo trabajar en mantener un buen comportamiento, incluyendo el respeto de normas dentro y fuera de casa y un rendimiento académico adecuado.

Los padres señalan algunas mejorías. María confiesa esforzarse mucho en reducir su tabaco y su ansiedad, como pareja se sienten más unidos y afirman ver mejor a Julián. El terapeuta reconoce y valora

estos esfuerzos. No obstante, algunas dificultades y obstáculos se hacen también evidentes. Por un lado, desde la sesión anterior en la que se discutió ya la importancia de los límites, los padres confiesan haber tenido ya desacuerdos. María, habiendo visto algunas mejorías en el comportamiento de Julián, le compró unas zapatillas nuevas que él después dijo haber prestado a un amigo como fianza. Juan no había estado de acuerdo. Por otro lado, Julián señala que su situación (está expulsado y a la espera de que decidan y tramiten su traslado) es una dificultad. Dice que esta situación hace que tenga mucho tiempo libre y poco que hacer, lo cual le incita a querer salir de casa.

El terapeuta decide dedicar un tiempo a solas con los padres para discutir sobre sus dificultades para negociar juntos las normas y premios de Julián. De una manera algo psicoeducativa, el terapeuta explica la importancia de que estén de acuerdo como padres, de no premiar conductas que aún no llegan a un nivel de satisfacción adecuado, y de poner límites claros ante conductas desafiantes como el hecho de que prestara sus zapatillas nuevas como fianza a un amigo. El terapeuta también se queda a solas con Julián para explorar su nivel de compromiso y las dificultades que parece tener en llevar a cabo los propósitos expresados en la última sesión. Él confiesa que va a ser más difícil de lo que pensaba. Dice aburrirse mucho en casa, lo que le hace querer salir a la calle, donde los únicos que están son los chicos “que no van a clase”.

T- ¿Tienes algún amigo o conoces de alguien que haya cambiado mucho su comportamiento? ¿Alguien que fuera muy desastre y que se volviera muy bueno de repente?

J- Sí, mi amigo Antón. Era un cafre y de repente empezó a portarse bien, se echó novia y todo. Pero cuando todo iba bien, le han metido en un centro por algo que hizo en el pasado.

T- ¿Cómo crees que consiguió cambiar tanto?

J- Creo que en parte por la novia...pero... ¿cómo son los centros esos? ¿Están tan mal? Parece que no son tan malos como se dice.

T- Sí, sí son malos, son una faena, no es nada fácil estar ahí metido, lejos de la familia y sin libertad.

En este fragmento, se hacen evidentes dudas en el compromiso y confianza que Julián tiene en su capacidad de cambiar la situación. Parece temer que, a pesar de cualquier esfuerzo en mejorar su com-

portamiento, al final puede terminar como su amigo en un centro e incluso comienza a verlo como una posibilidad atractiva. El terapeuta decide invitar a Abel, el hermano mayor de Julián, a la siguiente cita como recurso para inspirar mayor compromiso en Julián y para usar su perspectiva ante las dificultades de los padres en negociar límites.

6.2.7. Séptimo paso:

Intervención en crisis –Julián es internado en un centro– (1 sesión)

A esta sesión se presentan los padres con Abel y Andrea. Se muestran todos derrotados, María llora desconsolada porque esa misma mañana recogieron a Julián para internarlo en un centro. A María le cuesta mucho hablar por su tristeza y expresa que no ha servido de nada los esfuerzos que han hecho, *lo hemos hecho todo mal, actuamos demasiado tarde, ya no hay nada que hacer*. Andrea mira preocupada a su madre y Juan se sienta al lado de María, le agarra la mano y trata de consolarla. La preocupación es palpable en todos, aunque Abel trata de mostrar optimismo y dice que *esto no debe servir para rendirse, al revés, debe servir como oportunidad para seguir trabajando y preparar las cosas en casa para cuando vuelva*. El terapeuta se enfoca en validar y empatizar con la tristeza y preocupación a la vez que se esfuerza en inspirar esperanza y desbloquearles de su sentido de derrota, sobre todo a María.

“Entiendo vuestra preocupación, esto es una faena, justo cuando sentíais que todo empezaba a encauzarse. No obstante, tanto yo como el equipo estamos muy satisfechos y orgullosos de los esfuerzos que habéis hecho hasta ahora. No debéis pensar que ese trabajo es en balde, sino pensar que ahora, con más razón hay que seguir trabajando para estar fuertes. Os necesitáis los unos a los otros más que nunca, y Julián especialmente.”



Durante esta sesión, la presencia de Abel fue determinante. Desde su perspectiva, Abel ofreció información muy valiosa acerca de lo que le ayudó a él la decisión de los padres cuando él empezaba a desmadrarse y lo que cree que ahora se debe hacer con Julián. Comenta que el ultimátum que le pusieron fue muy positivo y que gracias a ello está donde está, orgulloso de su independencia y responsabilidad. Abel les dice *“Sí, habréis cometido muchos errores con Julián y entiendo que os sintáis mal, pero no podéis dejaros derrotar. Debéis usar esos errores para aprender lo que tenéis que hacer diferente a partir de ahora”*. El terapeuta explora con Abel qué cree que llevó a la situación con Julián y qué aconsejaría hacer a los padres. Abel comenta que seguramente, entre las discusiones en casa y los problemas que tenían entre ellos sus padres, Julián se encontró sin un lugar ni nadie con quien hablar y que por eso se apoyó en las malas compañías e hizo lo que hizo. *Pero eso ya pasó, ahora que todos*

empezaban a estar más fuertes deberían seguir fortaleciéndose para que Julián tenga donde apoyarse. Mi hermano está pidiendo a gritos normas. Las palabras de Abel no solo ayudaron a animar a María y Juan para continuar con el trabajo, sino que también les validó su labor como padres con él mismo y les transfirió esperanzas en poder hacerlo bien con Julián a partir de ahora.

El terapeuta se comprometió a contactar con el centro para negociar la posibilidad de que permitieran a Julián acudir a terapia. La siguiente sesión se programa con Julián y los padres.

6.2.8. Octavo paso:

Trabajo de reformulación y consecución de objetivos

(3 sesiones)

Con el consentimiento del centro reformativo, la terapia pudo continuar con Julián, que acude directamente del centro, y con los padres. Las condiciones de trabajo son muy diferentes, ya que ahora la terapia supone una oportunidad de reunión de la familia en la situación de separación en la que se encuentran. Se hace evidente desde el primer encuentro en terapia el nivel de emocionalidad, con llanto fácil y muchas muestras de cariño unos hacia los otros. Lo difícil que supone estar internado, tanto para Julián como para los padres, hace que el nivel de enganche y de sentido de compartir el propósito aumenten considerablemente. Es importante validar las dificultades de la situación en que se encuentran y permitir el espacio suficiente para que la familia se salude y comparta los intensos sentimientos que les apoderan en ese momento; se abrazan unos a otros, lloran, se dicen que se echan de menos, los padres preguntan a Julián por su vida en el centro, etc.

El principal objetivo del terapeuta en este punto es conducir las actitudes positivas de motivación y compromiso hacia la redefinición y consecución de los objetivos. La familia puede sentir cierta impotencia ante la situación de separación forzosa y la incertidumbre acerca del futuro de Julián. Por tanto el terapeuta se esfuerza en reforzar la sensación de capacidad y esperanza en hacer algo para mejorar la

situación. Por ejemplo, ante la preocupación de María de que esto esté resultando muy duro para Julián, el terapeuta pregunta de manera circular *¿Qué podéis hacer vosotros desde fuera para apoyar a Julián ante esta situación? ¿Qué pensáis que le puede ayudar a Julián ver en vosotros para sentirse más fuerte dentro del centro?* Juan y María plantean que, aparte de llamarle con frecuencia y mostrar preocupación, será importante que ellos estén fuertes en casa, como pareja e individualmente; Julián corrobora lo dicho. Así, se vuelven a plantear como objetivos que María se cuide su ansiedad y su adicción y que, junto con Juan, refuercen su relación. El terapeuta dedica tiempo a solas en alguna sesión para trabajar con ellos a solas sus dificultades de confianza y comunicación. Del mismo modo, el terapeuta plantea a Julián la pregunta *¿Qué crees que puedes hacer tú, Julián, para transmitir fuerza y apoyar a tus padres?* Él indica que si hace todo lo que le dicen y se porta bien, cumpliendo normas y aplicándose en los estudios, los padres sentirán que esto va a servir para algo.

Durante el primer permiso de fin de semana de Julián, se hace evidente la sobreprotección y carencia de límites por parte de los padres, quienes ya le estaban premiando y permitiendo para compensar lo duro del centro. Aquí surge como tarea crucial del terapeuta el ayudar a los padres a comprender el riesgo que conlleva esa actitud con Julián y a comprender la importancia de mantener unas normas firmes. A solas con los padres, el terapeuta comenta *Comprendo que el estar separados y ver lo difícil que es para Julián estar en el centro hace que queráis expresarle mucho cariño en sus visitas y compensar ese sufrimiento, pero es importante que, sin dejar de mostrarle el cariño que sentís por él, mantengáis reglas claras y premiéis solo aquellas conductas positivas. En ese sentido, el centro es la consecuencia a sus comportamientos y es una obligación suya el cumplir esa sentencia.* Se hace evidente la importancia de ayudar a los padres a reducir su sobreprotección y a reforzar unos límites claros.

Con estos objetivos en mente, las siguientes sesiones se centran en guiar a la familia en llevar a cabo estos objetivos, en generar confianza en los avances que se van consiguiendo, y en la capacidad de asociar esos avances a los esfuerzos de cada uno. Es importante que todos perciban el efecto que sus esfuerzos y cambios genera en los demás, por ejemplo el efecto positivo que tiene el que los pa-



dres estén unidos y que reduzcan su conducta sobreprotectora en la actitud de Julián hacia ellos. Las siguientes visitas de fin de semana de Julián se utilizan como oportunidad para testar los avances en los objetivos planteados y explorar las dificultades para llevarlos a cabo. El trabajo hecho durante estas sesiones ayuda a la familia a prepararse para visitas más prolongadas y, finalmente, para la salida definitiva de Julián.




6.2.9. Noveno paso:

Trabajo familiar conjunto y final - vuelta a casa

(5 sesiones)

Gracias a las mejoras en el comportamiento de Julián y en las evaluaciones positivas recibidas, fiscalía toma la decisión de adelantar la salida de Julián con la condición de continuar en terapia. Esta decisión sirve para reforzar los esfuerzos hechos por parte de todos y ayuda a fomentar la motivación para continuar con los cambios alcanzados. Las sesiones conjuntas finales sirven para comprobar la capacidad de la familia de mantener interacciones positivas junto con una actitud firme en cuanto a las normas que conciernen a Julián. Es importante que en este punto el terapeuta estimule la interacción entre los miembros de la familia suscitando aquellas cosas en las que se han conseguido cambios y permitiendo que exploren y negocien sin interferir demasiado. Los avances conseguidos se hacen evidentes en que el terapeuta gradualmente participa menos en estas discusiones y la familia es capaz de negociar y tratar temas de manera eficiente. Esta actitud del terapeuta ayuda a preparar a la familia para terminar la terapia. Tras dos sesiones en esta línea, el terapeuta ayuda a la familia a reconocer los avances y refuerza los esfuerzos realizados. Se acuerda entonces la terminación de la terapia y se prepara la última sesión.

La última sesión se centra en revisar todo el trabajo realizado, tanto los avances como los obstáculos encontrados por el camino. El terapeuta ayuda a la familia a reflexionar sobre qué supuso el mayor reto y con qué retos se pueden encontrar a partir de ahora. Preguntas como *¿Qué crees Julián que le ha sido más difícil cambiar a tu madre? ¿En qué notas que lo ha cambiado?* Y lo mismo a los padres sobre Julián. Es importante explorar con toda la familia los aspectos en que aún se ven con dificultades y ayudarles a anticipar cómo actuarían para prevenir recaídas *¿En qué cosas notaríais que estáis flaqueando en estas mejorías? ¿De qué os puede servir la experiencia y aprendizajes que tenéis ahora para actuar ante esa situación?*



7. Procedimientos para evaluar la adherencia del terapeuta al manual

Protocolo de adherencia del terapeuta al modelo de terapia

para familias
con adolescentes
en conflicto basado en
la alianza terapéutica

7.1

Guía para observadores

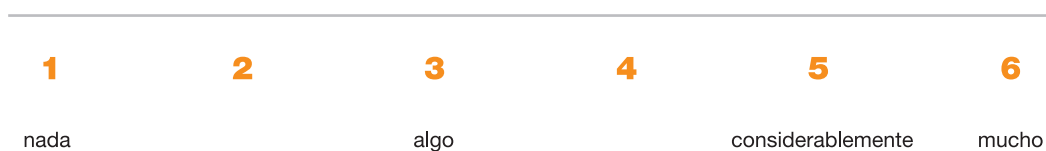
- Antes de comenzar la observación de las sesiones, es necesario que te familiarices con los indicadores que componen este protocolo de adherencia. Se recomienda, aunque no es requisito, observar cada sesión entera antes de comenzar la valoración de la adherencia del terapeuta al protocolo.
- Los indicadores observables presentes en esta guía de adherencia están basados en el manual del modelo de intervención para familias con adolescentes en conflicto basada en la alianza y organizados en base a los aspectos fundamentales en los que se basa el manual.
- A lo largo de la observación y valoración de cada vídeo, deberás tomar notas que sirvan de recordatorios y ejemplos específicos de las observaciones que contribuyeron a la valoración de la adherencia.
- La valoración de cada indicador se hace en base a una escala de 7 puntos mediante la que se valora el grado en que los terapeutas se han adherido a los indicadores del protocolo durante la sesión.

- Esta guía ofrece una descripción del nivel mínimo de adherencia considerada suficiente y ejemplos para cada indicador. Se recomienda consultar estas directrices a la hora de hacer las valoraciones.
- En aquellos casos en que el indicador no es aplicable, no se deberá valorar y, en su lugar, deberá anotarse *No aplicable* o *N/A*.

7.2

Habilidades básicas

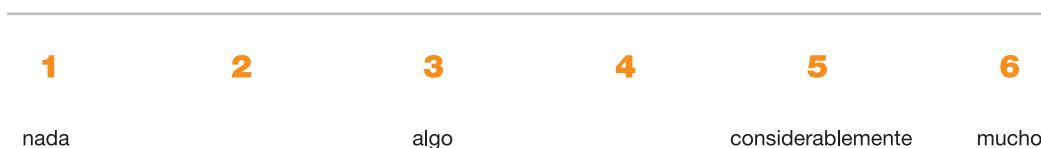
1. ¿Ha mantenido el terapeuta un enfoque sistémico?



El terapeuta se enfoca en la familia como sistema y en el contexto más amplio en el que se sitúa. Las preguntas van dirigidas a las interacciones entre los miembros del sistema familiar y entre éstos y los elementos de otros sistemas del contexto. Es importante no enfocarse en un solo miembro de la familia y, si se hace en alguna medida, el terapeuta amplía el foco atendiendo a los puntos de vista de otros miembros de la familia y a las relaciones entre éstos. Por tanto, el terapeuta no habla de los problemas de la familia como localizados en un solo miembro (“Juan está deprimido” “Julia tiene problemas de conducta”) sino que trata de enmarcar las dificultades como fruto de las relaciones e interacciones entre los miembros de la familia (“Juan tiende a mostrarse más deprimido cuando Pedro está con él” o “Julia se porta especialmente mal delante de vosotros”).

- El nivel de adherencia a este indicador se valora como al menos suficiente si el terapeuta dirige sus preguntas a los distintos miembros presentes, se enfoca en las relaciones entre ellos, enmarca las dificultades como fruto de las relaciones, atiende al punto de vista de todos y considera la relación entre los miembros de la familia y el contexto más amplio.
- El nivel de adherencia es insuficiente si el terapeuta se enfoca en un solo individuo sin atender a los otros miembros de la familia, habla de los problemas como fruto de aspectos individuales o considera solo las características de la familia sin atender a factores del entorno y de otros sistemas (social, legal, educativo, etc.).

2. *¿Ha mantenido el terapeuta un ritmo ajustado y claridad en el lenguaje?*



Para valorar este indicador se debe tener en cuenta que el tipo de lenguaje y vocabulario que la gente utiliza y las interacciones entre ellos construyen la realidad de su vida diaria. Una valoración de adherencia alta a este indicador debería reflejar la habilidad del terapeuta de identificar el lenguaje y expresiones que la familia utiliza para explicar su situación y de incorporarlo al lenguaje de la terapia para desarrollar explicaciones alternativas.

Por lo general, el lenguaje utilizado por el terapeuta debe ser coloquial y carente de tecnicismos o expresiones complicadas. Si bien en ocasiones el terapeuta puede utilizar palabras o expresiones técnicas, deberá ir acompañado de una explicación o “traducción” a un lenguaje más informal que asegure que la familia comprende el mensaje. Es también importante para valorar este indicador que el terapeuta se exprese de manera clara y concisa a la vez que trate de ajustarse al ritmo de la familia sin ir demasiado rápido ni demasiado pausado.

Este indicador se valorará por lo bajo si el terapeuta pierde oportunidades para utilizar el vocabulario, expresiones o metáforas presentadas por la familia referentes a los problemas. Este indicador también deberá ser valorado por lo bajo si el terapeuta muestra una tendencia a hablar demasiado rápido o condensadamente o, por el contrario, demasiado lento o escaso durante la sesión.

- El nivel de adherencia del terapeuta a este indicador se valorará como suficiente o por encima si el terapeuta emplea el lenguaje o vocabulario presentado por la familia para explorar y desarrollar nuevas líneas de pensamiento. El terapeuta no habla demasiado rápido para la familia ni demasiado lento.
- El nivel de adherencia del terapeuta a este indicador se valorará como insuficiente si éste se limita a recurrir a su propio lenguaje o ideas, habla mucho o muy rápido, o bien poco o muy lento en relación con la manera de comunicarse de la familia.

3. *¿Observa y tiene en cuenta el terapeuta las interacciones entre los miembros de la familia durante la sesión?*

1	2	3	4	5	6
nada		algo		considerablemente	mucho

Sobre todo al inicio de la terapia, pero siendo importante durante toda la terapia, el terapeuta debe observar cómo interactúan los miembros de la familia ya que estas interacciones ofrecen información de cómo se comportan fuera de la terapia. Las observaciones permiten identificar los patrones disfuncionales relacionados con los problemas de la familia y cambiarlos. Por ejemplo, es interesante observar quién entra primero, quién habla más, quién interrumpe y a quién lo hace, quién se mantiene callado, etc. El terapeuta observa estos patrones y los incorpora en sus intervenciones y a la hora de elegir sus comentarios para trabajar en modificarlos. Por ejemplo, el terapeuta puede comentar *“he observado que ahora, mientras uste-*

des discutían, su hijo la ha interrumpido numerosas veces a usted (a la madre), ¿es esto lo que ocurre en casa?”.

- Para valorar el nivel de adherencia a este indicador como “suficiente” o más que suficiente, el terapeuta comenta algo relacionado a como interactúa la familia al menos una vez a lo largo de la sesión.
- Para valorar este indicador como menos que suficiente, el terapeuta no ofrece ningún comentario ni indicio de estar observando como interactúa la familia.

4. ¿Estructura el terapeuta la información?

1	2	3	4	5	6
nada		algo		considerablemente	mucho

Las familias que acuden a terapia tienden a presentar la información de manera desorganizada, conflictiva e incluso contradictoria. Por ello, para valorar este indicador, deberá haber evidencia en la sesión de que el terapeuta se esfuerza por enfocar y estructurar lo que cuenta la familia ofreciéndoles una guía que incite más información con respecto a las relaciones entre los miembros de la familia que contribuyen al problema. Es frecuente el uso de resúmenes sobre lo que dice la familia, guiar a la familia al tema central cuando la conversación se desvía a temas secundarios o preguntar sobre la relación de algo nuevo comentado por la familia con el problema.

- Para valorar el nivel de adherencia a este indicador al menos como “suficiente”, el terapeuta debe presentar preguntas e intervenciones que ayuden a organizar o enfocar la información presentada por la familia, o bien utilizando resúmenes, o bien cambiando de tema para volver al foco central, o bien tratando de relacionar lo nuevo que cuenta la familia con las dificultades que pasan.

- Para valorar como insuficiente, el terapeuta debe mostrarse sin esfuerzos por guiar ni organizar la información presentada por la familia. Esto se hace evidente cuando el terapeuta permite que la familia dirija los temas que se discuten y no trata de resumir, estructurar o conectar lo que cuenta con el tema central que les trae a terapia.

5. *¿Muestra el terapeuta empatía con los miembros de la familia?*

1	2	3	4	5	6
nada		algo		considerablemente	mucho

La empatía se hace evidente cuando el terapeuta muestra que escucha de manera activa, reflejando sentimientos, respondiendo a ellos tanto verbal como no verbalmente y mostrando interés genuino por lo que cada miembro dice y expresa. Además, el terapeuta muestra interés por la familia como tal, por sus circunstancias, por su historia, etc. El terapeuta comenta, por ejemplo *“entiendo el dolor que debéis sentir por una pérdida tan grande. Me pregunto cómo le hacéis saber cada uno a los demás de la familia que lo estáis pasando mal.”* También puede expresarse empatía mediante un gesto que refleje que el terapeuta siente lo que siente la familia (p.ej. llorar con ellos).

- Para valorar que el terapeuta es al menos suficientemente empático, debe haber evidencia de su esfuerzo por mostrar a la familia que entiende las dificultades por las que están pasando. Al menos en una ocasión, el terapeuta refleja verbal o no verbalmente que siente lo que sienten ellos. Si lo hace no verbalmente, esto deberá ir acompañado por algún componente verbal.
- Para valorar que el terapeuta no es lo suficiente empático, el terapeuta no hace ningún comentario que refleje su intención por mostrar a la familia que los comprende o bien lo hace de manera no verbal pero no hace ningún comentario.

6. ¿Se muestra el terapeuta genuino y creíble?

1	2	3	4	5	6
nada		algo		considerablemente	mucho

Para que los miembros de la familia se sientan cómodos y confíen en el terapeuta, éste debe inspirarse en los esquemas profesionales mientras que mantiene una actitud espontánea y natural. Por tanto, es importante que el terapeuta se muestre tranquilo, con confianza, y que utilice un lenguaje y expresiones informales. Un requisito para mostrar autenticidad y credibilidad es que el terapeuta no deje que su frustración o inseguridades personales interfieran o se transmitan en su trabajo con la familia. Si en algún momento parece que sus propios prejuicios o inseguridades se hacen evidentes en su tono o comentarios, es importante que el terapeuta discuta en la medida de lo posible éstos abiertamente con la familia de manera que ésta le perciba como una persona congruente. Por ejemplo, cuando el terapeuta siente que su frustración se hace evidente en la sesión, éste hace un esfuerzo por reflejar sobre ella *“por un momento he dejado que la frustración me pudiera, pero no lo voy a permitir porque confío en el potencial que tenéis para trabajar juntos y estar mejor”*.

- El terapeuta se adhiere al menos de manera suficiente a este indicador si durante la mayor parte de la sesión se muestra seguro, relajado y espontáneo y hace esfuerzos por mostrarse congruente.
- La adherencia a este indicador no será suficiente si el terapeuta aparece de manera general o en numerosas ocasiones incongruente, o bien porque sus frustraciones y prejuicios o porque su inseguridad como terapeuta se hacen evidentes y no son discutidos abiertamente en ningún momento.

7. *¿Hace esfuerzos el terapeuta por normalizar las dificultades de la familia?*

1	2	3	4	5	6
nada		algo		considerablemente	mucho

Ante la angustia con la que generalmente describe la familia sus dificultades, el terapeuta debe tratar de hacer ver que sus preocupaciones son comunes y comprensibles. Sin minimizar la dificultad e importancia de la situación familiar, el terapeuta se esfuerza en hacer sentir a la familia que no es sorprendente ni rara las circunstancias en las que se presentan a terapia. Esto es especialmente importante en familias con adolescentes. El terapeuta puede comentar a los padres, por ejemplo, *“aquí nos encontramos con muchas familias con dificultades similares cuando los hijos empiezan a demandar independencia y se rebelan”* o al adolescente *“a tu edad es normal que quieras y necesites más libertad y control sobre tus decisiones. Casi todas las familias pasan por un mal trago cuando esto pasa porque es un gran cambio”*.

- Para valorar la adherencia a este indicador al menos como suficiente, el terapeuta debe mostrar de manera evidente algún esfuerzo por hacer ver a la familia que sus problemas son comunes y comprensibles.
- La adherencia a este indicador será insuficiente si el terapeuta no atiende a la angustia de la familia ante sus problemas y no hace ningún comentario para comunicar que sus dificultades no son sorprendentes.

8. *¿Estimula el terapeuta que todos los miembros de la familia participen?*



Durante la sesión, los miembros de la familia suelen mostrar diferentes grados de participación. Por ello, el terapeuta debe tratar de mostrar interés por el punto de vista de todos y animar, sin presionar, a que todos participen en la discusión. Es importante que el terapeuta se muestre neutral y apoye a todos sin tomar partido con ningún miembro. Esto es importante sobre todo en familias con adolescentes en conflicto, puesto que éstos suelen acudir a la fuerza y suelen mostrarse reservados y con actitudes negativas. En estos casos, el terapeuta puede emplear distintas estrategias (p.ej., preguntar por su punto de vista como hijo, mostrar humor, cambiar a temas no relacionados con los problemas, etc.) para ayudar al adolescente a sentirse más cómodo para expresarse.

- Para que la adherencia a este indicador sea al menos suficiente, el terapeuta deberá haber atendido a todos los miembros de la familia y animado a todos a expresar su punto de vista.
- Para que la adherencia del terapeuta a este indicador se valore como insuficiente, debe ser evidente que el terapeuta ha dejado pasar la oportunidad a lo largo de la sesión de atender a algún miembro y animarle a que hable.

9. ¿Maneja el terapeuta eficazmente las emociones y el conflicto?

1	2	3	4	5	6
nada		algo		considerablemente	mucho

Para que la terapia avance, es requisito que el terapeuta facilite y promueva la expresión de emociones difíciles, a la vez que contiene o alterna cuando estas emociones sean demasiado intensas. Un manejo apropiado de las emociones, por tanto, implica que el terapeuta atienda a las señales emocionales de vulnerabilidad de los clientes, que los anime a expresar esas emociones, que valide la dificultad que supone tanto expresar como escuchar dichas emociones y que busque formas de contener, al menos temporalmente, en aquellas situaciones en que la intensidad emocional parezca excesiva para algún miembro. Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar “¿qué frase o qué palabra de las que se han dicho aquí han provocado tu llanto?” o puede comentar “sé que escuchar esto de tu hija no debe de ser fácil pero esto es muy importante para que entendamos vuestras dificultades y podamos mejorar vuestra relación”. En el caso de que la familia se enzarce en una discusión, el terapeuta puede desviar la atención “veo que este tema no es cosa fácil para vosotros. Me pregunto qué hace la hermana cuando tenéis estas discusiones en casa.”

- La adherencia a este indicador se valora al menos como suficiente cuando el terapeuta facilita la expresión de emociones a la vez que detecta cuando éstas son muy intensas y muestra un esfuerzo por aliviar la tensión sin evitar el tema.
- El terapeuta se adhiere insuficientemente a este indicador cuando no anima la expresión de emociones, no identifica ni atiende las señales que los clientes muestran de vulnerabilidad o no contiene emociones intensas que conducen a conflicto.

10. ¿Se une el terapeuta a la familia? (joining)

1

nada

2

3

algo

4

5

considerablemente

6

mucho

Para preparar a la familia para el cambio, el terapeuta emplea estrategias que faciliten un sentido de unión con la familia, de que es un aliado en el que pueden confiar para tratar las dificultades en las que se encuentran. El terapeuta hace esfuerzos de presentarse como aliado, de confluir con las maneras que la familia tiene de comunicarse y comportarse y persigue el tomar una posición en la familia en la que, durante la terapia, tenga mayor dominancia sobre la unidad familiar. Inicialmente, es importante que el terapeuta respete la estructura de poder existente, apoyando a aquellos que están en posición de poder. No obstante, el terapeuta hace esfuerzos por unirse a todos, sin posicionarse. Por ejemplo, después de permitir que el padre describa el problema que los trae a terapia y de observar que el adolescente se resiste a participar, el terapeuta dice al padre *“me parece que a su hijo no le es fácil hablar de esto en su presencia, ¿cree que si le dejáramos un tiempo a solas le sería más fácil?”*. En este ejemplo, el terapeuta considera y muestra un respeto hacia la perspectiva del padre.

- Para valorar la adherencia a este indicador como al menos “suficiente”, el terapeuta debe mostrar una actitud evidente de tratar de respetar y acomodarse a los patrones de poder y comunicación que presenta la familia.
- Para valorarlo como insuficiente, el terapeuta no respeta los patrones de poder de la familia, bien interrumpiéndolos, bien enfrentándose a ellos (p.ej., interrumpe a la madre y deja que domine la discusión el adolescente).

7.3

Habilidades específicas

11. *¿Utiliza el terapeuta preguntas reflexivas?*



Las preguntas reflexivas asisten a la familia a interrumpir interacciones problemáticas y a orientar la atención hacia ellas para examinarlas. El objetivo es conseguir adoptar con la familia una perspectiva reflexiva sobre sus interacciones, permitiendo así discutir sobre ellas desde fuera, en lugar de enzarzados en la interacción. Por ejemplo, ante una situación en que la madre se queja y muestra su vulnerabilidad, el padre se frustra con ella y la regaña y el hijo hace un comentario despreciativo “¿pero por qué lloras ahora? ¿ya estás llorando otra vez?”, el terapeuta dice al padre “Tú y tu hijo habéis respondido los dos con frustración ante el lloro de tu mujer, ¿por qué crees que tu hijo se enfada por que su madre llore?” y al hijo “¿Qué crees tú que pasaría si tu padre no se enfadara y la consolara?”

- Para que la adherencia a este indicador sea al menos suficiente, el terapeuta debe utilizar oportunidades en que la familia se enzarza en interacciones problemáticas para interrumpir y hacer preguntas que les ayude a tomar perspectiva y hablar de la interacción desde fuera.
- La adherencia a este indicador será insuficiente si el terapeuta desperdicia toda oportunidad para interrumpir interacciones problemáticas y ayudar a la familia a tomar perspectiva para hablar de la interacción sin estar enzarzado en ella. También será insuficiente si el terapeuta tan solo interrumpe la interacción pero no hace esfuerzos para promover una discusión reflexiva sobre ella.

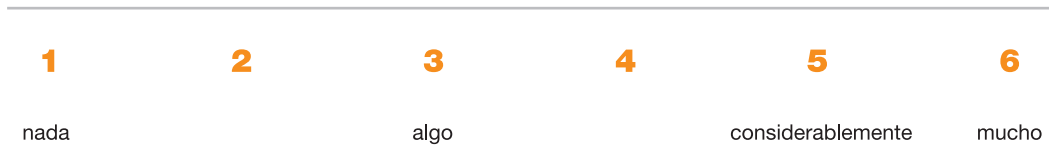
12. *¿Utiliza el terapeuta preguntas en escala?*



Con preguntas en escala, el terapeuta pide a uno o más clientes que valoren en una escala (p.ej.. de 0 a 10) la intensidad de una determinada conducta o problema. Estas preguntas ayudan a la familia a hablar de sus interacciones de manera reflexiva, y ayudan a evaluar la percepción que la familia tiene de las dificultades en un determinado momento de la terapia. Así, la pregunta en escala puede utilizarse al inicio de la terapia o más adelante, para evaluar el progreso o cambios experimentados.

- Para valorar la adherencia a este indicador como al menos suficiente, el terapeuta debe preguntar al menos una vez a lo largo de la sesión que uno o más miembros de la familia valoren algún comportamiento, sentimiento, reacción, o problema en base a una escala.
- La adherencia al indicador será insuficiente si el terapeuta no pide una valoración algún comportamiento, sentimiento, reacción, o problema en ningún momento durante la sesión.

13. ¿Utiliza el terapeuta preguntas circulares?



Las preguntas circulares conectan lo que un miembro de la familia dice, siente o hace con lo que dice, siente o hace otro miembro. En este tipo de preguntas se conectan conductas y emociones y su contribución en un tipo de interacción determinado, permitiendo explorar las relaciones entre los distintos miembros de la familia y sus respectivas ideas, conductas y emociones. Este tipo de preguntas animan a la reflexión personal acerca de cómo uno es percibido por los demás y de cómo la conducta de uno afecta a otros.

Las preguntas circulares pueden utilizarse para preguntar acerca de:

- el estado (*¿cómo cree que su hijo se está sintiendo?*)
- el impacto de un comportamiento (*¿Qué cree que siente su esposo cuando le grita?*)
- las relaciones familiares de manera directa (*si entiendo bien, ¿las niñas no pueden ni verse?*) o indirecta (*¿Cómo reaccionan sus hijos cuando les ven discutir?*)
- las creencias de otro miembro del sistema (*¿Qué ideas cree que sus hijos podrían tener al respecto?*)

Las preguntas en formato circular también son útiles para ofrecer perspectivas alternativas (*¿Qué piensa su hijo acerca de su rendimiento escolar? Si le preguntáramos a su profesora, ¿qué diría ella?*) y para plantear definiciones sistémicas del problema (*Cuando ustedes se ponen a discutir y su hija llora, ¿qué hace Juan a continuación?*) y en combinación con preguntas de escala (de cero a diez, *¿quién es el que más se molesta cuando no está papá? y ¿quién le sigue?*).

- La adherencia a este indicador es al menos suficiente si el terapeuta usa un rango de preguntas circulares al hablar con la familia en un estilo conversacional y comprensible. Las preguntas circulares deberán componer un porcentaje alto (al menos de un tercio) de las intervenciones del terapeuta.

- Para valorar la adherencia a este indicador como insuficiente, si el terapeuta no introduce preguntas circulares o, si lo hace, son demasiado complejas o irrelevantes a las ideas que la familia presenta. También es insuficiente si el terapeuta introduce demasiadas preguntas circulares (más de un tercio de sus intervenciones).

14. ¿Trabaja el terapeuta en el presente y con proyección al futuro?



El terapeuta dirige la atención a las interacciones que contribuyen al mantenimiento de los problemas de la familia actualmente y trabaja para que los miembros de la familia imaginen y expresen los cambios que desean. Proyección al futuro implica preguntas que clarifiquen qué tipo de cambios esperan ver, cómo se notarán esos cambios e incluso cómo los cambios se empezarán a notar. La creatividad y la capacidad de animar a la familia a imaginar y expresar sus expectativas para el futuro son importantes. Por ejemplo, el terapeuta puede formular la “pregunta milagro”: *“Imaginad que esta noche os vais a dormir y ocurre un milagro, mañana os levantáis y han desaparecido vuestros problemas, ¿en qué lo notaríais? ¿en qué pequeñas cosas os daríais cuenta de que ya no tenéis problemas?”* Es frecuente que ante estos esfuerzos la familia responda volviendo a enfocarse en las quejas y en el pasado, por ello es importante la insistencia y capacidad del terapeuta de motivar para conseguir orientar la atención hacia el presente y el futuro.

- La adherencia a este indicador se valora como al menos suficiente si el terapeuta orienta la atención de la familia a su situación presente y a sus deseos, miedos, expectativas para el futuro. El terapeuta enfoca las preguntas a examinar los factores relacionados a los problemas en la actualidad y hace

esfuerzos por provocar e inspirar a la familia para que proyecte hacia el futuro. En caso de resistencia por parte de la familia, el terapeuta deberá evidenciar esfuerzos por dirigir la atención de la familia.

- La adherencia a este indicador se valora como insuficiente si el terapeuta no hace esfuerzos por orientar la atención de la familia al presente y al futuro o se rinde ante la resistencia de la familia, permitiendo que ésta continúe enfocada en las quejas y en su historia problemática.

15. *¿Explora el terapeuta las soluciones intentadas?*

1	2	3	4	5	6
nada		algo		considerablemente	mucho

El terapeuta pregunta por lo que la familia ha intentado para tratar de mejorar la situación hasta el momento. Esto ocurre sobre todo al inicio de la terapia. Es importante obtener detalles concretos y específicos de las cosas intentadas al mismo tiempo que clasificar estas soluciones en categoría, por ejemplo “castigar” o “intentar que lo entienda”, y distinguir entre las soluciones que no han funcionado de aquellas que fueron eficaces al principio u ocasionalmente. Estas soluciones ineficaces pueden ser en sí mismas factores que mantienen o agravan el problema. Las “excepciones” son aquellas soluciones que la familia ha intentado y que funcionaron al menos en algún momento. De todas estas soluciones intentadas, tanto de las que funcionaron como de las que no, es importante que el terapeuta explore el aprendizaje extraído por la familia de ellas.

- La adherencia a este indicador se valora al menos como suficiente si el terapeuta hace un amplio rango de preguntas para explorar lo que la familia ha intentado para solucionar/mejorar la situación. Para ser suficiente, el terapeuta debe preguntar por cuáles de esos intentos funcionaron y cuáles no, además de por las conclusiones que extraen de esas experiencias.

- La adherencia a este indicador es insuficiente si el terapeuta no pregunta sobre las soluciones intentadas o, si lo hace, no explora con detenimiento las que fueron eficaces de las que no y qué es lo que la familia aprendió de esas experiencias.

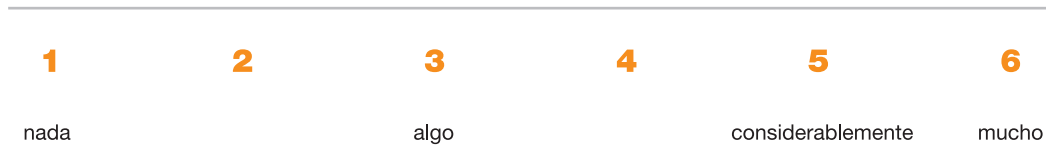
16. ¿Utiliza el terapeuta la escenificación (enactment)?

1	2	3	4	5	6
nada		algo		considerablemente	mucho

Mediante la escenificación, el terapeuta anima indirectamente o pide directamente a la familia que muestre en sesión un tipo de interacción relacionada con sus dificultades. De una manera indirecta, el terapeuta puede animar a la familia a que discuta sobre un tema relevante para poder observar de manera directa, en vivo, cómo interactúa la familia ante dicha tarea. De una manera más directa, el terapeuta puede pedir a la familia que escenifique una situación descrita o una relacionada con sus dificultades tratando de imitar cómo ocurre en su vida real. Tras la escenificación, el terapeuta debe intervenir con preguntas exploratorias sobre las percepciones y reacciones de cada miembro y sugiriendo maneras alternativas de actuar.

- Para valorar la adherencia del terapeuta a este indicador como suficiente, debe ser evidente que el terapeuta pide activamente a la familia o facilita de manera activa un tipo de interacción que refleja las interacciones fuera de la terapia, tras la cual explora con preguntas acerca de sus percepciones y reacciones y de posibles maneras alternativas de actuar.
- La adherencia a este indicador es insuficiente si no hay muestra de esfuerzo activo por parte del terapeuta de provocar o animar directamente a la familia a representar una interacción o, si lo hace, no acompaña de preguntas exploratorias acerca de sus reacciones percepciones y de maneras alternativas de actuar.

17. ¿Amplifica el terapeuta los cambios y elogia avances?



El terapeuta acentúa y elogia cualquier signo de cambio e indicador de avance mostrando interés y optimismo genuinos. El terapeuta familiar dedica su atención y rastrea la posible ocurrencia de pequeños cambios que la familia puede pasar por alto o minimizar mediante preguntas exploratorias minuciosas.

- Para valorar la adherencia a este indicador como suficiente, el terapeuta hace preguntas específicas acerca de cambios y avances ocurridos hasta el momento o bien detecta y recalca activamente cambios mencionados por la familia que ésta parezca obviar. El terapeuta enfatiza la importancia del cambio percibido y expresa su valoración positiva del mismo. Si la familia por sí misma no ofrece información referente a cambios o avances, es necesario que el terapeuta haga preguntas dirigidas a explorarlos directamente.
- El terapeuta se adhiere insuficientemente a este indicador si no pregunta específicamente acerca de cambios y avances experimentados hasta el momento o bien no detecta y elogia cambios o avances mencionados espontáneamente por la familia.

18. ¿Re-encuadra el terapeuta los problemas y explicaciones de la familia?



Mediante el re-encuadre, el terapeuta ofrece una redefinición sistémica de los problemas que ofrezca una nueva visión más positiva donde la culpabilidad quede enmarcada desde una perspectiva de responsabilidad y proyección al futuro. Además que una técnica per se, el re-encuadre es una actitud constante mediante la que se trata de redefinir continuamente los comentarios de la familia que contengan emociones negativas, carácter rígido y estable y explicaciones simplificadas. El terapeuta trata de ser creativo, persuasivo y convincente en su propuesta de re-encuadre del problema. Para ello, el re-encuadre debe contener información relevante presentada por la familia y validar los sentimientos expresados por los distintos miembros en relación al problema. El re-encuadre busca reformular:

- Las emociones negativas en sentimientos más positivos (*“el machaqueo de tu madre refleja que está muy preocupada por ti”*)
 - Los patrones de explicación intrapsíquicos, diádicos, triádicos, intergrupales e indiferenciados (*“parece que tu hijo no es simplemente un rebelde, sino que cuanto más tensión hay en casa, más tiende él a rebelarse”*).
 - Las atribuciones causales lineales a atribuciones circulares más complejas.
 - Explicaciones estáticas e históricas a explicaciones más fluctuantes y ahistóricas.
 - Explicaciones aisladas a explicaciones ecológicas, considerando el contexto.
-
- Para valorar la adherencia a este indicador como suficiente, debe haber evidencia de que el terapeuta hace esfuerzos activos por redefinir las emociones negativas para evocar sentimientos más positivos, por ofrecer una explicación del problema más circular y flexible que incluya el papel de los distintos miembros de la familia y por considerar el papel del contexto en sus dificultades.
 - El re-encuadre es insuficiente cuando el terapeuta permite que el tono de la sesión permanezca acusatorio, no considera las relaciones circulares entre los miembros del sistema que contribuyen al problema o no atiende a los factores situacionales/contextuales relacionados con la situación familiar.

19. ¿Trabaja el terapeuta con las emociones?

1	2	3	4	5	6
nada		algo		considerablemente	mucho

El terapeuta facilita la expresión de emociones y las utiliza como herramientas para promover la reparación de un apego seguro entre padres e hijos. El terapeuta presta atención a las señales de vulnerabilidad y promueve su expresión y la exploración junto con los demás miembros de su percepción y reacciones ante tales emociones. Para ello el terapeuta también protege a aquellos miembros que estén mostrando vulnerabilidad de los posibles ataques del resto. Los comentarios defensivos y atacantes son tratados como signos de vulnerabilidad en sí mismos y el terapeuta explora los sentimientos que los conducen. Para promover la conexión emocional y apego dentro de la familia, ante la expresión de alguna emoción íntima, el terapeuta utiliza preguntas circulares (“¿qué crees que significan las lágrimas de tu hijo?”) y promueve la interacción directa entre los miembros (“¿podrías preguntarle a él que te cuente qué significan?”).

- El terapeuta trabaja de manera suficiente las emociones si detecta señales de vulnerabilidad y aprovecha éstas para facilitar la expresión y exploración de las emociones con todos los miembros de la familia. Para que sea suficiente, el terapeuta no solo debe facilitar la expresión sino que debe dirigirse también a los otros miembros de la familia para explorar con ellos sus percepciones y reacciones.
- El trabajo con las emociones es insuficiente si el terapeuta pierde oportunidades en que los clientes muestran señales de vulnerabilidad o bien no promueve la expresión de emociones. También es insuficiente si el terapeuta no promueve la inclusión del resto de los miembros de la familia en la expresión de emociones y no presta atención a sus reacciones.

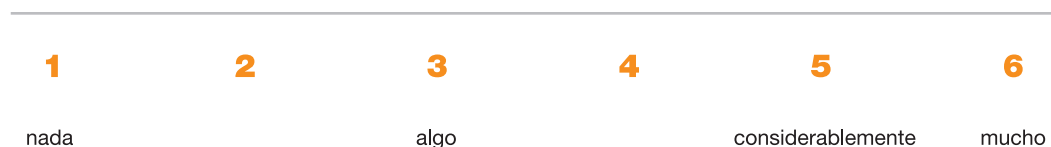
20. ¿Utiliza el terapeuta el “rastreo”?



El terapeuta observa las pautas de interacción que son habituales en la familia, y se une a ellas respetándolas al mismo tiempo que aprovecha su posición dentro del sistema para modificarlas. El rastreo se observa cuando el terapeuta se encuentra posicionado dentro de la interacción, hablando y expresándose en el lenguaje y maneras de la familia, y, desde esa posición, sugiere maneras alternativas de responder y anima a la familia a llevarlas a cabo en sesión.

- La adherencia a este indicador se valora al menos como suficiente si se observa que el terapeuta interactúa con la familia respetando sus maneras y aprovecha para modificar sus patrones sugiriendo una forma alternativa.
- La adherencia será insuficiente si el terapeuta no hace nada relacionado a esta técnica o bien respeta las interacciones de la familia pero no trata de modificarlas desde su posición.

21. ¿Trabaja el terapeuta con los límites dentro de la familia?



Trabajar los límites dentro de la familia implica una variedad de estrategias para ayudar a reparar alianzas que son importantes en subsistemas familiares (p.ej. entre los padres o personas a cargo) y construir límites entre subsistemas o miembros de la familia que están difusos (p.ej., entre padres y adolescente). Por ejemplo, es frecuente que familias con adolescentes acudan a terapia con una alianza dé-

bil entre los padres, unos límites poco definidos con el adolescente y, en ocasiones, con una alianza fuerte entre uno de los padres y el adolescente. Ante este tipo de situación, el terapeuta hace esfuerzos por acercar emocionalmente a los padres (p.ej. facilitando la expresión emocional entre ellos, ayudándoles a crear compromiso y acuerdo sobre las normas, a encontrar formas de apoyarse mutuamente, etc.). El terapeuta también dedica tiempo a trabajar los límites conjuntamente con padres y adolescente otorgando el poder que corresponde a los padres y ayudándoles a recuperar el control. Es frecuente que también exista una alianza o apego débil entre el adolescente y uno o los dos padres. En este caso, el terapeuta dedica tiempo a mejorar la relación entre ellos a la vez que se trabajan unos límites claros. Es importante que, junto con el trabajo mencionado, el terapeuta acompañe sus intervenciones con alguna explicación que enfatice explícitamente la importancia de que los padres (o personas a cargo) estén unidas y tengan un acuerdo y de que haya unos límites claros para los hijos.

- La adherencia a este indicador se valora al menos como suficiente si el terapeuta hace esfuerzos claros por mejorar la relación y el acuerdo entre algunos miembros de la familia (p.ej., entre los padres como pareja o entre alguno de los dos y el adolescente) y por fortalecer unos límites claros entre subsistemas (p.ej., padres-hijos). El terapeuta debe hablar explícitamente de estos temas.
- La adherencia a este indicador será insuficiente si no se trabajan las relaciones ni los límites dentro de la familia o si se trabajan las relaciones pero no se dan pasos para trabajar los límites y viceversa.

22. *¿Utiliza el terapeuta las inversiones?*

1

nada

2

3

algo

4

5

considerablemente

6

mucho

La técnica de la “inversión” implica pedir y animar a uno o más miembros de la familia a decir o hacer lo opuesto de lo que normalmente diría o haría. Por ejemplo, el terapeuta entrena a una madre, que normalmente se enfada y grita cuando se siente presionada por el padre para que discipline a su hija adolescente, a que le conteste al padre *“me siento orgullosa de lo mucho que te preocupas por nuestra hija”* o *“tengo miedo de decepcionarte como madre”*.

- La adherencia a este indicador es al menos suficiente si el terapeuta pide explícitamente a algún miembro de la familia que actúe en sesión a la inversa de lo que normalmente hace o que diga lo contrario de lo que normalmente dice.
- La adherencia a este indicador es insuficiente si el terapeuta no pide explícitamente que algún miembro diga o haga lo contrario a lo que normalmente dice o hace.

23. ¿Utiliza el terapeuta la petición de tareas?



El uso de tareas implica pedir a la familia o a algún miembro que realice algo específico sugerido por el terapeuta. El terapeuta debe explicar la tarea claramente y buscar el acuerdo en la familia preguntándoles tentativamente si están dispuestos a llevarla a cabo y examinando los miedos o reticencias. El terapeuta debe proveer de argumentos comprensibles a la familia para que ésta comprenda las razones y beneficios de llevar a cabo la tarea. Es importante que la tarea no sea impuesta y que la familia comprenda por qué es bueno intentarla.

- La adherencia a este indicador es al menos suficiente si el terapeuta explica la tarea, las razones y beneficios de llevarla a cabo, y se asegura de que la familia comprenda su importancia y esté de acuerdo con su realización.

- La adherencia a este indicador es insuficiente si el terapeuta pide a la familia que realice una tarea pero no la explica adecuadamente, si no explica los argumentos que hacen a la tarea útil e importante, si no se asegura de que la familia lo entienda y esté de acuerdo o si se la impone.

24. ¿Utiliza el terapeuta técnicas activas?

1	2	3	4	5	6
nada		algo		considerablemente	mucho

Las técnicas activas tienen carácter psicodramático ya que requieren de la familia que dramatice y se exprese creativamente, de manera activa en sesión. Lo importante de estas técnicas es que requieren movimiento, tanto físico como emocional. Estas técnicas son muy variadas y flexibles, permitiendo variaciones en función de la situación y características de la familia. No obstante, en su mayoría, estas técnicas requieren que alguno o todos los miembros de la familia jueguen un papel (juegos de roles), o bien que expresen a través de un medio poco habitual (con esculturas, trapos, marionetas y otros elementos). El terapeuta propone la técnica animadamente, se asegura de que la familia la entiende y está de acuerdo en realizarla y comienza caldeando la situación para ir metiendo a los participantes en situación. Una vez dentro de la tarea, el terapeuta aprovecha la oportunidad para promover la expresión de emociones haciendo preguntas exploratorias, circulares y reflexivas. Es importante usar el soliloquio, que consiste en pedir a la persona que ponga palabras en boca del objeto o persona (ya sea el rol que juega, la escultura, los trapos, etc.) como si estuviera diciendo sus pensamientos en alto.

- La adherencia a este indicador es al menos suficiente si el terapeuta propone alguna actividad que implique dramatización o expresión creativa, o bien con movimiento o con elementos indirectos. El terapeuta debe explicarla y justificarla adecuadamente y asegurarse de la disposición de la familia a

realizarla. También es importante que el terapeuta aproveche la realización de la técnica para preguntar por las emociones, percepciones y experiencias de los participantes.

- La adherencia a este indicador es insuficiente si el terapeuta propone algún tipo de actividad lúdica o creativa pero, o bien no ofrece una explicación adecuada de la misma, o bien no se asegura de que la familia está de acuerdo y dispuesta, o bien no aprovecha la realización de la actividad para explorar emociones en los participantes.

7.4

Técnicas psicosociales

25. *¿Colabora el terapeuta con los recursos en la comunidad?*



El terapeuta conoce y establece contacto con servicios e instituciones dentro de la comunidad que pueden jugar un papel en el círculo de apoyo de la familia. Estas agencias incluyen servicios sociales, legales, de ocio, culturales, de salud, preventivos, económicos, etc. Es importante que el terapeuta y el equipo estén en contacto y colaboren con estos servicios e incorporen estas relaciones en la terapia.

- La adherencia a este indicador es al menos suficiente si el terapeuta muestra evidencia de colaborar con servicios de la comunidad, proponerlos a la familia y facilitar el uso de los

recursos disponibles relacionados a esos servicios. El terapeuta pone en conocimiento de la familia estos servicios y facilita el contacto con ellos.

- La adherencia a este indicador es insuficiente si el terapeuta no mantiene contacto con recursos en la comunidad, no tiene en cuenta estos servicios en la terapia, o bien los considera pero no informa adecuadamente o no facilita a la familia el contacto con ellos.

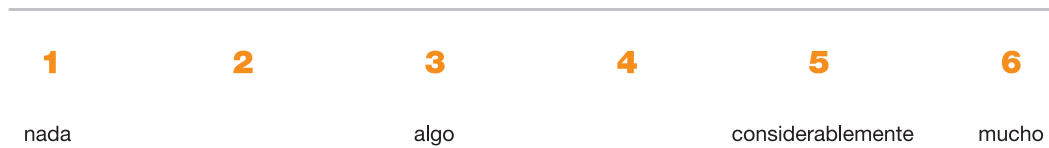
26. *¿Colabora el terapeuta con el sistema educativo?*



El terapeuta mantiene contacto con el sistema educativo y colabora con el personal del centro al que el adolescente pertenece para fomentar el avance académico y el acceso a recursos educativos disponibles que faciliten ese avance. El terapeuta mantiene a la familia al tanto de los contactos mantenidos con el personal del centro y atiende a las preocupaciones que pueda tener la familia con respecto a ello.

- La adherencia a este indicador es al menos suficiente si el terapeuta muestra evidencia de colaborar con el personal del centro educativo del adolescente, los discute abiertamente con la familia y atiende a sus percepciones y preocupaciones relacionadas con la educación y con el centro en sí.
- La adherencia a este indicador es insuficiente si el terapeuta no mantiene contacto con el sistema educativo o lo mantiene al margen de la terapia sin discutirlo abiertamente con la familia o sin atender a las preocupaciones y demandas de la familia con respecto a la educación del adolescente.

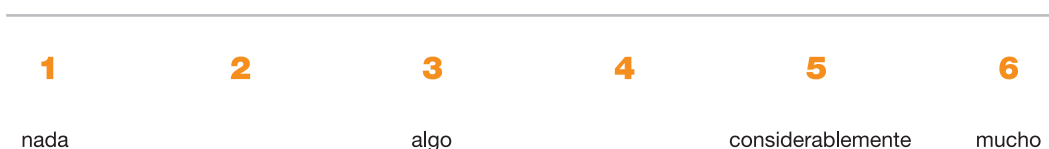
27. ¿Colabora el terapeuta con fiscalía del menor?



En caso de que el adolescente y la familia se encuentren en el contexto de medidas legales (p.ej. por intervención de menores, por delitos del adolescente, por temas de custodia, etc.), el terapeuta se mantiene en relación estrecha y colabora con fiscalía y con la delegación de menores del gobierno local en la toma de decisiones que conciernen al adolescente. Además, el terapeuta trata abiertamente estos temas en terapia ofreciendo información y atendiendo a las preocupaciones y demandas de la familia con respecto a las medidas legales.

- La adherencia a este indicador es al menos suficiente si el terapeuta muestra evidencia de mantener contacto y colaborar con el sistema legal y delegación de menores pertinentes a la familia. El terapeuta trata este tema abiertamente en sesión, ofrece información y explora las preocupaciones relacionadas.
- La adherencia a este indicador es insuficiente si el terapeuta no mantiene contacto con el sistema legal, o lo mantiene al margen de la terapia sin discutirlo abiertamente con la familia o sin atender a las preocupaciones y demandas de la familia con respecto a la situación legal del adolescente.

28. ¿Promueve el terapeuta el servicio comunitario?



En caso de adolescentes con problemas de conducta, el terapeuta mantiene contacto con agencias locales para tener acceso a oportunidades para hacer servicio comunitario, proponiéndoselo y facili-

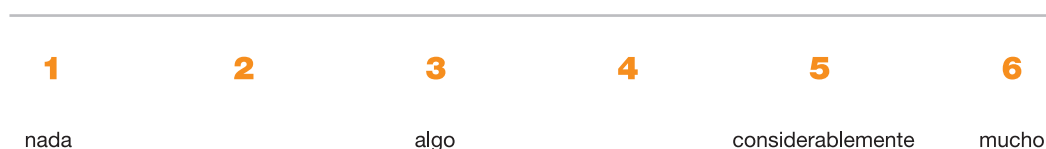
tándoselo al adolescente. Estas agencias deben ofrecer la oportunidad al adolescente de colaborar de manera voluntaria con tareas de ayuda y conductas prosociales.

- La adherencia a este indicador es al menos suficiente si el terapeuta muestra evidencia de tener contacto con agencias locales que ofrezcan oportunidades de voluntariado y ayuda. El terapeuta propone activamente y facilita el acceso a estas oportunidades al adolescente.
- La adherencia a este indicador es insuficiente si el terapeuta no mantiene contacto con estas agencias, no propone activamente al adolescente la colaboración con ellas o no ofrece la suficiente información para facilitar el acceso a ellas.

7.5

La terapia de grupo

29. *¿Utiliza el terapeuta la terapia de grupo?*



Para valorar la adherencia a este indicador como suficiente, se deben cumplir al menos las siguientes condiciones:

- Un total de 6 a 12 sesiones con un grupo de entre 4 y 12 adolescentes.
- Los adolescentes comparten algunos aspectos de la problemática que los condujo a terapia inicialmente (p.ej. problemas de conducta).
- La terapia de grupo es voluntaria y se dispone del consentimiento de los padres o tutores legales de los participantes.
- La duración de las sesiones es de una a dos horas.

- El terapeuta dispone de formación en el modelo de terapia familiar focalizado en la alianza terapéutica en el que se basa este protocolo.
- Las sesiones son observadas por un equipo, bien en vivo, bien en grabaciones, de al menos dos personas.
- Al menos una persona del equipo (ya sea el terapeuta, ya sean los observadores) está acreditado como experto en terapia familiar y proporciona supervisión (en el caso de que no sea el terapeuta).

7.6

La terapia como proceso: los estratos

Primer estrato:

Crear y mantener la alianza terapéutica con adolescente y familia

Para evaluar la adherencia del terapeuta a las intervenciones y habilidades relacionadas con la creación y desarrollo de una alianza terapéutica con la familia, se incluye con el permiso de los autores el Sistema de Observación de la Alianza terapéutica en la Terapia Familiar (SOFTIF-o; www.softa-soatif.net). Este sistema sirve como herramienta para hacer una valoración más exhaustiva de la adherencia del terapeuta a este estrato. El SOATIF-o requiere que valores la adherencia del terapeuta a los indicadores listados bajo cada dimensión: seguridad en la terapia, enganche en el proceso, conexión emocional con el terapeuta y sentido de compartir el propósito.

En primer lugar, se registra la ocurrencia de indicadores específicos durante toda la sesión, referidos a cada dimensión y, en segundo lugar, se hace una estimación global para cada una de las cuatro dimensiones del SOATIF-o. Esa estimación se hace en una escala

ordinal entre -3 (p.ej., la conducta del terapeuta contribuye mucho al detrimento de la experiencia del cliente en la dimensión concreta) y +3 (la conducta del terapeuta contribuye mucho a una experiencia positiva de la dimensión concreta), correspondiendo el 0 a “no reseñable” o “neutral”. La puntuación en cada escala depende de la valencia, la frecuencia, la intensidad, y el contexto de las conductas observadas. La mayoría de los descriptores reflejan comportamientos observables, tales como si hace o no una pregunta determinada, reflejar la postura corporal, etc. Sin embargo, algunos descriptores requieren de ciertas inferencias basadas en el comportamiento del terapeuta. En otras palabras, se espera que el evaluador haga en ocasiones inferencias basadas en expresiones verbales de los familiares, lo cual requiere de cierta subjetividad.

Pautas para valorar cada dimensión:

1. Si *no hay marcas* en una dimensión determinada la puntuación debe ser 0. Esto quiere decir que no hay descriptores reseñables, no hay sesgos visibles hacia una dirección negativa o positiva, por lo tanto se ve en el terapeuta al menos una moderada contribución alianza.
2. Si *solo se encuentran descriptores negativos*, la puntuación debe ser menos de 0, es decir, un número negativo. Se puntuará con un -3 (muy problemática) solo si está claro que el terapeuta ha contribuido muy negativamente a posicionar a los clientes contrariamente a la terapia, y con un -2 o -1 dependiendo del grado de negatividad de la intervención del terapeuta.
3. Si *solo se han marcado descriptores positivos*, la puntuación debe sobrepasar el 0, deberá ser por tanto una puntuación positiva.
4. Solo se dará un +3 (*muy fuerte*) si está claro que el terapeuta ha contribuido mucho a la experiencia del cliente de la dimensión concreta
5. Si *hay marcados descriptores positivos y negativos*, la puntuación será -1, 0, ó +1, dependiendo del juicio que haga el evaluador sobre el balance de los descriptores positivos y negativos en cuanto a su frecuencia, o importancia y significación en la terapia.
6. Una puntuación de -3 (*muy problemática*) se da únicamente cuando el terapeuta no conecta en absoluto con los clientes y por tanto resulta muy problemática su alianza.

1. Contribución del terapeuta al enganche en el proceso de terapia:

- El terapeuta explica cómo funciona la terapia

- El terapeuta pregunta al cliente acerca qué quiere hablar en la sesión

- El terapeuta estimula que el cliente defina sus metas en la terapia

- El terapeuta pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión

- El terapeuta pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación/sugerencia para hacer una tarea

- El terapeuta pregunta al cliente por el impacto valor de una tarea asignada previamente

- El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir.

- El terapeuta captura la atención del cliente (por ej. inclinándose hacia delante, usando el nombre del cliente, dirigiéndose a él/ella directamente, etc.)
-

- El terapeuta pregunta si el cliente tiene alguna duda o pregunta que hacer
-

- El terapeuta elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar
-

- El terapeuta define metas terapéuticas o impone tareas o procedimientos sin pedir la colaboración del cliente
-

- El terapeuta discute con el cliente acerca de la naturaleza, propósito o valor de la terapia
-

- El terapeuta critica cómo hizo (o por no hacerla) el cliente una tarea para casa
-

Puntúe la contribución del terapeuta para Enganche:

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

2. Contribución del terapeuta a la conexión emocional con el cliente:

- El terapeuta comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente.

- El terapeuta expresa confianza o que cree en el cliente

- El terapeuta expresa interés en el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha

- El terapeuta expresa afecto o toca afectivamente al cliente dentro de lo apropiado al contexto profesional (por ej., darle la mano, una palmada, etc.)

- El terapeuta desvela sus reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación

- El terapeuta desvela algún aspecto de su vida personal

- El terapeuta señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias

- El terapeuta expresa explícitamente empatía (verbal o no-verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes (por ejemplo, “Se lo duro que debe ser”, “Siento tu dolor”, o llorar con el cliente)

- El terapeuta normaliza o acoge la vulnerabilidad emocional del cliente (por ej., llorar, mostrar sentimientos dolorosos)

- El terapeuta tiene interacciones hostiles o sarcásticas con el cliente

- El terapeuta no responde a expresiones de interés personal o afecto hacia él por parte del cliente

Puntúe la contribución del terapeuta para Conexión Emocional:

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

3. Contribución del terapeuta a la seguridad

- El terapeuta reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir cuestiones privadas

- El terapeuta proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad

- El terapeuta propicia la discusión sobre elementos del contexto de terapia que pueden intimidar al cliente (por e.j., equipos de grabación, informes a terceras partes, equipo terapéutico, espejo unidireccional, investigaciones, etc.)

- El terapeuta ayuda al cliente a hablar sinceramente y a no estar a la defensiva con los demás

- El terapeuta intenta contener, controlar, o manejar la hostilidad abierta entre clientes

- El terapeuta protege activamente a un miembro de la familia de otro (por e.j., de acusaciones, hostilidad, o intrusividad emocional)

- El terapeuta cambia la conversación hacia algo agradable o que no genera ansiedad (programas de la tele, diversión, elementos de la sala, etc.) cuando parece que hay tensión o ansiedad

- El terapeuta pide a un cliente (o subgrupo de clientes) que salga de la sala para quedarse solo con un cliente (o subgrupo) durante una parte de la sesión

- El terapeuta permite que el conflicto familiar se escale hacia el abuso verbal, amenazas, o intimidación

- El terapeuta no atiende a expresiones claras de vulnerabilidad de un cliente (por ej., llanto, defensividad, etc.)
-

Puntúe la contribución del terapeuta para Seguridad en el sistema terapéutico:

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

4. Contribución del terapeuta al sentido de compartir el propósito:

- El terapeuta alienta acuerdos de compromiso entre los clientes
-

- El terapeuta anima a los clientes a preguntarse entre ellos por sus puntos de vista respectivos
-

- El terapeuta elogia a los clientes por respetar los puntos de vista de los otros
-

- El terapeuta subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o solución
-

- El terapeuta destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades, o sentimientos
-

- El terapeuta anima al cliente a mostrar afecto, interés o apoyo a otro cliente
-

- El terapeuta anima a un cliente a pedir confirmación y opinión (feedback) a otro/s
-

- El terapeuta no interviene (o queda descalificada su intervención) cuando miembros de la familia discuten entre ellos acerca de las metas, el valor, o la necesidad de la terapia
-

- El terapeuta ignora las preocupaciones explicitadas por un cliente discutiendo únicamente las preocupaciones de otro cliente
-

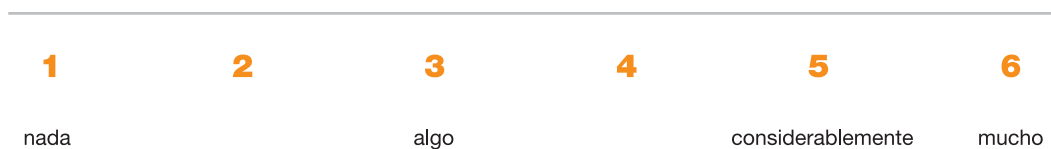
Puntúe la contribución del terapeuta para Sentido de Compartir el Propósito:

-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

Una vez completado el SOATIF-o, valora los siguientes indicadores:

Para valorar la adherencia a los siguientes cuatro indicadores conviene basarse en las puntuaciones obtenidas en el SOATIF-o. Si las puntuaciones son positivas, la adherencia es suficiente. Si la puntuación es 0, el observador ha de juzgar si el terapeuta ha contribuido en alguna medida a la dimensión pertinente durante la terapia. Si la puntuación es negativa, la adherencia al indicador es insuficiente.

30. ¿Promueve el terapeuta una sensación de seguridad a todos los miembros?



31. ¿Promueve el terapeuta el enganche en la terapia de todos los miembros?



32. ¿Promueve el terapeuta una conexión emocional con todos los miembros?



33. ¿Promueve el terapeuta un sentido de compartir el propósito?

1	2	3	4	5	6
nada		algo		considerablemente	mucho

34. ¿Tiene en cuenta el terapeuta las actitudes iniciales a la hora de adaptar sus intervenciones?

1	2	3	4	5	6
nada		algo		considerablemente	mucho

El terapeuta debe prestar atención a la actitud inicial con la que se presenta cada miembro de la familia a terapia y adaptar sus preguntas y comentarios en consonancia. Por ejemplo, el terapeuta no presiona a un adolescente callado y resistente a responder de manera excesiva, ni permite que la persona más demandante domine gran parte de la sesión y contagie su actitud culpabilizadora. Lo importante es que el terapeuta sea sensible a las actitudes iniciales de cada uno y adapte sus intervenciones con el fin de promover una alianza terapéutica con todos.

La adherencia a este indicador no es suficiente si el terapeuta muestra intervenciones que obviamente presionan en demasía o ignoran a clientes con actitud inicial negativa hacia la terapia.

SEGUNDO ESTRATO:

Conocer y potenciar el sistema familiar. Valoración inicial del sistema

35. ¿Hace el terapeuta una valoración de los factores que mantienen los problemas en la familia?



A la hora de hacer una valoración inicial de la familia, se considera el balance entre los factores mantenedores del problema, los recursos para el cambio disponibles, en función del nivel de crisis o cronicidad en que se encuentre la familia. Aunque la mayor parte de este análisis se elabora fuera de la sesión, durante la discusión de equipo, el terapeuta da muestras claras en sesión de explorar detenidamente todos estos elementos con preguntas específicas sobre ellos.

Acorde a este indicador, el terapeuta hace preguntas exploratorias, desde un enfoque sistémico y considerando elementos desde un mapa amplio del sistema (p.ej. sistema individual, familiar, socio-económico, educativo, legal y de la comunidad). Es importante que el terapeuta examine factores biológicos (problemas de salud, historia de enfermedades importantes), psicológicos (apego, motivación, expectativas, etc.), relacionales (p.ej. relaciones conflictivas, mala comunicación, etc.) y sociales (p.ej. ausencia de apoyo, amistades, familia extensa, etc.). Por ejemplo, el terapeuta puede hacer preguntas directas del tipo *¿Qué está impidiendo a esta familia afrontar las dificultades del adolescente y avanzar?* O puede explorar las áreas mencionadas indirectamente *¿Entonces dices que no tienes familia cerca? ¿Tienes a alguien que te ayuda en un día como el que comentas?*

- Para que la adherencia a este indicador sea suficiente, el terapeuta hace preguntas exploratorias sobre los factores que mantienen los problemas. Debe haber consideración clara y amplia de los distintos sistemas que influyen en la vida de la familia (comunidad, escuela, sistema legal, etc.) y de los distintos aspectos (psicológicos, biológicos, relacionales, etc.).
- La adherencia a este indicador es insuficiente cuando el terapeuta no explora los factores que mantienen los problemas o lo hace de manera insuficiente porque no considera todos los subsistemas (comunidad, escuela, etc.) o bien no explora los aspectos más importantes (psicológicos, biológicos, etc.)

36. ¿Hace el terapeuta una valoración de los recursos para el cambio de los que dispone la familia?

1	2	3	4	5	6
nada		algo		considerablemente	mucho

Al igual que con la exploración de los elementos que mantienen los problemas, el terapeuta explora y enfatiza los recursos que puedan ayudar a mejorar la situación existentes en los distintos subsistemas (comunidad, escuela, sistema legal, etc.) y relacionados a los diferentes aspectos (biológicos, relacionales, psicológicos, etc.). Además de hacer preguntas directas del tipo *¿Qué recursos hacen que la familia vaya a afrontar el cambio y avanzar? ¿Cómo va a ser ese cambio?* El terapeuta puede también explorar más indirectamente *¿cómo creéis que el cariño que sentís los unos por los otros os puede ayudar en vuestro esfuerzo por mejorar la situación?* O enfatizar algo mencionado espontáneamente por algún miembro de la familia.

- Para que la adherencia a este indicador sea suficiente, el terapeuta explora directa o indirectamente, sugiere y enfatiza los recursos para el cambio al alcance de la familia. Debe haber consideración clara y amplia de los distintos sistemas que influyen en la vida de la familia (comunidad, escuela, sistema

legal, etc.) y de los distintos aspectos (psicológicos, biológicos, relacionales, etc.).

- La adherencia a este indicador es insuficiente cuando el terapeuta no considera los recursos para el cambio o lo hace de manera insuficiente porque no considera todos los subsistemas (comunidad, escuela, etc.) o bien no explora los aspectos más importantes (psicológicos, biológicos, etc.).

37. ¿Considera el terapeuta las posibles señales de crisis o cronicidad de los problemas?

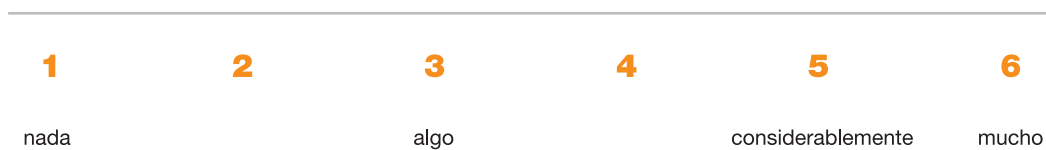
1	2	3	4	5	6
nada		algo		considerablemente	mucho

El terapeuta atiende a elementos que puedan estar relacionados con situaciones de crisis por el desequilibrio provocado en el sistema familiar (exceso de tensión y agresividad intrafamiliar, arresto de un hijo, separación de los padres, pérdida de un familiar, situación de pobreza extrema, etc.). Por ejemplo, los eventos vitales son factores importantes que en ocasiones van acompañados de un desequilibrio que, si no es conducido adecuadamente, puede provocar una situación emocional problemática en la familia (p.ej. la emancipación de un hijo, la jubilación de uno de los padres, el nacimiento de otro hijo, etc.). El terapeuta tiene en cuenta la seriedad, duración y riesgo asociados a dicho desequilibrio y enfatiza la importancia de esos riesgos a la familia. Por ejemplo, ante una madre que menciona la agresividad de su hijo, el terapeuta explora detenidamente esta agresividad y el contexto en el que ocurre y enfatiza la seriedad y los riesgos a corto y largo plazo de la conducta del hijo.

TERCER ESTRATO:

Re-encuadre para construir una meta terapéutica

38. ¿Hace el terapeuta un re-encuadre inicial de la situación de la familia?



Lo que distingue este estrato de la técnica específica del re-encuadre descrita más arriba es que, al inicio de la terapia es particularmente importante definir una meta terapéutica que una a los miembros de la familia con un sentido de que comparten el propósito en la terapia. Con ayuda del re-encuadre inicial, el terapeuta ayuda a construir una meta inicial común para todos a partir de la cual se puede empezar a trabajar. Para ello, al final de la primera sesión o durante la segunda, el terapeuta re-encuadra las quejas de la familia desde un enfoque sistémico (consultar indicador 1) que tenga en cuenta las interacciones entre los miembros de la familia y entre éstos y el contexto más amplio. El principal objetivo del re-encuadre inicial es modificar las pautas acusatorias y derrotistas con que frecuentemente se presenta la familia a terapia ayudando a la familia a entender lo entrelazado de sus comportamientos y necesidades en el mantenimiento del problema. Por tanto, el re-encuadre inicial es crucial para construir un contexto terapéutico que permita a todos sentir que trabajan para un mismo fin. (Puede consultarse el indicador 18 para más detalles sobre el re-encuadre).

- El nivel de adherencia a este estrato es al menos suficiente si, al inicio de la terapia, el terapeuta hace esfuerzos por reformular la explicación que trae la familia de sus problemas de manera que se tengan en cuenta las relaciones entre los distintos miembros del sistema y de éste y el contexto más amplio. Este re-encuadre redefine las emociones negativas y acusatorias en otras más positivas, las explicaciones simplificadas y rígidas en otra más amplia y flexible y las metas individuales en otra común para la familia.

- La adherencia a este estrato es insuficiente si el terapeuta no se esfuerza por re-encuadrar las quejas de la familia al inicio de la terapia o bien lo hace sin considerar las relaciones entre los miembros de la familia y entre éstos y el contexto más amplio. Tampoco es suficiente si el re-encuadre no ayuda a modificar las emociones negativas en otras más positivas y a construir una meta común.

CUARTO ESTRATO:

Promover cambios mediante actuaciones técnicas

39. ¿Define el terapeuta con la familia objetivos concretos de trabajo?

1	2	3	4	5	6
nada		algo		considerablemente	mucho

Definir objetivos específicos con la familia implica identificar y discutir sin restricción con la familia cualquier aspecto susceptible de cambio. El terapeuta fomenta la discusión sobre cualquier tipo de aspecto que la familia siente que contribuya a sus dificultades y facilita la conexión de estas quejas con el re-encuadre inicial. Así, el terapeuta mantiene un enfoque sistémico de los objetivos, estando todos relacionados entre sí. Es importante traducir estas quejas en términos positivos, de posibilidad y potencial de acción y que no sean demasiados. El terapeuta, junto con la familia, hace esfuerzos por disgregar los objetivos en pasos más pequeños, permitiendo escalar los avances desde los más factibles e inmediatos a los más profundos y a largo plazo. Se identifican también indicadores de logro, así como indicadores de estancamiento o retroceso (particularmente para familias en situación de riesgo severo).

- Para valorar la adherencia a este indicador como al menos suficiente, el terapeuta debe hacer esfuerzos por definir con la familia los objetivos, ayudando a relacionarlos con el re-encuadre, a definirlos en términos positivos y en pequeños pasos escalados. También define los indicadores de logro. Solo con familias en situación de riesgo severo es necesario definir indicadores de estancamiento y retroceso.
- La adherencia a este indicador es insuficiente si el terapeuta no define objetivos con la familia, o los hace de manera insuficiente, o no los relaciona con el re-encuadre inicial, o no los etiqueta positivamente.

40. ¿Define el terapeuta actuaciones para la familia?

1	2	3	4	5	6
nada		algo		considerablemente	mucho

Una vez definidas las metas, el terapeuta se esfuerza para traducirlas con la familia en actuaciones específicas. Estas actuaciones incluyen tanto aquellas que la familia debe llevar a cabo dentro y fuera de la terapia (*p.ej. acudir a terapia, mejorar el acuerdo de los padres sobre las normas, reforzar la firmeza de los límites, etc.*) como aquellas de carácter técnico que el terapeuta (y el equipo) van a emplear en sesión (*p.ej. trabajar con emociones para mejorar el apego entre padres e hijos, fomentar las interacciones en sesión y emplear el rastro para trabajar las que sea problemáticas, etc.*).

La discusión acerca de las actuaciones técnicas que el terapeuta va a llevar a cabo no tiene por que ser explícita pero sí debe haber una mención acerca del papel que va a jugar el terapeuta y la terapia para mejorar la situación (*“yo voy a hacer lo posible por ayudaros a mejorar vuestra relación y vuestra capacidad de poner límites firmes a Juan”*). En el caso de algunas técnicas específicas (*p.ej. técnicas activas, inversiones, juegos de roles, uso de tareas, etc.*), el terapeuta explica la intención y el beneficio de la misma (*“se me ocurre una*

cosa que me sería muy útil para entender mejor cómo pasa esto en casa y cómo os hace sentir. Me gustaría que hicierais un juego de roles...”).

- El nivel de adherencia a este indicador es suficiente si el terapeuta ayuda a definir las actuaciones que la familia debe llevar a cabo para alcanzar las metas propuestas. El terapeuta también mantiene informada a la familia de las actuaciones que se llevan a cabo en terapia para ayudarles a avanzar en la consecución de objetivos.
- El nivel de adherencia a este indicador es insuficiente si el terapeuta no define actuaciones prácticas para la familia o no les informa de las actuaciones técnicas que se llevan a cabo en terapia.

41. ¿Valora el terapeuta la consecución de metas por parte de la familia?



Es importante reconocer y valorar adecuadamente la consecución de objetivos y estimular en la familia el reconocimiento del esfuerzo. El terapeuta enfatiza los logros que se van alcanzando y ayuda a que todos los miembros de la familia los reconozcan y valoren mutuamente los esfuerzos que cada uno ha puesto. Puede ser útil, e importante en casos en situación de riesgo, que el terapeuta cuente con un refrendo externo (p.ej. personal educativo, servicios sociales, etc.) con el que discutir el avance que se aprecia en la familia. Esto permite tener una perspectiva externa de aspectos que puedan pasar por alto en terapia. También es importante para fomentar en estos refrendos externos el reconocimiento de logros que pueden no haber identificado.

- La adherencia a este indicador es suficiente si el terapeuta discute con la familia los progresos en la consecución de metas y fomenta su reconocimiento y valoración por parte de todos los miembros. Es importante que el terapeuta fomente el reconocimiento mutuo entre los miembros.
- La adherencia es insuficiente si el terapeuta no discute los avances con la familia, o lo hace sin fomentar un reconocimiento y valoración de los esfuerzos dedicados para conseguirlo.

QUINTO ESTRATO:

Terminar

42. ¿Revisa el terapeuta con la familia el trabajo realizado?



El terapeuta fomenta una discusión sobre el progreso de la familia desde el comienzo de la terapia. El terapeuta fomenta el reconocimiento de los obstáculos presentados durante el proceso y de los esfuerzos y logros alcanzados. También se exploran posibles miedos a recaídas futuras y se discuten estrategias útiles ante el advenimiento de posibles dificultades. Es importante evaluar junto a la familia el grado de satisfacción con estos logros y promover que los distintos miembros hablen sobre los esfuerzos y logros de los demás en la familia.

- La adherencia a este indicador es suficiente si el terapeuta revisa con la familia el progreso en la terapia y promueve una discusión sobre los obstáculos y logros alcanzados.

- La adherencia es insuficiente si el terapeuta no revisa con la familia el progreso de la terapia o no promueve una discusión sobre los obstáculos y logros alcanzados.

43. ¿Fomenta el terapeuta la seguridad en la familia para terminar?

1	2	3	4	5	6
nada		algo		considerablemente	mucho

Ante la perspectiva de terminar la terapia, el terapeuta atiende a la percepción de la familia y sus posibles miedos y preocupaciones. Para fomentar el sentido de seguridad en la familia, es importante discutir cualquier miedo a concluir la terapia y fomentar su sentido de autonomía y una actitud optimista de que pueden continuar sin ayuda terapéutica. Esto puede requerir, por un lado, discutir las maneras para prevenir conflictos y preparar a la familia para afrontar dificultades y, por otro, explorar más exhaustivamente los logros alcanzados y ayudar a la familia a reconocerlos y percibirlos.

- La adherencia a este indicador es suficiente si el terapeuta fomenta el sentido de seguridad en la familia, atendiendo a sus preocupaciones ante la idea de concluir la terapia y preparándoles para prevenir dificultades en el futuro.
- La adherencia es insuficiente si el terapeuta no fomenta la seguridad ignorando las preocupaciones de la familia ante la idea de terminar o no preparándoles adecuadamente para prevenir futuras dificultades.



Referencias

- American Psychological Association (APA). (2003). Guidelines on multicultural education, training, research, practice, and organizational change for psychologists. *American Psychologist*, 58, 377–402.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Beck, M., Friedlander, M. L. y Escudero, V. (2006). Three perspectives of Clients' experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation, *Journal of Marital and Family Therapy*, 32:355-368, 2006.
- Berg, I. K. y Miller, S. D. (1992). *Working with the problem drinker: A solution focused approach*, Nueva York, Norton.
- Bibring, E. (1937). Therapeutic results of psychoanalysis, *International Journal of Psychoanalysis*, 18:170-189.

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy*, 16:252-260, 1979.
- Bourduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stein, R. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 63, 569-578.
- Bourduin, C.M., Mann, B.J., Cone, L.T., Henggeler, S.W., Fucci, B.R., Blaske, D.M., & Williams, R.A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 63, 569-578.
- Bowen, M. (1966). The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry*, 7, 345-374.
- Bowlby, J. (1968). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Brosnan, R., & Carr, A. (2000). Adolescent conduct problems. In A. Carr (eds), *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. London: Taylor & Francis Inc, pp. 131-154.
- Capenter, J., Escudero, V., & Rivett, M. (2008). Training family therapy students in conceptual and observation skills relating to the therapeutic alliance: an evaluation. *Journal of Family Therapy*, 30: 411-424.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 271-279.
- Cormack, C., & Carr, A. (2000). Drug Abuse. In A. Carr (eds), *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. London: Taylor & Francis Inc, pp. 155-177.

- Coulehan, R., Friedlander, M. L. y Heatherington, L. (1998). Transforming narratives: A change event in constructivist family therapy, *Family Process*, 37:17-33.
- Dejong, P. y Berg, I. K.(1998). Interviewing for solutions, Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1998.
- De Rubeis, R. J. y Feeley, M., Determinants of change in cognitive therapy for depression (1990). *Cognitive Therapy and Research*, 14:469-482.
- Diamond, G.S. (2005). Attachment-based family therapy for depressed and anxious adolescents. In J. L. Lebow (Ed.), *Handbook of Clinical Family Therapy* (pp. 17-41). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Diamond, G. M., Diamond, G. S. & Liddle, H. A. (2000). *The Therapist-parent alliance in family-based therapy for adolescents*. JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice, 56, 1037-1050.
- Diamond, G. M., Hogue, A., Liddle, H. A. & Dakof, G. A. (1999). *Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study*. *Psychotherapy*, 36, 355-368.
- Diamond, G.S., Siqueland, L. & Diamond, G.M. (2003). *Attachment-based family therapy for depressed adolescents: Programmatic treatment development*. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 107-127.
- Dies, K. G. (2000). Adolescent Development and a Model of Group Psychotherapy: Effective Leadership in the New Millennium. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 10, 97-111.
- Escudero, V. (2009) *Guía Práctica de la Intervención Familiar*. Junta de Castilla y León. (Descargable gratuitamente desde www.jcyl.es)
- Escudero, V., M. L. Friedlander, Varela, N., & Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30: 194-214.

- Feeley, M., DeRubeis, R. J. y Gelf, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67:578-582.
- Freud, S. (1940). The dynamics of transference, en J. Strachey (comp.), *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 12, págs. 122-144. Londres, Hogarth Press (trabajo original publicado en 1912).
- Freud, S. (1959). Future prospects of psychoanalytic psychotherapy, en J. Strachey (comp. y traductor), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, Vol. 20, págs. 87-172, Londres, Hogarth Press (trabajo original publicado en 1910).
- Friedlander, M. L., (2000). Observational coding of family therapy processes: State of the art, en A. P. Beck y C. M. Lewis (comps.), *The process of group psychotherapy: Systems for analyzing change*, págs. 67-84, Washington, DC, American Psychological Association.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, S., Heatherington, L., Cabero, A., & Martens, M. (2006). System for Observing Family Therapy Alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53:214-225.
- Friedlander, M., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. M. (in press). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*.
- Friedlander, M. L., Lambert, J., Escudero, V & Cragun, C. (2008). How do therapists enhance family alliances? Sequential analyses of therapist-client behavior in two contrasting cases. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45:75-87.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances with couples and families*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Friedlander, M., Escudero, V. , y Heatherington, L. (2009) *La Alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós (Colección Psiquiatría, Psicología, y Psicoterapia).
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment for antisocial behavior in youth*. New York: Guilford Press.
- Hogue, A., Dauber, S., Stambaugh, L. F., Cecero, J. J., & Liddle, H. A. (2006). Early therapeutic alliance and treatment outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 121–129.
- Horvath, A. O. y Bedi, R. P. (2002). The alliance, en J. C. Norcross (comps.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*, págs. 37-69, Nueva York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O. y Symonds, B. D. (1991). Relation between the working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis, *Journal of Counseling Psychology, 38*:139-149.
- Imber-Black, E. (1993). *Secrets in families and family therapy: An overview*, en E. Imber-Black (comp.), *Secrets in families and family therapy*, págs. 3-28, Nueva York, W. W. Norton.
- Johnson, S. M., & Greenman, P.S. (2006). The path to a secure bond: Emotionally focused couple therapy. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 597-609.
- Johnson, L. N., Wright, D. W., & Ketring, S. A. (2002). The therapeutic alliance in home-based family therapy: Is it predictive of outcome? *Journal of Marital and Family Therapy, 28*, 93-102.
- Krupnick. J. L., Sotsky, S. M., Simmens, A., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J. y Pilkonis, P.A.(1996). The role of alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*:532-539.

- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J. B., & Fields, S. (2008). Relationship process in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16, 15-28.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S. & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50– 65.
- Liddle, H.A. (2005). Multidimensional family therapy: A science-based treatment for adolescent drug abuse. In J. L. Lebow (Ed.), *Handbook of clinical family therapy* (pp. 128-163). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- MacLennan, B. W. (2000). The Future of Adolescent Psychotherapy Groups in the New Millennium. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*, 10, 67-75.
- Martin, D. J., Garske, J. P. y Davis, M. K.(2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68:438-450.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa Eds.
- Mitchell, K., Carr, A. (2000). Anorexia y bulimia. In A. Carr (eds), *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. London: Taylor & Francis Inc, pp. 233-257.
- Moore, M., & Carr, A. (2000). Anxiety disorders. In A. Carr (eds), In A. Carr (eds), *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. London: Taylor & Francis Inc, pp. 178-202.
- Muñiz de la Peña, C., Friedlander, M.L., & Escudero, V. (2009). *Frequency, severity, and evolution of split family alliances:*

- How observable are they?*. *Psychotherapy Research*, 19:133-142.
- Muran, J. C. y Safran, J. D.(1998). Negotiating the therapeutic alliance in brief psychotherapy: An introduction, en J. D. Safran y J. C. Muran, *The therapeutic alliance in brief psychotherapy*, págs.3-14, Washington, DC, American Psychological Association.
- O'Halloran, M., & Carr, A. (2000). Adjustment to parent separation and divorce. In A. Carr (eds), *What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families*. London: Taylor & Francis Inc, pp. 280-299.
- Pinsof, W. B. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications, en A. O. Horvath y L. S. Greenberg (comps.), *The working alliance: Theory, research, and practice*, págs. 173-195, Nueva York, Wiley & Sons.
- Pinsof, W. B. (1995). *Integrative problem-centered therapy*, Nueva York, Basic Books.
- Pinsof, W. B y Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales, *Journal of Marital and Family Therapy*, 12:137-151.
- Pinsof, W. M., Wynne, L. C., & Hambright, A. B. (1996). The outcomes of couple and family therapy: Findings, conclusions, and recommendations. *Psychotherap: Theory, Research, Practice, Training*, 33, 321-331.
- Pittman, F.(1987). *Turning points: Treating families in transition and crisis*, Nueva York, Norton.
- Rait, D. S. (1998). Perspectives on the therapeutic alliance in brief couples and family therapy, en J. D. Safran y J. C. Muran (comps.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy*, págs. 171-191, Washington, DC, American Psychological Association.

- Robbins, M.S., Liddle, H. A., Turner, C. W., Dakof, G. A., Alexander, J. F., & Kogan, S. M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in Multidimensional Family Therapy. *Journal of Family Psychology, 20*, 108-116.
- Rowe, C. L., & Liddle, H. A. (2003). Substance abuse. *Journal of Marital and Family Therapy, 29*, 97-120.
- Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., & Perez, G. A. (2003). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: Individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology, 17*, 534-544.
- Satir, V. (1964). *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1978). *Paradox and counterparadox*, Nueva York, Jason Aronson.
- Shadish, W. R., Ragsdale, K., Glaser, R. R., & Montgomery, L. M. (1995). The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: A perspective from meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*, 345-360.
- Shapiro, R. J.(1974). Therapists' attitudes and premature termination in family and individual therapy, *Journal of Nervous and Mental Disease, 159*:101-107.
- Sharry, J. (2004). *Counselling children, adolescents and families: a strengths-based approach*. Thousand Oaks: Sage.
- Sheinberg, M., & True, F. (2008). *Treating family relational trauma: A recursive process using a decision dialogue*. *Family Process, 47*, 173-194.
- Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 689-698.

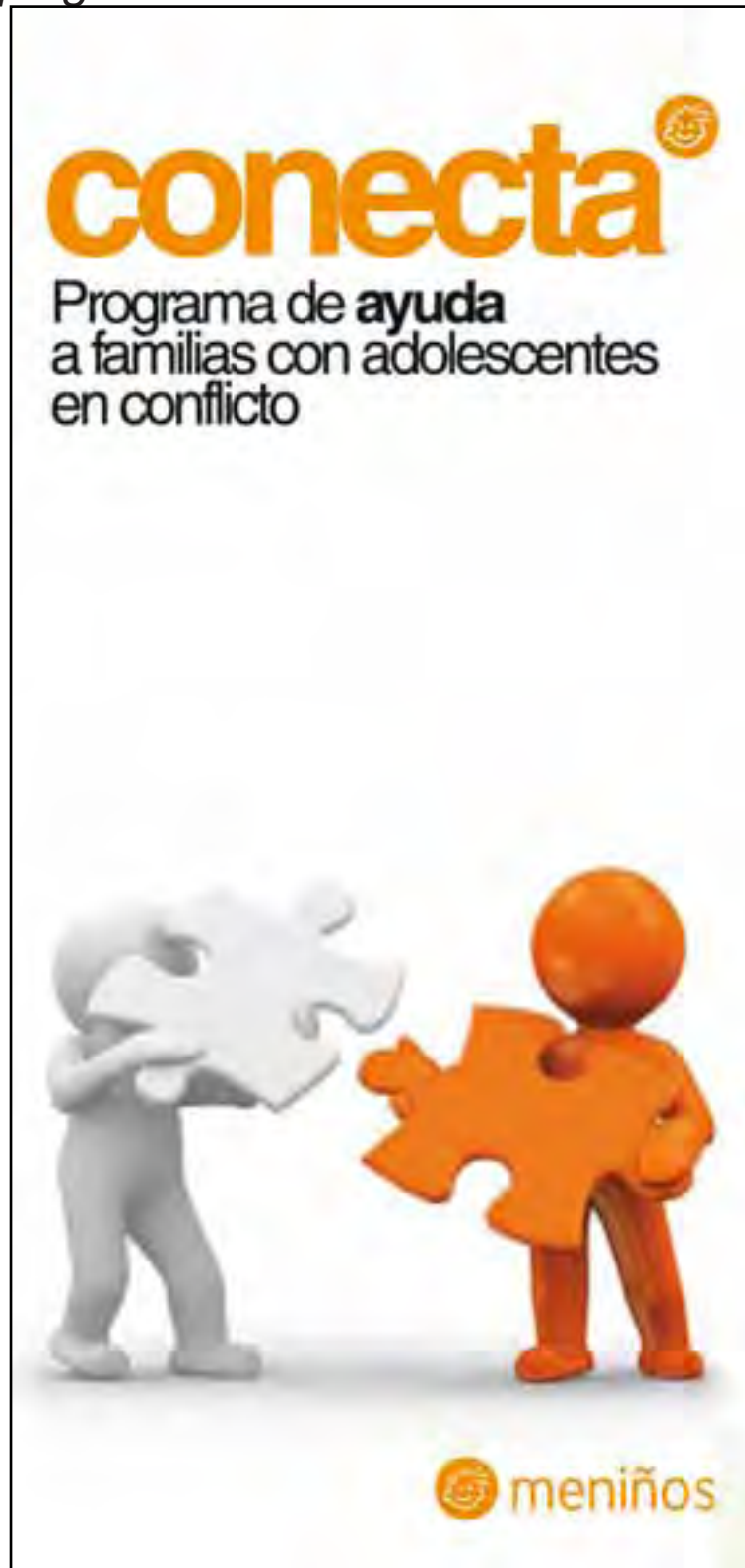
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A metaanalytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 452–464.
- Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*, 113-130.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy, *International Journal of Psychoanalysis, 15*:117-125.
- Strupp, H. H. (1973). The interpersonal relationship as a vehicle for therapeutic learning, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*:13-15.
- Symonds, D., & Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couples therapy. *Family Process, 43*, 443-455.
- Szapocznik, J., Robbins, M.S., Mitrani, B.B., Santisteban, D.A., Hervis, O., & Williams, R.A. (2002). Brief strategic family therapy. In F.W. Kaslow (Ed.), *Comprehensive handbook of psychotherapy: Integrative/eclectic*, Vol 4 (pp. 83-109). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Waldron, H.B. & Turner, C.W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance abuse. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*, 238-261.



Anexos

Anexo 1

Folleto del programa Conecta



Anexo 2

Ficha informativa de la UIICF para las familias

Unidad de investigación en intervención y cuidado familiar (UIICF)

Estas son las preguntas más frecuentes sobre qué es y cómo funciona la UIICF:

¿Qué es?

La Unidad de Intervención y Cuidado Familiar es un servicio que ofrece atención gratuita a familias y personas con problemas diversos. La unidad tiene también la función de formar profesionales y realizar investigaciones para mejorar la calidad de la atención familiar.

¿Qué tipo de problemas se atienden?

La Unidad de Intervención y Cuidado Familiar ofrece una intervención de calidad a familias y personas con diferentes problemas: relaciones de pareja, problemas psicológicos, maltrato, fallecimiento de un familiar, problemas escolares, familias en las que algún miembro padece una enfermedad física crónica, dificultades en la tercera edad, adolescencia, etc.

¿Qué profesionales atienden a las familias?

La unidad está dirigida y atendida por un equipo de profesores de Enfermería y Psicología de la Universidad de A Coruña. En ocasiones, junto con los profesionales y docentes, el equipo está formado por alumnos en prácticas de postgrado o de titulaciones como enfermería, psicopedagogía, psicología, y trabajo social. Siempre, toda la atención ofrecida en la unidad está supervisada por los profesores que tienen el título de expertos en intervención familiar. Además, la unidad cuenta con la colaboración de un grupo de expertos internacionales que asesoran al equipo profesional de la unidad supervisando y evaluando los programas de intervención que se llevan a cabo.

¿Es gratis?

Si, el único compromiso de las personas y familias que son atendidas es cubrir o responder a los cuestionarios que se utilizan para la investigación que se desarrolla en la unidad. Todos los cuestionarios y procedimientos de investigación son anónimos y tienen que ser explicados previamente y ser aceptados por las personas que los cubren.

¿En qué consiste el tratamiento?

El tratamiento se basa en entrevistas con uno de los profesionales de la unidad y su equipo. Por lo general las entrevistas duran entre 40 y 50 minutos. En la sala de entrevista solamente están la persona o personas que son atendidas y un terapeuta. Pero el equipo de apoyo puede seguir la entrevista en otra sala mediante un circuito cerrado de televisión. Las entrevistas también son grabadas en vídeo. Después de cada entrevista el profesional se reúne brevemente con el equipo (unos 10 o 15 minutos) y vuelve de nuevo a hablar con las personas atendidas para transmitirles las sugerencias, prescripciones, consejos, etc. que se considere pueden ser de ayuda.

El tratamiento puede implicar alguna de las siguientes cosas:

- Consejo y asesoramiento ante un problema o dificultad
- Información y educación para conocer y manejarse mejor ante una dificultad o enfermedad
- Terapia familiar para generar cambios en los comportamientos y en la comunicación de las personas involucradas en una situación problemática

¿Cuánto tiempo hace falta?

La duración establecida es de 10 sesiones. Las sesiones pueden ser semanales o cada 2 o 3 semanas. Sin embargo puede resultar suficiente con 2 o 3 sesiones. También puede alargarse el tratamiento si después de 10 sesiones los profesionales y los clientes consideran necesario continuar.

¿Es eficaz la intervención?

En los últimos 3 años se han realizado evaluaciones de la satisfacción de las personas que han utilizado los servicios de la unidad de intervención familiar, tanto al finalizar el tratamiento como en seguimientos realizados por teléfono 6 meses después. En más del 65 % de los casos el resultado se considera positivo. En ningún caso se ha informado de que el resultado haya tenido efectos negativos.

¿Cómo puedo estar seguro de confiar en la unidad de intervención?

Hay tres condiciones que son importantes para sentirse seguro en un tratamiento:

- Que se respete mi intimidad y todo sea confidencial. En la unidad de intervención y cuidado familiar todo el personal tiene el deber de respetar el derecho a la intimidad y confidencialidad de todos los datos, escritos y grabados, así como de la información que se obtiene en el proceso de la relación terapéutica, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización. Tenemos la obligación de obtener por escrito el consentimiento, libre y voluntario, de toda persona que reciba atención en la Unidad y de la grabación de las sesiones. La persona que es atendida conoce personalmente a todo el equipo de trabajo porque todos son presentados desde el primer contacto.
- Que no me sienta obligado. En la unidad todo es voluntario y consultado con todos los usuarios atendidos. Tampoco se permite que nadie obligue a otro familiar a acudir a una entrevista o realizar cualquier actividad relacionada con el tratamiento.
- Que entienda lo que se hace. Una de las directrices básicas del personal de la unidad es explicar siempre a los usuarios todo lo que se hace y resolver cualquier duda que tengan sobre la intervención. No solo se acepta de buen grado, sino que se estimula, que las personas que son atendidas pregunten todo aquello que consideren necesario.

¿Cómo se pide una cita? ¿Qué horario tiene?

Cualquier persona puede pedir una cita, pero la unidad da prioridad a las familias que son derivadas por algunas instituciones y asociaciones con las que tenemos un convenio de colaboración.

El teléfono de contacto es 6461. La unidad tiene consultas los martes, miércoles y jueves de 4 de la tarde a 9 de la noche y los viernes de 10 de la mañana a 2 de la tarde.

¿Dónde está?

La unidad está ubicada en la primera planta (Zona C) del Hospital Básico de la Defensa, San Pedro de Leixa. Ferrol.

¿Quiénes son los responsables?

La Escuela Universitaria de Enfermería es la entidad responsable de la Unidad de Intervención Familiar.

- D. Valentín Escudero, Doctor en psicología, profesor del Departamento de psicología de la UDC y Director de la unidad.
- Dña. Nuria Varela, Diplomada en Enfermería y Licenciada y Doctora en Antropología, Experta en Intervención Familiar, Directora de la E.U. de Enfermería y Podología y Coordinadora de la Unidad.
- Dña, Dolores Romero, psicóloga clínica especialista, experta en intervención familiar por la UDC

Anexo 3

Cuestionarios soatíf para clientes y terapeutas

SOATIF (Terapeuta-individual)

Nombre: _____ Fecha: _____ N° Sesión: _____ N°
Historia: _____

Valore las siguientes afirmaciones y rodee con un círculo:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Lo que hacemos en terapia puede solucionar los problemas de el/los cliente/es	1	2	3	4	5
2. Comprendo a esta cliente.	1	2	3	4	5
3. Las sesiones le sirven al cliente para abrirse (por ejemplo: expresar sentimientos o probar cosas nuevas).	1	2	3	4	5
4. Resulta difícil que el cliente y yo comentemos lo que hay que hacer en terapia.	1	2	3	4	5
5. Estoy haciendo todo lo posible por ayudar a este cliente.	1	2	3	4	5
6. Creo que los clientes se sienten cómodos y relajados en las sesiones.	1	2	3	4	5
7. Siento que estoy trabajando en equipo con mi cliente	1	2	3	4	5
8. Creo que me he convertido en una persona importante para mi cliente.	1	2	3	4	5
9. Hay algún tema del que el cliente no se atreven a hablar en terapia.	1	2	3	4	5
10. El cliente entiende el sentido de lo que se hace aquí	1	2	3	4	5
11. Me faltan conocimientos y capacidad para ayudar a este cliente.	1	2	3	4	5
12. Todos en la familia se ayudan entre si para conseguir en terapia lo que necesitan.	1	2	3	4	5

SOATIF (Terapeuta-familia)

Nombre: _____ Fecha: _____ N° Sesión: _____ N°
 Historia: _____

Valore las siguientes afirmaciones y rodee con un círculo:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Lo que hacemos en terapia puede solucionar los problemas de el/los cliente/es	1	2	3	4	5
2. Comprendo a esta familia.	1	2	3	4	5
3. Las sesiones les sirven a los clientes para abrirse (por ejemplo: expresar sentimientos o probar cosas nuevas).	1	2	3	4	5
4. Los que vienen a terapia quieren conseguir lo mejor para su familia y resolver los problemas.	1	2	3	4	5
5. Resulta difícil que la familia y yo comentemos lo que hay que hacer en terapia.	1	2	3	4	5
6. Estoy haciendo todo lo posible por ayudar a esta familia.	1	2	3	4	5
7. Creo que los clientes se sienten cómodos y relajados en las sesiones.	1	2	3	4	5
8. Todos los que vienen a terapia valoran el esfuerzo y el tiempo invertido por los demás aquí.	1	2	3	4	5
9. Siento que estoy trabajando en equipo con mis clientes	1	2	3	4	5
10. Creo que me he convertido en una persona importante para mis clientes.	1	2	3	4	5
11. Hay algunos temas de los que los clientes no se atreven a hablar en terapia.	1	2	3	4	5
12. Algunos miembros de la familia consideran que sus objetivos son incompatibles con los de los demás.	1	2	3	4	5
13. Los clientes entienden el sentido de lo que se hace aquí	1	2	3	4	5
14. Me faltan conocimientos y capacidad para ayudar a esta familia.	1	2	3	4	5
15. A veces los clientes se muestran a la defensiva en las sesiones	1	2	3	4	5
16. Todos en la familia se ayudan entre si para conseguir en terapia lo que necesitan.	1	2	3	4	5

SOATIF (familia)

Nombre: _____ Fecha: _____ N° Sesión: _____ N°
 Historia: _____

Valore las siguientes afirmaciones y rodee con un círculo:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Lo que hacemos en terapia puede solucionar nuestros problemas.	1	2	3	4	5
2. El terapeuta me comprende.	1	2	3	4	5
3. Las sesiones me sirven para abrirme (por ejemplo: expresar sentimientos o probar cosas nuevas).	1	2	3	4	5
4. Los que venimos a terapia queremos conseguir lo mejor para nuestra familia y resolver los problemas.	1	2	3	4	5
5. Resulta difícil comentar con mi terapeuta lo que hay que hacer en terapia.	1	2	3	4	5
6. El terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarme.	1	2	3	4	5
7. Me siento cómodo/a y relajado/a en las sesiones.	1	2	3	4	5
8. Todos los que venimos a terapia valoramos el esfuerzo y el tiempo invertido por los demás aquí.	1	2	3	4	5
9. Siento que estoy trabajando en equipo con el terapeuta.	1	2	3	4	5
10. Considero que el terapeuta se ha convertido en una persona importante para mí.	1	2	3	4	5
11. Hay algún tema del que no me atrevo a hablar en terapia.	1	2	3	4	5
12. Algunos miembros de la familia consideran que sus objetivos son incompatibles con los de los demás.	1	2	3	4	5
13. Entiendo el sentido de lo que se hace en terapia.	1	2	3	4	5
14. Al terapeuta le faltan conocimientos y capacidad para ayudarme.	1	2	3	4	5
15. A veces estoy a la defensiva en las Sesiones.	1	2	3	4	5
16. Todos en la familia intentamos ayudar a que los demás consigan en terapia lo que necesitan.	1	2	3	4	5

Anexo 4

Hoja de registro de sesiones de la UIICF

Nº Caso:	Fecha 1ª sesión:	Notas tomadas por:
Terapeuta:	Equipo	
Título sesión	Duración:	

Queja/demanda/problema

(describir el problema o la demanda de ayuda en palabras de los clientes; describir las emociones expresadas al contar el problema)

Actitud inicial

solicita

demandante/queja

visitante

rehén

fugitiva

Quién?

Indicadores de mejoría expresados por la familia
¿qué debería ocurrir para que haya un cambio en la escala del problema?

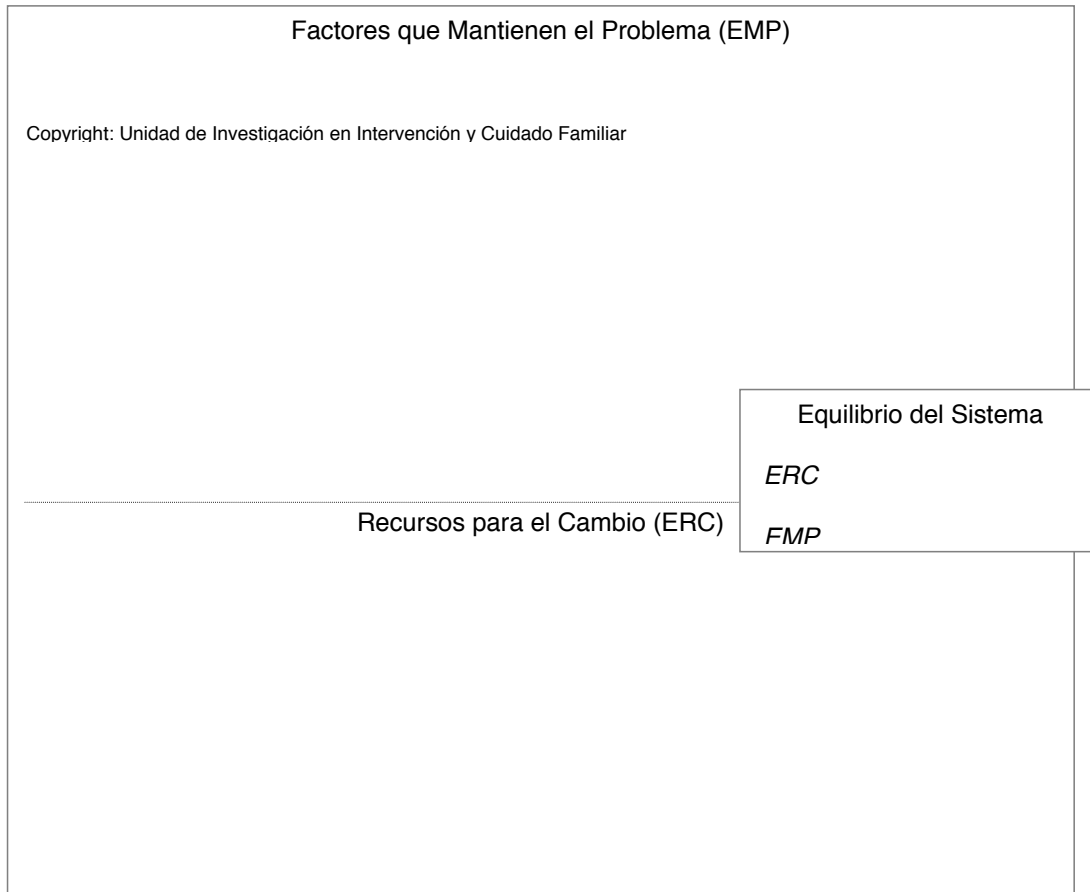
+1

+2

+3

Indicadores de Crisis?

Indicadores de Cronicidad?



Re-encuadre (intervención inicial)

Objetivos

Anexo 5

Modelo de consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Art. 10 de la Ley General de Sanidad (25/4/1986).

Art. 8 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

D/Dña. mayor de edad, con D.N.I., vecino/a de
..... calle teléfono
.....

MANIFIESTO:

Que he sido informado/a de forma verbal por.....en
fecha/...../201....., y que me ha sido entregada por escrito la información
sobre las características referidas al servicio ofrecido en la "Unidad de Intervención y
Cuidado familiar" e igualmente de los beneficios y los inconvenientes que se espera de
mi participación en las sesiones.

He comprendido toda la información que se me ha proporcionado, habiendo sido
aclaradas mis dudas satisfactoriamente, y también que mi participación en las
sesiones es libre y voluntaria. Entiendo que el consentimiento de que se me informa
es requisito para todas las personas que participen en este servicio.

Por lo tanto:

CONOZCO Y CONSIENTO:

- 1) Participar en las sesiones con uno de los profesionales de la Unidad y su equipo en las condiciones establecidas y según me han explicado de forma verbal y por escrito.
- 2) Cubrir y responder a los cuestionarios que se utilizan para la investigación que se desarrolla en la Unidad.
- 3) A que las sesiones que se desarrollan con el terapeuta y su equipo se graben en video con el fin de recoger mejor la información y de hacer posible un trabajo de equipo y supervisión.



- 4) A que el material grabado pueda ser utilizado para la investigación y formación de profesionales, siempre de forma confidencial y sujeto a secreto profesional.
- 5) A la presencia en el equipo, junto con los profesionales y docentes, de estudiantes de postgrado o de titulaciones como enfermería, psicopedagogía, psicología y trabajo social.
- 6) Que la Unidad NO emite informes ni evaluaciones a los usuarios, ni tampoco a otras personas, centros o instituciones
- 7) Se que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.
- 8) Aclaro que he leído y entendido cada párrafo de este documento, y para que así conste:

Firmo dos ejemplares en: a de de 200.....

Firma

Firma del terapeuta

Fdo.....

Fdo.....

El díade..... de 200..... he decidido **REVOCAR** el consentimiento para la realización del procedimiento referido en este documento.

Firma
(o persona autorizada)

Firma testigo

Firma terapeuta

Anexo 6

Cuestionario inicial de problemas



ANEXO 6 – CUESTIONARIO INICIAL DE PROBLEMAS

CUESTIONARIO P1-Pre

Nombre:

Fecha:

Caso n°:

Por favor, escriba los principales problemas por los que viene a la UICF

1.- _____

2.- _____

3.- _____

Ahora, valore en una escala entre 1 y 10 la situación actual de cada uno de los problemas que ha señalado (marque con un círculo)

Para el problema 1:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Muy mal</i>				<i>Bastante bien</i>	<i>Puedo afrontarlo bien</i>				<i>Resuelto, ya no necesito ayuda</i>

Para el problema 2:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Muy mal</i>				<i>Bastante bien</i>	<i>Puedo afrontarlo bien</i>				<i>Resuelto, ya no necesito ayuda</i>

Para el problema 3:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<i>Muy mal</i>				<i>Bastante bien</i>	<i>Puedo afrontarlo bien</i>				<i>Resuelto, ya no necesito ayuda</i>

Anexo 7

Cuestionarios post-sesión (cliente)

Nombre:

Sesión:

Nº Exp:

Fecha:

Valore las siguientes afirmaciones y señale con un círculo:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
El terapeuta me comprende	1	2	3	4	5
Me siento cómodo/a y relajado/a en las sesiones	1	2	3	4	5
Entiendo el sentido de lo que se hace en la terapia.	1	2	3	4	5
Todos en la familia intentamos ayudar a que los demás consigan en terapia lo que necesitan	1	2	3	4	5

	Mucho peor	Peor	Igual	Mejor	Mucho mejor
Después de esta sesión de hoy me siento:	-2	-1	0	+1	+2

Durante la sesión de hoy, ¿ha ocurrido algo relevante para usted?

SI NO

En caso afirmativo, anótelo aquí:

CUESTIONARIO POST-SESIÓN (terapeuta)

Terapeuta:
Nº Expediente:

Sesión:
Fecha:

Valore las siguientes afirmaciones y señale con un círculo:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Siento que estoy trabajando en equipo con mis clientes	1	2	3	4	5
Estoy haciendo todo lo posible por ayudar a esta familia	1	2	3	4	5
Creo que los clientes se sienten cómodos y relajados en las sesiones	1	2	3	4	5
Los que vienen a terapia quieren conseguir lo mejor para su familia y resolver los problemas	1	2	3	4	5
	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
Mi nivel de satisfacción con esta sesión es:	1	2	3	4	5

Anexo 8

Cuestionarios pre-sesión

Nombre

Sesión:

Nº Exp:

Fecha:

Valore las siguientes afirmaciones y señale con un círculo:

	NADA útil	POCO útil	ALGO útil	BASTANTE útil	MUY útil
¿Cómo de útil le resultó la sesión anterior?	1	2	3	4	5

	Ninguna	Ligera	Modera- da	Mucha	Muchísi- ma
¿Ha habido alguna mejoría desde el inicio de la terapia hasta hoy?	1	2	3	4	5

Cómo ve hoy su problema en un escala entre 0 y 10										
Siendo 1 lo peor posible y 10 lo mejor esperable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Ha ocurrido algo relevante o importante en el tiempo transcurrido desde la

sesión anterior hasta hoy? SI NO

En caso afirmativo, anótelos aquí:

Anexo 9

SOATIF observaciones para valorar las sesiones

Caso #	Sesión #	Fecha:	Terapeuta:
	Enganche en el Proceso <i>En esta sesión, ¿el cliente...</i>	<i>Quién</i>	Conexión emocional con el terapeuta <i>En esta sesión, ¿el cliente...</i>
	indica su acuerdo con las metas propuestas por el terapeuta?		comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta?
	describe o discute un plan para mejorar la situación?		verbaliza su confianza en el terapeuta?
	introduce un problema para discutirlo?		expresa interés en aspectos de la vida personal del terapeuta?
	acepta hacer las tareas para casa que se le sugieren?		indica que se siente entendido o aceptado por el terapeuta?
	indica que ha hecho una tarea o la ha visto como útil?		expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta?
	expresa optimismo o indica que ha tenido lugar un cambio positivo?		imita, reproduce, la postura corporal del terapeuta?
	cumple las peticiones del terapeuta para discutir entre ellos o alguna otra interacción?		evita el contacto ocular con el terapeuta?
	se inclina hacia delante (postura corporal) mostrando atención en la entrevista?		<i>rechaza o es reticente a responder al terapeuta?</i>
	menciona el tratamiento , el proceso de terapia, o una sesión en concreto?		<i>tiene interacción hostil o sarcástica con el terapeuta?</i>
	<i>expresa sentirse "atascado" o afirma que la terapia no ha sido o no es útil?</i>		<i>hace comentarios sobre la incompetencia o inadecuación del terapeuta?</i>
	<i>usuario muestra indiferencia acerca de las tareas o del proceso de terapia?</i>		
	Enganche en el Proceso -3 -2 -1 0 +1 +2 +3		Conexión Emocional con el terapeuta -3 -2 -1 0 +1 +2 +3
	Observaciones, comentarios:		Observaciones, comentarios:

Caso #	Sesión #	Fecha	
Terapeuta:			
Seguridad dentro del sistema terapéutico		Compartir el propósito de la terapia en la familia	
<i>En esta sesión, ¿el cliente...</i>	<i>Quién</i>	<i>En esta sesión, ¿la familia...</i>	<i>Quién</i>
indica o afirma que la terapia es un contexto seguro , un lugar en el que confía?		ofrecen un acuerdo de compromiso ?	
varía su tono emocional durante la sesión? (por ej., se ríe o llora)		(humor) comparten entre ellos una broma o un momento gracioso?	
“ abre ” su intimidad ? (por ej., comenta sentimientos dolorosos, intimidades, llora, etc.)		se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista?	
tiene una postura corporal abierta? (relajada; observar la parte superior del cuerpo)		validan mutuamente sus puntos de vista?	
revela un secreto o algo que ningún miembro de la familia sabe?		reflejan-reproducen posturas corporales similares?	
anima al otro miembro de la familia a “ abrirse ” o “decir la verdad”?		evitan el contacto ocular entre ellos?	
pregunta directamente al otro que opine de él/ella como persona o de sus conductas?		se culpan unos a otros ?	
expresa ansiedad de forma no verbal? (por ej., da golpecitos, se agita, se mueve)		devalúan la opinión o perspectiva del otro?	
se protege de forma no verbal ? (por ej., cruza los brazos, no se quita el abrigo o el bolso...)		tratan de aliarse con el terapeuta en contra del otro?	
rechaza o es reticente a la hora de responder cuando otro miembro de la familia le habla?		hacen comentarios hostiles o sarcásticos al otro?	
responde defensivamente a otro miembro de la familia?		no están de acuerdo entre sí sobre el valor, el propósito, las metas, o las tareas de la terapia, o sobre quien debe ser incluido en las sesiones ?	
menciona de forma ansiosa/incómoda, la supervisión, procedimientos de investigación..?			
Seguridad -3 -2 -1 0 +1 +2 +3		Compartir el propósito -3 -2 -1 0 +1 +2 +3	
Observaciones, comentarios:		Observaciones, comentarios:	

SOATIF/SOFTA-O (terapeuta)

Caso #	Sesión #	Fecha:
Terapeuta:		
Contribución del terapeuta al <i>Enganche</i> en el Proceso		Contribución del terapeuta a la <i>Conexión Emocional</i> con el cliente
<i>En esta sesión, ¿el terapeuta...</i>		<i>En esta sesión, ¿el terapeuta...</i>
explica cómo funciona la terapia?		comparte un momento humorístico o una broma con el cliente?
pregunta al cliente acerca de qué quiere hablar en la sesión?		expresa confianza o que cree en el cliente?
estimula al cliente a definir sus metas en la terapia?		expresa interés en el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha?
pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión?		expresa afecto o toca afectivamente al cliente? (dentro de lo apropiado al contexto profesional, por ej., darle la mano)
pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación-sugerencia o hacer una tarea en casa?		desvela reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación?
pregunta al cliente por el impacto o valor de una tarea asignada previamente?		desvela algún aspecto de su vida personal?
expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir?		señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias?
captura la atención del cliente? (por ej., inclinándose hacia delante, usando el nombre del cliente, dirigiéndose a él/ella directamente, etc.)		expresa explícitamente empatía (verbal o no-verbalmente) con las dificultades que sufren los cliente? (por ejemplo, "Se lo duro que debe ser", "Siento tu dolor", o llorar con el cliente)
pregunta si el cliente tiene alguna duda o pregunta que hacer?		normaliza o acoge la vulnerabilidad emocional del cliente? (por ej., llorar, mostrar sentimientos dolorosos)
elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar?		<i>tiene interacciones hostiles o sarcásticas con el cliente?</i>
<i>define metas terapéuticas o impone tareas o procedimientos sin pedir la colaboración del cliente?</i>		<i>no responde a expresiones de interés personal o afecto hacia él por parte del cliente?</i>
<i>discute con el cliente acerca de la naturaleza, propósito o valor de la intervención?</i>		
<i>critica cómo hizo (o por no hacerla) el cliente una tarea para casa?</i>		
Enganche en el Proceso -3 -2 -1 0 +1 +2 +3		Conexión Emocional con el terapeuta -3 -2 -1 0 +1 +2 +3
Observaciones, comentarios:		Observaciones, comentarios:

Caso # Terapeuta:	Sesión #	Fecha
Contribución del terapeuta a la Seguridad dentro del sistema terapéutico		Contribución del terapeuta al sentido de Compartir el propósito de la terapia en la familia
<i>En esta sesión, ¿el terapeuta...</i>		<i>En esta sesión, ¿el terapeuta...</i>
reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir cuestiones privadas?		alienta acuerdos de compromiso entre los clientes?
proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad ?		anima a los clientes a preguntarse entre ellos por sus puntos de vista respectivos?
propicia la discusión sobre elementos del contexto terapéutico que pueden intimidar al cliente? (por ej., equipos de grabación, espejo unidireccional, investigaciones, etc.)		elogia a los usuarios por respetar los puntos de vista de los otros?
ayuda al cliente a hablar sinceramente y a no estar a la defensiva con los demás ?		señala lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los cliente sobre el problema o solución?
intenta contener , controlar, o manejar la hostilidad abierta entre clientes ?		destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades, o sentimientos?
protege activamente a un miembro de la familia de otro? (por ej., de acusaciones, hostilidad, o intrusismo emocional)		anima al cliente a mostrar afecto , interés o apoyo a otro cliente?
cambia la conversación hacia algo agradable o que no genera ansiedad? (programas de la tele, elementos de la sala, etc.) cuando parece que hay tensión o ansiedad		anima a un cliente a pedir confirmación y opinión (feedback) a otro/s?
pide a un cliente (o subgrupo de clientes) que salga de la sala para quedarse solo con un cliente (o subgrupo) durante una parte de la sesión?		no interviene (o queda descalificada su intervención) cuando miembros de la familia discuten entre ellos acerca de las metas , el valor, o la necesidad de la terapia?
permite que el conflicto familiar se escale hacia el abuso verbal, amenazas, o intimidación?		ignora las preocupaciones explicitadas por un cliente discutiendo únicamente las preocupaciones de otro cliente?
desatiende a expresiones claras de vulnerabilidad de un cliente/usuario? (por ej., llanto, defensividad, etc.)		
Seguridad -3 -2 -1 0 +1 +2 +3		Compartir el propósito -3 -2 -1 0 +1 +2 +3
Observaciones, comentarios:		Observaciones, comentarios:

