

**Adolescentes y familias en conflicto: II. Aplicación paso a paso de la intervención
centrada en la alianza terapéutica.**

Cristina Muñiz de la Peña* y Valentín Escudero**

*En prensa, aparecerá en la revista *Sistemas Familiares*, 2010*

*Cristina Muñiz de la Peña, Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar (UIICF) de la Universidad de La Coruña, España.

**Valentín Escudero, Director de la UIICF, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias de la Educación, Campus de Elviña, Universidad de La Coruña, 15071 La Coruña, España.
e-mail: valentin.escudero@udc.es

Resumen

Este artículo ofrece una descripción detallada paso a paso que ilustra cómo se aplica el modelo de terapia familiar focalizado en la alianza terapéutica en el caso de un adolescente. El caso seleccionado como ejemplo sirvió como introducción en el artículo *Adolescentes y familias en conflicto: I. Un modelo de intervención focalizada en la alianza terapéutica* (Escudero y Muñiz de la Peña, 2010) cuya lectura previa se recomienda para darle sentido al presente trabajo. Se trata del caso de Roberto, un adolescente de 17 años que acude a terapia contra su voluntad en compañía de sus abuelos acogedores. El abuelo se queja de la actitud y conducta conflictiva de Roberto, y de su agresividad, sus malos resultados en los estudios, y de su consumo de cannabis. Se describen y explican todos los pasos, sesión a sesión, que fueron necesarios para completar cada uno de los cinco estratos del modelo (Crear alianzas, Valorar qué factores del sistema familiar mantienen el problema, Re-encuadre terapéutico, Promover los cambios, y Terminación).

Palabras clave: alianza terapéutica, adolescentes en conflicto, proceso terapéutico, estudio de caso

Abstract

This article provides a detailed step-by-step description to illustrate how the family therapy model based on the therapeutic alliances is applied with the case of an adolescent. The case selected as an example was introduced in the article *Adolescentes y familias en conflicto: I. Un modelo de intervención focalizada en la alianza terapéutica* (Escudero y Muñiz de la Peña, 2010) which reading is recommended in order to contextualize the present article. The case of Roberto presents a 17-year-old adolescent who attends therapy with his foster grandparents against his will. His grandfather complains about Roberto's troubled attitude and behavior as well as about his aggressiveness, low academic performance, and cannabis consumption. All the steps necessary to complete each of the five stages of the model (Create alliances, Assess problem-maintaining factors, Therapeutic Reframe, Promoting Changes, and Termination) are described and explained session by session.

Keywords: therapeutic alliance, adolescents in conflict, therapy process, case-study

Adolescentes y familias en conflicto II: Aplicación paso a paso de la intervención centrada en la alianza terapéutica.

La formulación de la terapia familiar aplicada en el tratamiento de adolescentes en situación de conflicto que se focaliza en la noción de *alianza terapéutica* (Escudero y Muñiz de la Peña, 2010) se sustenta en una idea aparentemente sencilla: el análisis de cómo se crea y se mantiene la alianza terapéutica (entendida sistémicamente, es decir, las alianzas entre clientes y terapeuta, pero también las alianzas de los miembros del sistema familiar entre ellos) a lo largo del proceso terapéutico. En dicha formulación el proceso terapéutico es definido como un procedimiento de cambio que está condicionado al mantenimiento de la alianza terapéutica, lo cual incluye también una consideración sobre la necesidad de trabajar las rupturas de la alianza en dicho proceso. Desde el punto de vista de la práctica clínica, esta formulación de la terapia requiere de dos herramientas conceptuales: (1) tener una definición clara de qué entendemos por “alianza terapéutica” en el marco complejo de la terapia familiar, incluyendo indicadores observables de la calidad de la alianza; y (2) definir también de manera clara las tareas fundamentales del proceso terapéutico y los pasos que el terapeuta debe ir recorriendo para propiciar el cambio. Dicho de otra forma, como cualquier otra formulación de una forma de hacer la terapia, este modelo se beneficia, a la hora de llevarlo a la práctica, de una operacionalización de los fundamentos teóricos que lo sustentan.

El objetivo del presente artículo es, en coherencia con esta idea de la necesidad de mostrar operativamente la formulación de la terapia, describir los pasos que se van dando en el proceso de terapia focalizada en la alianza terapéutica. Cualquier terapeuta sabe que el proceso de terapia ha de ser flexible y adaptado al cliente para resultar

eficaz. Incluso los modelos de tratamiento más estructurados requieren de una flexibilidad de ritmo y estilo cuando han de ser aplicados a una familia determinada por un terapeuta particular. La literatura sobre “factores comunes” (Sprenkle, Davis, y Lebow, 2009) en psicoterapia nos deja claro que las características particulares del cliente, y también las del terapeuta, son de gran relevancia para el proceso y el resultado. Si utilizamos una metáfora musical, incluso teniendo una excelente y bien escrita “partitura”, el director y la orquesta que la interpretan van a ofrecer “su diferencia”; especialmente, en el caso de la terapia sistémica que podría representarse seguramente mejor como música de jazz. No obstante, la base de cualquier ejecución creativa puede ser una buena partitura. En este artículo pretendemos ofrecer una descripción que pueda ayudar a aplicar la formulación terapéutica basada en la alianza, cuyos fundamentos y directrices generales se presentaron en el trabajo previo de Escudero y Muñiz de la Peña (2010).

La Figura 1 muestra el esquema general de la descripción que se desarrolla a lo largo del presente artículo. El modelo de intervención terapéutica focalizada en la alianza se define mediante la creación y mantenimiento de las alianzas a través del proceso terapéutico. Ese proceso se describe en 5 “estratos”; la metáfora del “estrato” intenta ayudar a transmitir la idea de que las principales tareas del proceso terapéutico no se van cumplimentando de forma lineal como “fases” cronológicas fijas o “módulos” cerrados. La idea de estratos quiere transmitir la necesaria sedimentación de unas tareas del proceso para “sustentar” o servir de base a las siguientes, pero sin incurrir en una idealización del orden en que las cosas se van produciendo en el transcurrir complejo de una terapia. La Figura 1 muestra los pasos concretos que se van dando para completar el proceso de terapia. Utilizamos un caso concreto para dar cuerpo y forma a la descripción de esos 9 pasos que por lo general siempre configuran la formulación del

tratamiento. El número de sesiones que se requieren para cada uno de esos pasos es lógicamente variable y depende del caso particular, pero en la Figura 1 y en el desarrollo de la descripción indicamos el número de sesiones que en realidad se requirieron en el caso que usamos como ejemplo.

El caso es mencionado como ilustración en el artículo de Escudero y Muñiz de la Peña (2010) y se presenta con el nombre (ficticio) del adolescente que motiva la terapia, Roberto. Es un adolescente que está en acogimiento con sus abuelos desde su primera infancia por el fracaso de la corta relación de pareja de sus padres cuando eran muy jóvenes. Un diagnóstico de diabetes ya en su infancia, con la consiguiente necesidad de cuidados médicos que sus padres no podían afrontar por su situación de precariedad económica, puso a Roberto en un ‘acogimiento de hecho’ con sus abuelos. Sus padres estuvieron siempre “ausentes” pero Roberto no perdió totalmente el contacto con su madre, aunque ésta no se responsabilizara nunca de las decisiones sobre su cuidado y educación. Y también tuvo períodos en los que su padre “aparecía” y mantenía cierto contacto (inestable e impredecible) con él. El inicio de la terapia con Roberto está motivada por una secuencia de tres acontecimientos concretos: (1) una agudización de problemas de comportamiento en Roberto: salir sin cumplir el horario establecido por los abuelos, fumar porros, saltarse clases y suspender muchas asignaturas, faltas de respeto a profesores; (2) unas escaladas de agresividad con sus abuelos como consecuencia del infructuoso intento de los abuelos de controlar las dificultades de comportamiento de Roberto; y (3) la desafortunada crisis que se produjo cuando los abuelos decidieron pedir ayuda al padre biológico de Roberto (con el que no habían perdido del todo el contacto) para que él pudiese “imponer respeto”. El padre aceptó esta solicitud de los abuelos y comenzó a venir a la casa de Roberto para advertirle de que se iba a ocupar de controlar su comportamiento inaceptable, lo que

Roberto vivió como una gran traición por parte de sus abuelos, con una gran rabia, y terminó en un incidente en el que una agria discusión entre padre e hijo derivó en agresividad y Roberto propinó a su padre un golpe y un empujón que le arrojaron al suelo. La denuncia que el padre hizo en la policía como víctima de la agresión dio lugar a una prescripción de tratamiento terapéutico al que Roberto está obligado por la justicia juvenil.

Figura 1. Estratos del Modelo de Intervención Focalizado en la Alianza y los Pasos Correspondientes en el trabajo con el caso de Roberto.

Estratos	Pasos correspondientes a cada estrato en la terapia	Sesiones empleadas
Crear y mantener la alianza terapéutica con el adolescente y su familia	Paso 1: Observar y responder a las actitudes iniciales ante la terapia	1
	Paso 2: Crear alianza con el adolescente	2
	Paso 3: Crear alianza con los abuelos	2
Conocer y potenciar el sistema familiar: Valoración inicial del sistema	Paso 4: Análisis del balance en la familia y preparación del re-encuadre	1
Re-encuadre para construir una meta terapéutica “de la familia para la familia”	Paso 5: El re-encuadre sistémico: trabajo conjunto con la familia	1
Promover cambios mediante actuaciones técnicas	Paso 6: Construcción de objetivos e indicadores de cambio	2
	Paso 7: Trabajo de avance –consecución de objetivos- con el adolescente + Ruptura y reparación de la alianza*	4
	Paso 8: Trabajo de avance –consecución de objetivos- con los abuelos	3
Terminación y Emancipación de la familia	Paso 9: Terminación con Roberto y con los abuelos	2
* Obviamente, el trabajo de reparar rupturas de la alianza terapéutica no es un paso fijo del proceso sino una necesidad que puede aparecer en cualquier momento del tratamiento		

1. Primer paso: Observar y responder a las actitudes iniciales ante la terapia

(Sesión 1)

Para comenzar a tejer los fundamentos de una buena alianza con todos los miembros de la familia, es crucial atender a la actitud inicial con la que cada uno de ellos acude a terapia desde el inicio. El mayor reto para el terapeuta en este momento es el de manejar y responder a las actitudes tan dispares, a menudo contrapuestas, con las que los participantes se presentan a la primera sesión. Aun así, el terapeuta debe hacer lo posible por 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. Se dice que no existe tal cosa como un cliente sin motivación; todos, incluyendo los adolescentes, pueden tener una motivación importante para la terapia (Sharry, 2004). 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, y Dakof, 1999; Sharry, 2004).

Para valorar y responder adecuadamente a las actitudes iniciales, resulta útil considerar una tipología frecuente en el marco de los servicios sociales (Escudero, 2009; Friedlander, Escudero y Heatherington, 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, 2009). Esta tipología distingue entre las siguientes actitudes iniciales:

(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 “*victima*” 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-;

y (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 a su vez sabe que ellos saben que tienen que acudir... pero los intentos de contacto iniciales del terapeuta son siempre infructuosos.

En la primera sesión, Roberto comenzó con una actitud de “rehén” y su abuelo como un “demandante con perfil de victima”. Como hemos descrito en el artículo anterior, 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, 2009) de la terapia. El primer paso es recibir al adolescente y su familia de la forma más natural posible y comenzar a definir un contexto de Seguridad. 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.

El proceder de la terapeuta está orientado ya a hacerles ver que entiende la tensión que se 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 de 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. Por tanto, esta primera sesión, enfocada en manejar las actitudes iniciales, cumple un papel crítico a la hora de sentar las bases para la creación de una alianza terapéutica. Para continuar esta labor, se le da una cita a Roberto para tener una sesión individual y otra al abuelo para otra sesión con él y la abuela.

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. Para poder fomentar una conexión emocional con Roberto, ayudarle a ver la terapia como un lugar seguro e importante para él donde sentirse con voz y propósito, la terapeuta debe tener en cuenta sus necesidades relacionadas con el momento evolutivo en el que se encuentra así como las necesidades emocionales relacionadas con sus experiencias de apego y con figuras de cuidado principales a lo largo de su vida.

Con respecto a las necesidades evolutivas propias de la adolescencia, los cambios psicobiológicos por los que pasa el adolescente (p.ej.: mayor necesidad de independencia, desarrollo y necesidad de reafirmar su identidad, mayor consciencia de sus emociones, etc.) imponen grandes cambios tanto para sí mismo como para el resto de la familia. 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. Muchas familias, como la de Roberto, no consiguen hacer frente adecuadamente a estos cambios en comportamiento, roles y expectativas con éxito; bien porque responden otorgando demasiada autonomía, bien porque responden con actitud sobreprotectora y sofocante para el adolescente (como es el caso de Roberto).

Por otro lado, con respecto a las necesidades emocionales que con frecuencia se esconden detrás de situaciones conflictivas entre el adolescente y su familia, es importante considerar el papel de la *historia de apego* del adolescente y las posibles experiencias de *trauma relacional* (abandono, negligencia, maltrato, etc.). Un apego seguro se hace posible cuando el cuidador/a otorga al niño/a suficiente autonomía para explorar el medio, adecuada a su edad y capacidades, a la vez que se mantiene disponible y responde a muestras de vulnerabilidad (física o emocional) (Ainsworth, 1991). En el caso de Roberto, se hace evidente que su historia de apego se ha visto marcada por unos padres física y emocionalmente ausentes y por unos abuelos excesivamente responsivos (física y emocionalmente) como consecuencia a su preocupación desmesurada y sus dificultades para manejar la crianza de un nieto con el desfase generacional que los separa. Muy estrechamente vinculado con la historia de apego, la experiencia de trauma relacional de Roberto se relaciona con las heridas emocionales resultantes de la rabia, tristeza, miedo y estrés asociados a la prolongada ausencia de los padres y la intrusividad de los abuelos (Sheinberg y True, 2009). Sumado a ello, cabe considerar la experiencia reciente que supuso la involucración activa del padre para tratar de controlar el comportamiento de Roberto, lo cual provocó un gran sentimiento de rabia en él y quebró el lazo emocional con los abuelos por

considerarlo una traición.

Para poder conectar con Roberto y hacerle sentir que la terapia es tanto suya como de sus abuelos, es crucial tener en cuenta estos factores y así comenzar a esbozar una conceptualización adecuada de sus dificultades y las de sus abuelos. La terapeuta sigue las directrices iniciales que hemos descrito más arriba: 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 propia “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 él 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 mi 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”.

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”. La terapeuta sigue las directrices que marca el modelo de terapia centrado en la alianza (Escudero y Muñiz de la Peña, 2010): 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 –esto es, su hija y su yerno– 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 la terapia si no 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 trasmite 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 sobre-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.

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 Estructura de mantenimiento del problema (EMP) y la Estructura de recursos para el cambio (ERC), siguiendo el esquema de la Ecuación del balance del sistema familiar (Escudero, 2009). La ecuación del balance que muestra la Figura 2 es una metáfora matemática sirve como herramienta útil y eficiente para valorar la situación de la familia con respecto a los elementos que contribuyen a los problemas y los posibles recursos que se pueden activar en la familia para mejorar su situación. Sobre ese análisis se sustenta y 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 particular de Roberto, esta parte del proceso requirió de una reunión del equipo terapéutico de 80 minutos de duración.

Figura 2. Valoración del sistema familiar del adolescente: Ecuación del balance del sistema.

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

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

- **ERC (Estructura de Recursos para el Cambio):**

La Estructura de Recursos para el Cambio (ERC) 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. En el caso de Roberto, el análisis del equipo llegó a las siguientes conclusiones:

- 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 Roberto y con los abuelos es suficientemente buena.
- 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.

- ***EMP (Estructura que Mantiene el Problema):***

La Estructura que Mantiene el Problema se refiere al conjunto de condicionantes que están manteniendo la situación de riesgo para el adolescente o para el conjunto de la familia 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, etc. El peso de estos factores va a estar determinado por la respuesta a la intervención inicial (RespInt), ya sea una de colaboración que ayudará a generar cambios, ya sea una de indiferencia o conflictiva que obstaculizará el progreso. En el caso de Roberto se observaron los siguientes factores mantenedores:

- La rabia y el sentimiento de abandono y traición que tiene Roberto respecto a sus padres es un factor importante en su conducta agresiva. 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.

- 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. Un aspecto psicológico y relacional que mantiene el conflicto es la influencia que tuvo la historia de abandono-enfermedad de Roberto.

A la hora de elaborar este análisis es importante también considerar el grado de cronicidad y crisis en el que pueda encontrarse la situación conflictiva de la familia. En este sentido, la dinámica sobre-protectora de los abuelos hacia Roberto y de falta de responsabilidad por parte de Roberto está considerablemente cronificada, pero la agresividad y tensión son algo más temporales, habiéndose intensificado en los últimos meses. Por tanto, aunque no existe riesgo inminente aparente, si fue importante mantenerse alerta y evaluar en todo momento el nivel de agresividad y conflicto así como proporcionar en terapia un contexto seguro en el que expresar y aliviar emociones negativas para prevenir conflictos graves fuera.

- ***Preparación del Re-Encuadre:***

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 una centro de día para el adolescente, o condicionar la terapia a un tratamiento médico o de desintoxicación, etc.). Con todo, este análisis va a proporcionar las bases para ir elaborando el re-encuadre de la situación que servirá de guía y marco de referencia durante el resto del proceso terapéutico. Con la información elaborada hasta el momento con Roberto y sus abuelos, se inicia la formulación del re-encuadre:

- 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 sólo se puede hacer si los abuelos generan confianza en Roberto dándole un poco más de autonomía y menos vigilancia.
- Roberto por su parte tiene que generar confianza en sus abuelos respondiendo adecuadamente a la autonomía que se negocie en la terapia.

5. Quinto paso: El re-encuadre sistémico: trabajo conjunto con la familia (1 sesión)

Como señalábamos en el artículo anterior, la primera parte de la construcción de una “meta de la familia para la familia” es lo que llamamos el *re-encuadre sistémico del problema*. La técnica del re-encuadre es conocida como una de las técnicas más eficaces para transformar interacciones negativas en unas más positivas (Robbins y otros, 2003) y la empleamos como herramienta central que va a servir de marco de referencia durante toda la terapia. El propósito es cambiar la defensividad 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 de todos y proyección al futuro. Para ello es necesario formular un re-

encuadre partiendo de la valoración realizada en el paso previo sobre la ERC y la EMP en la familia. Es importante que el re-encuadre no sea impuesto ni que sea una interpretación que no se sustente en la queja de la familia. Para que sea relevante y eficaz, el re-encuadre debe validar no sólo 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.

En una 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” entre ellos; 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 también a no estar vigilando e inspeccionando todo lo que hace y tiene Roberto.

6. Sexto paso: Construcción de objetivos e indicadores de cambio (1 sesión conjunta y 1 sesión con Roberto)

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. 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 o indicaciones (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

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.
4. *Escalar los avances.* Resulta más fácil y más accesible un objetivo en la que sabemos qué tipo de recorrido vamos a tener y por lo tanto en qué momento estamos del proceso de avance, por eso es recomendable ir definiendo pequeños pasos.
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. Este paso puede obviarse cuando la situación de riesgo del adolescente o de la familia no es muy severa.
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 impide 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.

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 de menor reconocen y acuerdan 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.

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 sólo, 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-¿El 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-¿Tu 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- El 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”

7. Séptimo paso: Trabajo de avance –consecución de objetivos- con el adolescente + trabajo de reparación de la alianza (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 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 podría describirse como centrado en soluciones. Este modelo de trabajo puede integrar también técnicas de tipo cognitivo y técnicas activas o psicodramáticas, 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 de forma muy parca pero la terapeuta no interpretó ninguna reticencia sería puesto que había sido el propio Roberto el que en una sesión anterior había suscitado la posibilidad de que la terapeuta conociese a su padre. Así que 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”.

Sin embargo, con gran sorpresa para la terapeuta y para todo el quipo, en la sesión con Roberto que se produce a continuación de la reunión de la terapeuta con el padre, se produce lo que denominamos un episodio de *ruptura de la alianza terapéutica*. Las rupturas de la alianza terapéutica se han definido, en el marco de la psicoterapia individual, como el deterioro en la calidad de la relación, y ocurren con cierta frecuencia en cualquier modalidad de terapia; algunos autores consideran que la “reparación” de la

alianza terapéutica en el proceso de tratamiento permite al cliente la experiencia de una resolución adaptativa o madura de un conflicto interpersonal (Safran, Crocker, McMMain, & Murray, 1990). Esa experiencia de reparación de un proceso interpersonal puede ser de gran ayuda para un adolescente como Roberto, tanto si lo tomamos como un aprendizaje o como una experiencia emocional correctiva; de hecho, en nuestra formulación de la terapia integramos el fenómeno de la ruptura y reparación de la alianza como un importante mecanismo que ayuda al cambio (Safran & Muran, 1996; 2000).

Las rupturas varían en intensidad, frecuencia, y duración, por lo que podríamos definir las como un continuo que va desde ligeras fluctuaciones apenas perceptibles en episodios menores dentro del curso de la terapia, hasta el conflicto serio en la relación terapéutica que es difícil de resolver y puede ser la antesala de una abandono de la terapia.

En el caso de Roberto, la ruptura se expresó desde el inicio de la sesión puesto que éste había sabido a través de los abuelos que la terapeuta había tenido ya una sesión con su padre y que éste había informado de los detalles de la misma a los abuelos. Aunque la reacción negativa de Roberto no provenía directamente del hecho de que la terapeuta hubiese tenido esa reunión (ya que él mismo había dado su visto bueno) sino de lo que él interpretó como un nuevo episodio de “compadreo” de sus abuelos con su padre, el hecho es que Roberto se mostró enfadado con la terapeuta, dando indicaciones claras de que “no se si me puedo fiar de todo esto”. La terapeuta ha de seguir aquí las directrices más esenciales de un modelo que considera la alianza como un proceso esencial: no justificar la acción que ha producido la ruptura de la alianza –la entrevista con el padre– y no contradecir o criticar los sentimientos de “traición” de Roberto. De hecho la terapeuta se centró en transmitir a Roberto que entendía los sentimientos que le

asaltaban de desconfianza y le hizo ver que quizás no valoró suficientemente el daño que este contacto con el padre podría producirle. Usó este incidente para pedir a Roberto una mayor auto-reflexión sobre su sentimiento de abandono y su desconfianza en las relaciones afectivas. La terapeuta habla de forma directa y sincera sobre el efecto de este incidente en su relación con Roberto, algo a lo que éste no está acostumbrado ya que apenas nunca ha experimentado este tipo de conversación con sus padres sobre las expectativas y las frustraciones que se han producido en sus relaciones. Por supuesto que Roberto ha tenido “discusiones” y “enfrentamientos” relacionados con lo que él ha considerado “injusto” en el trato con su padre o con sus abuelos. Pero no había tenido una conversación sustentada en un clima de honestidad y afectividad.

La terapeuta consiguió a lo largo de la sesión un cambio positivo en el tono emocional de Roberto, una recuperación de la confianza. Aprovechó este cambio para comentarle las impresiones particulares que le había provocado conocer a su padre (algo que despertó la curiosidad de Roberto), intentando ayudarle a él a entender mejor sus sentimientos de rechazo y rabia hacia su padre. Un indicador del éxito de esta intervención de “reparación” de la alianza es que posteriormente a esta sesión, Roberto contó que había ido por iniciativa propia a ver a su padre. A pesar de que esta visita 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, lo que facilitó enormemente enfocar la terapia en los objetivos personales de emancipación de Roberto.

8. Octavo paso: Trabajo de avance –consecución de objetivos- con los abuelos (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 sobreprotección 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.

1.1. *Noveno paso: Trabajo familiar conjunto y final* (2 sesiones)

Cerrar y concluir la intervención es la tarea final del proceso pero no por ello la menos importante. La finalización del trabajo terapéutico es un “estrato” que se asienta en los demás pero que tiene una gran importancia porque implica tareas que ayudan a afianzar los progresos alcanzados, a prevenir recaídas y riesgos futuros y, por último, a expresar emociones de tristeza y miedo por la despedida e independencia de la terapia. 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 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 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 por personas y entidades externas a la misma (amigos, familiares, el colegio, los vecinos, etc.). Asimismo, la fase final de la terapia debe permitir un espacio a los miembros de la familia para expresar sus emociones acerca del trabajo realizado y de lo que supone desligarse del terapeuta.

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 sesión 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 tu Roberto? ¿Y ustedes? ¿Cuál sería el primer signo? ¿Cómo usarías u 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?”

Referencias

- Ainsworth, M.D.S. (1991), Attachments and other affectional bands across the life cycle. En C.M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, y P. Marris (eds). *Attachment across the life cycle*. London: Routledge.
- Berg, I. K. y Miller, S. D. (1992), *Working with the problem drinker: A solution focused approach*, Nueva York, Norton,.
- Dejong, P. y Berg, I. K.(1998), *Interviewing for solutions*, Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1998.
- Diamond, G. M., Hogue, A., Liddle, H. A. y Dakof, G. A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy*, 36 (4), 355-368.
- Escudero, V. (2009), *Guía Práctica de la Intervención Familiar*. Junta de Castilla y León.
- 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).
- 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 (4), 534-544.

- Safran, J.D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic Alliance Rupture as a Therapy Event for Empirical Investigation. *Psychotherapy, 27*, 154-165.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (1996). The Resolution of Ruptures in the Therapeutic Alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 447-458.
- Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance: a relational treatment guide*. New York: The Guilford Press.
- Sharry, J. (2004). *Counselling children, adolescents and families: a strengths-based approach*. Thousand Oaks: Sage.
- Sheinberg, M. y True, F. (2009). Treating family relational trauma: A recursive process using a decision dialogue. *Family Process, 47* (2), 173-195.
- Sprenkle, D.H., Davis, S.D., y Lebow, J.L. (2009) *Common Factors in Couple and Family Therapy: The Overlooked Foundation for Effective Practice*. NY: Guildford Press.