

Adolescentes y familias en conflicto:

Un modelo de intervención focalizada en la alianza terapéutica

Valentín Escudero* y Cristina Muñiz de la Peña**

En prensa, aparecerá en la revista Sistemas Familiares, 2010

* Valentín Escudero, 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

**Cristina Muñiz de la Peña, Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar de la Universidad de la Coruña.

Adolescentes y familias en conflicto: Un modelo de intervención focalizada en la alianza terapéutica

Resumen

La terapia familiar con adolescentes en conflicto presenta una dificultad muy común y que determina en gran medida el éxito del tratamiento: el rechazo a la terapia por parte del adolescente que se siente obligado o “rehén” y la focalización de los padres en el adolescente como “culpable” del problema. Esta dificultad se evidencia de manera especial en la creación de un sistema terapéutico con la familia y el adolescente, pero es una clave de todo el proceso de intervención. El presente artículo describe una formulación de terapia familiar con adolescente focalizada en la creación de alianza terapéutica y sustentada en un modelo conceptual y metodológico sobre la alianza terapéutica en el trabajo conjunto con el adolescente y la familia. Dicho modelo se basa en cuatro dimensiones que guían el proceso de intervención: conexión emocional con el cliente, creación de seguridad en el contexto terapéutico, enganche en el proceso de terapia, y sentido dentro de la familia de compartir el propósito de la terapia.

Family therapy with adolescents in conflict presents a common challenge which determines considerably success in treatment: the adolescent rejects therapy for feeling obliged, like a “hostage”, and parents focusing on the adolescent as the one to blame for their problems. Although this challenge is a key component throughout the whole therapy process, it is particularly evident in early efforts to create a therapeutic system with the family and the adolescent. The present article describes a family therapy approach working with adolescents focused on the creation of a therapeutic alliance and sustained upon a conceptual and methodological model regarding the therapeutic alliance in conjoint work with families and adolescents. Such model is based on four dimensions which guide the intervention process: emotional connection with the client, creation of a safe therapeutic environment, engagement in the therapeutic process, and shared sense of purpose among family members and the therapist.

1. Introducción

El objetivo de este artículo es describir un modelo de trabajo terapéutico con adolescentes, un modelo que incluye a la familia en el tratamiento y que se sustenta en la creación de alianzas terapéuticas con el adolescente y la familia. Esa creación de alianzas es entendida como un mecanismo para re-conectar a los miembros de la familia tanto en el plano emocional como en la capacidad de hacer cosas juntos y cooperar en el desarrollo psicológico y social del adolescente. Las fuentes principales de esta formulación del trabajo terapéutico son el modelo 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; Friedlander y otros, 2006-2009), la *Guía Práctica para la Intervención Familiar* en el contexto de los servicios sociales (Escudero, 2009) y la experiencia de trabajo clínico e investigación con adolescentes y familias en la Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar de la Universidad de A Coruña (UIICF) que en asociación con la Fundación Meniños desarrolla el programa terapéutico ‘*Conecta*’ dirigido a adolescentes y familias.

2. Roberto y su familia

Usaremos el ejemplo de Roberto, un caso atendido en la UIICF (lógicamente con cambios en nombres y otros datos identificativos), como ejemplo para explicar de manera más aplicada y específica el modelo de intervención.

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 a la terapeuta, 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 terapeuta 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 períodos 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.

En una situación como la de este adolescente 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 en este artículo:

- ¿Quiénes han de formar parte del tratamiento?
- ¿Cómo manejar la tensión y el conflicto inicial para hacer posible una ayuda terapéutica para un adolescente como Roberto y su familia?
- ¿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 cuando el adolescente se siente obligado?
- ¿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 y genera una gran dificultad en el inicio de una terapia. La misma dificultad se presenta en otras ocasiones con adolescentes con sintomatología depresiva u obsesiva, y con adolescentes que interiorizan su agresividad y su rabia hacia ellos mismos.

3. Crear el sistema terapéutico

¿Quiénes han de formar parte del tratamiento?

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 familia 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): hay motivos para pensar que el tratamiento conjunto del adolescente y de la familia, además de mostrar eficacia equivalente a tratamientos individuales (Pinsof y otros, 1996; Shadish y otros, 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 y otros, 2006; Shirk y otros, 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 concurran motivos y expectativas en conflicto (Beck y otros, 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 ejemplo, 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 ejemplo, el padre considera que el hijo “necesita un escarmiento” y no le vendría mal ser expulsado, la madre quiere que la terapia sirva para que el “padre aprenda a tratar mejor a su hijo”, el hijo quiere simplemente cumplir con el requisito de algunas sesiones para “que se aleje la amenaza” de una expulsión). 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 y otros, 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, o 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. Cuando esa coerción está sustentada en una obligación explícita y reconocida tanto por la familia como por el terapeuta, este puede planificar sistemáticamente –incluso como una forma de procedimiento rutinario para comenzar la terapia en ese tipo de contexto– algunas estrategias apropiadas para conseguir alianza. Por ejemplo, durante la primera sesión el terapeuta debería hablar con los miembros de la familia acerca de la presión o el mandato legal que les ha llevado allí, con el fin de negociar los objetivos y los términos de la terapia, así como el tipo de relación que se va a establecer considerando los límites legales a los que todos –incluido el terapeuta– están obligados. Sin dejar de tener un tono amable y comprensivo con la incomodidad de la familia, el terapeuta debe ser claro y transparente con respecto a su compromiso con la instancia que les ha derivado a tratamiento, y especificar cualquier condición impuesta por terceras partes (los Servicios Sociales de Protección, el Juzgado de Menores, etc.). Si estimula una discusión abierta sobre lo que sienten y piensan sobre el tema, el terapeuta demostrará que intenta crear una atmósfera de confianza y libertad dentro de los límites impuestos por la institución de referencia. El terapeuta está marcando de esta forma los límites de “control” en los que se tiene que inscribir la “ayuda” terapéutica que está ofreciendo (Escudero, 2009).

Cuando la presión es encubierta, es decir, cuando la terapia es “en teoría” voluntaria pero no lo es genuinamente para la familia o para alguno de sus miembros

porque se sienten obligados o tienen algún temor (por ejemplo, cuando la familia ha aceptado la “recomendación” de iniciar una terapia por una institución que tiene el poder de “retirar” a los menores del seno de la familia), el terapeuta tiene que poner más atención a los indicadores –a veces sutiles– de cuáles y cómo son esas presiones ocultas. Una sensibilización adecuada y un conocimiento de las diferentes dimensiones de la alianza, que describimos más abajo en este artículo, facilitan esta labor. Uno de los indicadores evidentes de que la familia acude a la terapia bajo la presión de una coerción externa institucional suele ser la dificultad de “conectar emocionalmente” con el terapeuta, así como una reticencia clara con respecto a colaborar en las tareas y procedimientos de la terapia. El terapeuta no debería avanzar en el proceso terapéutico sin hablar con la familia de todas estas reticencias y de cómo se relacionan con el contexto en que “se han visto en la obligación” o “han tenido que acudir” a la terapia.

¿Cómo manejar la tensión y el conflicto inicial para hacer posible una ayuda terapéutica para el adolescente y su familia?

Dentro de la complejidad de la dinámica de relaciones iniciales que afectan a la creación de una buena relación terapéutica con la familia hay dos aspectos de gran relevancia (Friedlander y otros, 2006): (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, el proceso de trabajo con el adolescente y la familia incluye sesiones individuales con el adolescente y sesiones con los padres. En las sesiones individuales el adolescente 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 de que el terapeuta desvele algo que han contado en sesiones separadas (solo con los padres o sólo con el adolescente). Al igual que los miembros de la familia no pueden esquivar un secreto cuando alguno de ellos decide destapararlo, 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, 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 y otros, 2008).

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 este 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. La ansiedad está presente 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 y otros, 2009; Carpenter y otros, 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 estos 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 (de forma verbal y no verbal) al terapeuta sus sentimientos y reacciones, sino que expresa también en cierta manera (generalmente indirecta) los sentimientos y reacciones de todos los demás que están en la sala (Pinsof y otros, 1986; Rait, 1988).

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 dos o tres veces a la semana con él por teléfono.

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 y otros, 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 y otros, 2009); 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.

4. Fundamentos del modelo de intervención

En el apartado 4 de este artículo describimos –con el mayor detalle posible dentro de las limitaciones de espacio– el modelo de intervención familiar con adolescentes. Previamente presentamos en este apartado los fundamentos de dicho modelo (aunque entendemos que una perspectiva de interés eminentemente clínico podría invertir el orden de interés del lector y tomarse la licencia de ir primero a la formulación del tratamiento para interesarse después por su fundamentación). En concreto, 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 familiar, y (b) *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, “Los Factores y 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 de 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 y otros, 2008; Friedlander y otros, 2006-2009) 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 (Escudero y otros, 2010). La alianza terapéutica, definida en el modelo concreto (SOFTA-SOATIF) de cuatro dimensiones que describimos más abajo, 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 otros, 2006; Johnson y otros, 2002).

4.1. 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 y otros, 2008, Escudero y otros, 2010). 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 y otros, 2006).

El uso del término *alianza* en psicoterapia ha tenido una larga y significativa historia en el ámbito de la psicoterapia, y se puede afirmar que fue originalmente planteado por Freud (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 otros, 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 y otros, 2009, cap. 1, págs. 19-50). 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 transferencial. Estos autores aportaron una perspectiva nueva centrando su atención en la adaptación del paciente a la realidad y en los aspectos positivos y no transferenciales 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 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, etcétera). 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. Este autor 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 otros, 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 la descrita por 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 y otros, 1978), en el que la estricta neutralidad y las intervenciones prescriptas 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 otros, 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 (entre 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).

4.2 La investigación

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 y otros, 2006; Horvath y otros, 1991).

La investigación mediante técnicas de meta-análisis 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 otros, 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 otros, 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 y otros, 2000), encontró una medida de efecto ligeramente más baja pero todavía significativa de .22. No obstante, 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.

El único estudio de meta-análisis sobre la relación entre alianza terapéutica y resultado de la terapia centrado exclusivamente en terapias de pareja y familia (Friedlander y otros, en prensa) analizó 24 estudios y encontró un tamaño de efecto de .26 claramente significativo ($z=8.13$; $p<.000$) mostrando por lo tanto una asociación entre alianza y resultado muy similar a la encontrada en estudios de psicoterapia individual.

Sin embargo, es notorio que, a diferencia del amplio bagaje de investigación sobre la relación entre la alianza y el resultado del tratamiento en el marco de la psicoterapia con adultos, la investigación empírica sobre el papel de la alianza terapéutica con los adolescentes ha sido hasta el momento muy escasa (Friedlander y otros, en prensa; Shirk y otros, 2003; Shelef y otros, 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 ál.* (Karver y otros, 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 y otros, 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 y otros, 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 y otros, 2006; Robbins y otros, 2003, Symonds y otros, 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 y otros, 2000; Friedlander y otros, 2006), aunque no es este el caso en algunos programas de intervención orientados al adolescente (Muñiz de la Peña y otros, 2008). Un estudio que evaluó la eficacia de intervenciones centradas en el adolescente (Hogue y otros, 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.

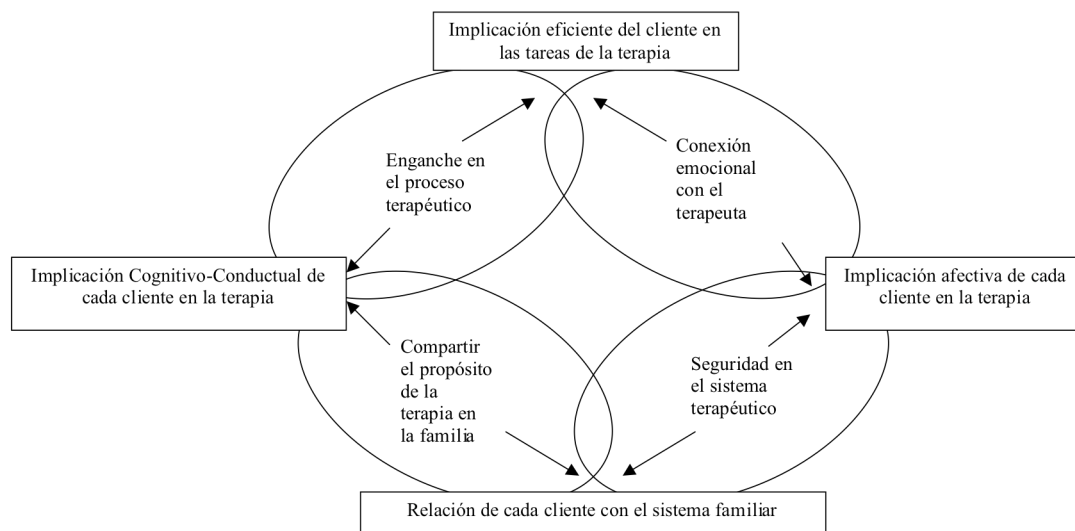
4.3 El modelo SOFTA-SOATIF

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 este y el terapeuta) que fueron claramente definidas por Bordin (1979)¹.

El proceso empírico de desarrollo y validación del SOATIF (Friedlander y otros, 2006) concluyó en un modelo de cuatro dimensiones que configuran en conjunto la alianza terapéutica (Figura 1): *Enganche en el proceso terapéutico*, *Conexión emocional con el terapeuta*, *Seguridad dentro del sistema terapéutico* y *Sentido de compartir el propósito en la familia*.

¹ 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.

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 dimensiones restantes (Seguridad y Sentido de compartir el propósito en la familia) son más diferenciales de la terapia de pareja y familia; la primera 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 segunda dimensión se refiere específicamente a lo que Pinsof (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 para 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 video, y un autoinforme, SOATIF-s, (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. En cuanto al cuestionario de autoinforme (SOATIF-s) se deriva directamente del instrumento observacional y se compone de 16 ítems de fácil aplicación con clientes mayores de 13 años.

El SOATIF ha sido utilizado con fiabilidad en la investigación de procesos en la terapia familiar conjunta (Beck y otros, 2006; Escudero y otros 2008; Friedlander y otros, 2008; Muñiz de la Peña y otros, 2009), también ha mostrado utilidad para el entrenamiento y la supervisión de terapeutas familiares en sus comienzos profesionales (Carpenter y otros, 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.

5. Estructura del modelo de intervención: cinco estratos

¿Cómo proceder paso a paso para completar el tratamiento?

La formulación de la terapia en nuestro modelo está estructurada en cinco niveles que no son fases cronológicas rígidas, por lo 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 en detalle los dos aspectos más nucleares y específicos del modelo de trabajo: la creación de una alianza de trabajo con el adolescente y la familia, y el “re-encuadre sistémico” como medio de construir metas y objetivos de la familia para la familia. Estos aspectos ofrecen respuesta a las otras preguntas formuladas en la introducción de este artículo:

- *¿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 cuando el adolescente (o la familia) se siente obligado?*

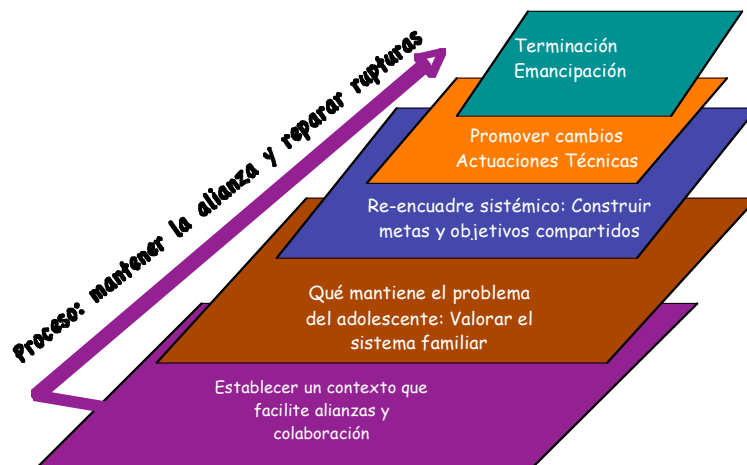


Figura 2. Representación gráfica de la estructura el modelo de intervención en forma de cinco “estratos” o tareas

5.1 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 cuatro 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 y otros, 2009):

(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); este 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, 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: (a) la participación del adolescente en la definición de las metas y objetivos, (b) 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 (c) 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 pre-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 escucharte y echarte 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, 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 fijan en cómo los otros hablan sobre el profesional cuando este 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 este 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 adolescentes. Esta dimensión se ha de generar dentro del sistema familiar, es decir, se trata de la alianza entre los miembros de la familia 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 este sentido 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) (Diamond, 2005; Diamond y otros, 2003) 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.

5.2 Re-encuadre para construir una meta terapéutica “de la familia para la familia”

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 a 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 fortalezas del conjunto (Coulehan, y otros, 1998) mediante la exploración de todos los recursos de la familia para el cambio. 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”.

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 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 porque 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 “enredes” 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.

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**”, estas 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 qué deben hacerlo, etcétera.
- 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.

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.

Referencias

- 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(3), 355-368.
- 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(3), 252-260.
- Bourduin, C. M.; Henggeler, S. W.; Blaske, D. M. y Stein, R. (1990), Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34(2), 105-113..
- Bourduin, C. M.; Mann, B. J.; Cone, L. T.; Henggeler, S. W.; Fucci, B. R.; Blaske, D. M. y Williams, R. A. (1995), Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 63(4), 569-578.
- Bowen, M. (1966), The use of family theory in clinical practice. *Comprehensive Psychiatry*, 7 (5), 345-374.
- Brosnan, R. y 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, págs. 131-154.
- Carpenter, J.; Escudero, V., y Rivett, M. (2008), Training family therapy students in

- conceptual and observation skills relating to the therapeutic alliance: an evaluation, *Journal of Family Therapy*, 30 (4):411–424.
- Castonguay, L. G.; Constantino, M. J., y Holtforth, M. G. (2006), The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (3), 271-279.
- Cormack, C., y 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*, 3 (1):17-33.
- Dejong, P. y Berg, I. K. (1998), *Interviewing for solutions*, Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- De Rubeis, R. J. y Feeley, M. (1990), Determinants of change in cognitive therapy for depression, *Cognitive Therapy and Research*, 14(5):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*, Hoboken, NJ, Wiley & Sons, págs. 17-41.
- Diamond, G. M.; Diamond, G. S. y Liddle, H. A. (2000), The Therapist–parent alliance in family-based therapy for adolescents, *JCLP/In Session: Psychotherapy in Practice*, 56(8), 1037–1050.
- 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.
- 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.
- Escudero, V. (2009), *Guía Práctica de la Intervención Familiar*. Junta de Castilla y León.
- Escudero V.; Friedlander, M. L.; Varela, N., y Abascal, A. (2008), Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes, *Journal of Family Therapy*, 30(2), 194–214.
- Escudero, V.; Heatherington, L., y Friedlander, M. L. (2010), Therapeutic alliances and alliance building in family therapy. En C. Muran y J. Barber (eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based approach to practice and training*. NY: Guilford.
- 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(4), 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 trad.), *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*, Washington, DC, American Psychological Association, págs. 67-84.

- Friedlander, M.; Escudero, V., y Heatherington, L. (2009), *La Alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja*, Barcelona, Paidós .
- Friedlander, M.; Escudero, V. y Heatherington, L. (2006), *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy: An Emprically Informed Guide to Practice*. Washington, DC, APA Books.
- 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(2) ,214-225.
- Friedlander, M. L.; Escudero, V.; Heatherington, L., y Diamond, G. (en prensa). Alliance in couple and family therapy. En en J. C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work, 2nd edition*,. Nueva York, Oxford University Press.
- Friedlander, M. L.; Lambert, J.; Escudero, V., y 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(1), 75-87.
- Henggeler, S. W.; Schoenwald, S. K.; Borduin, C. M.; Rowland, M. D., y Cunningham, P. B. (1998), *Multisystemic treatment for antisocial behavior in Routh*, Nueva York, Guilford Press.
- Hogue, A.; Dauber, S.; Stambaugh, L. F.; Cecero, J. J., y 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(1), 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*, Nueva York, Oxford University Press, págs. 37-69.

- 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(2), 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*, Nueva York, W. W. Norton, págs. 3-28.
- Johnson, S. M. y Greenman, P. S. (2006), The path to a secure bond: Emotionally focused couple therapy, *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), 597-609.
- Johnson, L. N.; Wright, D. W., y Ketring, S. A. (2002), The therapeutic alliance in home-based family therapy: Is it predictive of outcome? *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(1), 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(3):532-539.
- Karver, M.; Shirk, S.; Handelsman, J. B., y Fields, S. (2008), Relationship process in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building behaviors, and client involvement, *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16(1), 15-28.
- Karver, M. S.; Handelsman, J. B.; Fields, S y 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(1), 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, Hoboken, NJ, Wiley & Sons, págs. 128-163.
- 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(3), 438-450.
- Mitchell, K. y 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, Londres, Taylor & Francis Inc, págs. 233-257.
- Moore, M. y Carr, A. (2000), Anxiety disorders. In A. Carr (eds), What works with children and adolescents? A critical review of psychological interventions with children, adolescents and their families, Londres, Taylor & Francis Inc, págs. 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(1), 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*, Washington, DC, American Psychological Association, págs.3-14.
- O'Halloran, M., y 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*. Londres, Taylor & Francis Inc, págs. 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(2), 137-151.
- Pinsof, W. M.; Wynne, L. C., y Hambright, A. B. (1996), The outcomes of couple and family therapy: Findings, conclusions, and recommendations. *Psychotherap: Theory, Research, Practice, Training*, 33(2), 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*, Washington, DC, American Psychological Association, págs. 171-191.
- Robbins, M. S.; Liddle, H. A.; Turner, C. W.; Dakof, G. A.; Alexander, J. F., y Kogan, S. M. (2006), Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in Multidimensional Family Therapy, *Journal of Family Psychology*, 20(1), 108-116.
- Robbins, M. S.; Turner, C. W.; Alexander, J. F., y 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.
- Rowe, C. L., y Liddle, H. A. (2003), Substance abuse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(1), 97-120.
- 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., y 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(4), 345-360.
- Shapiro, R. J.(1974), Therapists' attitudes and premature termination in family and individual therapy, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 159(2), 101-107.
- Shelef, K.; Diamond, G. M.; Diamond, G. S., y Liddle, H. A. (2005), Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 689-698.
- Shirk, S. R., y 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(3), 452-464.
- Sprenkle, D. H. y Blow, A. J. (2004), Common factors and out sacred models, *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113-129.
- 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(1), 13-15.
- Symonds, D., y Horvath, A. O. (2004), Optimizing the alliance in couples therapy, *Family Process*, 43(4), 443-455.
- Szapocznik, J.; Robbins, M. S.; Mitrani, B. B.; Santisteban, D. A.; Hervis, O., y Williams, R. A. (2002), Brief strategic family therapy. In F.W. Kaslow (ed.), *Comprehensive handbook of psychotherapy: Integrative/eclectic, Vol 4* Hoboken, NJ, Wiley & Sons, págs. 83-109.
- Waldron, H. B. y Turner, C. W. (2008), Evidence-based psychosocial treatments for

adolescent substance abuse, *Journal of Clinical child and Adolescent Psychology*, 37(1), 238-261.