



Mark Beyebach

Universidad Pública de Navarra. Departamento de Psicología.
mark.beyebach@unavarra.es

Margarita Herrero de Vega

Alianza Española de Terapia Sistémica Breve. www.aetsb.org
margadevega@hotmail.com

“MÁS PAPAS Y MENOS PASTILLAS”: LA TERAPIA FAMILIAR COLABORATIVA Y BASADA EN FORTALEZAS EN LA INTERVENCIÓN CON NIÑOS Y SUS FAMILIAS (1)

¿Estamos perdiendo la batalla? La conceptualización de los problemas infantiles en la sociedad actual

Ángela, una mujer de unos 40 años, llamó para pedir una cita para su hija Ana, de 10. Según refirió por teléfono, la pequeña llevaba varios años comiendo “fatal”, estaba muy baja de peso y recientemente había empezado a hacer “cosas raras” con la comida, como escupirla y esconderla bajo la cama. La habían llevado a un psiquiatra infantil el año anterior, pero la situación no había mejorado con la medicación que éste le había prescrito, que sin embargo sí había llevado a un descenso en el rendimiento escolar de la niña. Además, había empezado a mostrarse “muy rebelde” y a “contagiar” a su hermano Sergio, de 12 años. Aunque Ángela pretendía que tratáramos solamente a su hija, “para motivarla y que entienda que debe comer”, conseguí persuadirla de que su marido y su hijo Sergio vinieran también a la primera entrevista. Ángela puso inicialmente muchas objeciones, señalando que su marido tenía una agenda laboral muy cargada y que en realidad la que se encargaba de la educación de los niños era ella, pero aceptó cuando le expliqué que la terapia de su hija sería más rápida y más exitosa si podía contar con todos. El día de la cita llegaron primero la madre y los dos hijos; el padre se presentó un cuarto de hora más tarde. Cuando pasé a recogerles a la sala de espera para iniciar la entrevista, me encontré un interesante panorama: el padre tenía puestos unos auriculares y, según me comentó luego, estaba en mitad de una teleconferencia; la madre chateaba desde su Blackberry con unas amigas; Ana estaba viendo una película en su iPad y Sergio se había sentado en el suelo absorto en su Nintendo.

Este caso ilustra bien el contexto en el que se desarrolla una parte importante de los problemas de los niños españoles actuales, al menos de los que se crían en familias de clase media y media-alta. Un contexto social y cultural caracterizado por el consumismo tanto de mayores como de pequeños y por una cultura del éxito que lleva a menudo a sobrecargar a los niños con un exceso de actividades extraescolares y a imponerles un elevado listón de exigencia académica. Todo ello, en un entorno familiar impregnado de un sexismo no por soterrado menos efectivo, en el que siguen siendo las madres quienes se responsabilizan de las labores domésticas y de la crianza de los hijos, por mucho que trabajen también fuera de casa; doble jornada que lleva aparejada, también, una doble dosis de culpabilización cuando la educación de los hijos se complica y aparecen los problemas.

1 Este texto es un manuscrito previo a la publicación del artículo en la revista “Sistemas Familiares” y cedida por los autores a esta web.

Además, la sobrecarga laboral de ambos progenitores y el estrés constante de la vida cotidiana propician que los padres estén cada vez menos presentes en el día a día de sus hijos, delegando su educación en las instituciones y en las pantallas (de ordenador, de televisión, de móviles).

En este marco, cuando algún niño presenta problema graves de conducta, la cultura de las “soluciones instantáneas” (Selekman, 2005) lleva a menudo a elegir la opción aparentemente más sencilla: “arreglar” al hijo defectuoso o problemático llevándole al pediatra o al psiquiatra infantil para que le medique y resuelva el problema. No vamos a extendernos aquí en el análisis de cómo la industria farmacéutica ha conseguido hábilmente conquistar el prometedor mercado de la psicofarmacología infantil, pese a la falta de apoyo empírico a su pretendida eficacia y a pesar también de las incertidumbres y fundadas reservas acerca de sus efectos sobre el cerebro en desarrollo de los niños (para una discusión en profundidad remitimos a García de Viñuesa, González Pardo & Pérez Alvarez, 2014). Sin embargo, sí queremos denunciar cómo buena parte de la respuesta sanitaria a los problemas infantiles parece haber retrocedido a las coordenadas de los años sesenta, a una situación previa a la revolución que supuso la aparición de la terapia familiar, de suerte que en la actualidad se propician respuestas individuales (medicalizadas pero también psicologicistas) a problemas infantiles que en rigor habría que abordar desde su contexto interpersonal. En otras palabras, puede que los terapeutas sistémicos estemos perdiendo la batalla del paradigma interaccional frente al poderoso modelo de enfermedad, con consecuencias lamentables sobre nuestros consultantes: sobre los propios niños, que además de los inciertos efectos de la medicación cargan con el etiquetado y el estigma que a menudo supone el rótulo de “enfermos”, pero también sobre los padres que, tras el alivio inicial que supone delegar el tratamiento de su hijos en profesionales, terminan sin embargo sintiéndose desempoderados e incompetentes.

En este trabajo pretendemos reivindicar el papel central que los padres tienen en el tratamiento de los problemas infantiles. La familia sigue siendo el contexto interpersonal fundamental desde el que entender tanto el desarrollo adecuado de niños y adolescentes como los posibles problemas en su evolución. Es más, la nuclearización de la familia occidental lleva a que la importancia de los padres se haya acentuado aún más, ante la progresiva pérdida de influencia de la familia extensa y la dilución de otras relaciones sociales significativas en la marea digital que nos engulle. Sin embargo, nos parece importante subrayar que destacar el papel central de los padres no implica, desde nuestro punto de vista, entender que ellos sean los causantes ni los culpables de los problemas de sus hijos. Al contrario, si reivindicamos la importancia de los padres en el tratamiento de los problemas de niños y adolescentes es porque les vemos ante todo como una fuente de recursos para la intervención, como aliados en el proceso de cambio y como potenciales co-terapeutas. En este sentido, quisiéramos superar no sólo el “sesgo monádico” de buena parte de la psiquiatría y psicología que acabamos de denunciar, sino también el “sesgo sistémico” (Selekman & Beyebach, 2013) que consiste en asumir que todo problema infantil es necesariamente resultado de una disfunción familiar previa, y específicamente de algún tipo de conflicto de pareja entre los padres. Esta posición, propia de los planteamientos sistémicos más tradicionales, culpabiliza a los padres y por tanto dificulta la creación de una buena alianza terapéutica con ellos. Además, no está justificada, ni desde la perspectiva clínica ni desde lo que indica la investigación. No es inhabitual, desde luego, que una familia que consulta por problemas de alguno de sus hijos presente, a la vez, una considerable dosis de conflicto entre los padres o algún otro problema relacional entre sus miembros. Sin embargo, esto no implica que ese conflicto o conflictos sean la *causa* del problema que presenta el vástago, ni siquiera adoptando una mirada sistémica. A nuestro entender, una óptica sistémica debe atender a cómo interaccionan diferentes problemas, plantearse cómo se potencian o inhiben mutuamente, pero sin asumir automáticamente que unos estén causados por otros. Y ello por tres razones. En primer lugar porque, como señalan Furman y Ahola (1992), en una familia pueden perfectamente coexistir varios problemas,

probablemente interactuando pero motivados por factores completamente diferentes. En segundo lugar, porque la investigación nos permite entender cómo buena parte de los conflictos relacionales que los clínicos observamos en las familias con las que trabajamos son una *consecuencia*, no una causa, del problema al que la familia se está enfrentando (veánse por ejemplo Kalishuk et al., 2006; Rolland, 1994). Esto es así claramente en el caso de los adolescentes (una hija con anorexia o un muchacho que consume drogas resultan terriblemente amenazantes y desestabilizadores para cualquier familia) pero también de los problemas infantiles graves o simplemente persistentes, que necesariamente tienen un fuerte impacto sobre toda la familia. Y, en tercer lugar, porque no debemos confundir los factores de mantenimiento de los problemas con factores causales: sin duda, la forma de reaccionar de los padres y sus intentos de solucionar el problema no son eficaces (ya que, de lo contrario, el problema se habría resuelto y no habrían tenido que acudir a nosotros) y es probable que incluso contribuyan a mantener o cronificar la situación; sin embargo, eso no implica que estas actitudes hayan sido las que inicialmente hayan provocado el problema. Esta última distinción, aparentemente trivial, tiene sin embargo hondas repercusiones a la hora de posicionarnos ante los padres, por cuanto nos permite transmitir el mensaje de que ellos sí son *responsables* de modificar aquellas conductas y actitudes que mantienen o agravan el problema y de conducirse de forma tal que lo reduzcan o superen; sin embargo, esto no implica que sean los causantes o incluso *culpables* del mismo.

En las próximas páginas describiremos nuestra forma de intervenir en los problemas infantiles, basada en nuestra experiencia clínica en la práctica privada y sobre todo en el centro clínico del *Máster en Terapia Familiar e Intervenciones Sistémicas* de la Universidad Pontificia de Salamanca. En este centro atendimos entre 1993 y 2011 más de medio millar de familias que consultaban por todo tipo de problemas con niños y adolescentes: ansiedad, depresión, conducta oposicionista y desafiante, bajo rendimiento académico, fobia escolar, situaciones de *bullying*, problemas de alimentación, hiperactividad, niños con discapacidad, etc. Trabajamos también con padres preocupados por cómo estaba repercutiendo en sus hijos el divorcio de la pareja, con familias reconstituidas y con niños testigos o víctimas de violencia doméstica. Casos remitidos por una amplia fuente de derivantes, incluyendo orientadores escolares, médicos de familia, psiquiatras, trabajadores sociales de equipos base y especializados, así como otros consultantes.

En este artículo empezaremos describiendo los elementos fundamentales de la Terapia Familiar Breve Colaborativa y Centrada en Fortalezas, para pasar luego a exponer nuestro proceder con las familias, los niños y los adultos, y terminar tratando de extraer algunas conclusiones a partir de nuestros fracasos terapéuticos.

La Terapia Familiar Breve Colaborativa

La Terapia Familiar Breve Colaborativa y Centrada en Fortalezas (TFBC) es un enfoque que hemos venido desarrollando desde principios de los años 90 (Beyebach, 2006, 2009; Beyebach & Rodriguez, 1997, 1999; Beyebach & Herrero de Vega, 2010; Selekman y Beyebach, 2013), en la línea de otros modelos integradores en terapia sistémica breve (Dykes y Neville, 2000; Quick, 1996; Saggese y Foley, 2000; Selekman, 1997, 2005; Shilts y Reiter, 2000). La TFBC es un enfoque flexible que parte de un planteamiento centrado en las soluciones (De Shazer, 1988, 1991, 1994; De Shazer y cols., 1986, 2007) y de terapia estratégica breve (Fisch & Schlanger, 2000; Fisch, Weakland, y Segal, 1982; Fisch y cols., 1975; Nardone y Watzlawick, 1990; Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1974), pero que a partir de aquí no duda en integrar, cuando resulta necesario, herramientas terapéuticas de corte narrativo (White y Espton, 1990; White, 1989; Freeman, Epston, & Lobovits, 1999) y estructural (Minuchin, 1974; Minuchin & Fishman, 1981; Szapocnick & Kurtines, 1986), así como técnicas y ejercicios procedentes de la

Psicología Positiva (Duckwoth, Steen y Seligman, 2005) y elementos psicoeducativos que provienen del campo de la investigación en psicoterapia (por ejemplo, Leff & Vaughn, 1985). Desde el punto de vista teórico, la TFBC suscribe un planteamiento constructivista (de Shazer & Berg, 1992; Gergen, 1985; Watzlawick, 1976, 1984) y sistémico (Von Bertalanffy, 1968) y se apoya en la pragmática de la comunicación humana (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1967) para entender la interacción terapéutica (Bavelas et al., 2000; McGee, Del Vento y Bavelas, 2005). Además, inspirándose en los trabajos de Scott Miller, Barry Duncan y Mark Hubble, la TFBC apuesta por una práctica transparente, basada en un feedback constante acerca del resultado terapéutico y de la relación terapéutica (Anker, Duncan y Sparks, 2009; Duncan & Miller, 2000; Lambert, 2005), reconociendo la importancia de los factores comunes en psicoterapia (Anderson y cols., 2009; Bohart, 2006; Frank, 1973; Wampold, 2001, 2006) y en especial la centralidad de la alianza terapéutica, que conceptualizamos en términos sistémicos (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006; Pinsof, 1995). Finalmente, nos gusta entender el cambio terapéutico en los términos propuestos por Prochaska y Di Clemente (1982), es decir, no como un salto discontinuo y repentino, sino como un proceso que habitualmente atraviesa una serie de fases y en el que la labor del terapeuta es ajustarse a sus clientes y ayudarles a avanzar en su etapa de motivación para el cambio (Miller y Rollnick, 1991).

Tal y como hemos explicado en otras publicaciones (Beyebach & Rodríguez Morejón, 1999; Beyebach, 2006, 2009), la TFBC apuesta por la máxima simplicidad, lo que implica que empezamos cualquier terapia desde un planteamiento básicamente centrado en soluciones y que pasamos a incorporar las formulaciones estratégicas, estructurales y de otro tipo si este planteamiento inicial no resulta suficiente para producir cambios con rapidez (Beyebach & Rodríguez Morejón, 1999; Herrero de Vega, 2006). De todos modos, no dudamos en adoptar desde un comienzo un enfoque más centrado en el problema si con ello nos ajustamos mejor a las preferencias de nuestros clientes, ni en recurrir, si la situación clínica así lo exige, a lo que denominamos “atajos”, es decir, estrategias de elección ligadas a tipos de problema (Beyebach 2010; Beyebach & Herrero de Vega, 2010). En este contexto es como nos gusta entender también el trabajo con niños y sus familias: partimos de una forma preferida de abordar el trabajo terapéutico con ellos, pero estamos abiertos a ajustarnos de forma flexible a las circunstancias y a los clientes concretos. Si quisiéramos resumir a grandes trazos nuestra concepción de partida, diríamos que en el tratamiento de problemas infantiles las sesiones conjuntas con toda la familia suelen ser centradas en soluciones; que en las conversaciones solo con los padres empleamos preferentemente una conceptualización estratégica, estructural y psicoeducativa; y que en las entrevistas con los niños tendemos a utilizar la externalización de forma centrada en soluciones. Esto implica, lógicamente, contar con toda la familia en la mayoría de las sesiones, pero dedicando tiempos terapéuticos a trabajar por separado con los diversos subsistemas. En esta forma de trabajar, el número promedio de sesiones es de cinco (Beyebach y cols, 2000; Cortés, Peralta y Machado, 2007). Las sesiones empiezan siendo por lo general bisemanales, pero en cuanto hay mejorías pasan a celebrarse cada tres semanas y luego cada cuatro. Hacemos prevención de recaídas prácticamente desde la primera sesión y a menudo concertamos sesiones de refuerzo, rotuladas como “seguimientos” a los tres y a los seis meses. Entre uno y tres años después de la última entrevista solemos hacer una llamada telefónica para valorar cómo ha evolucionado el caso. Nuestros datos indican que el 80% de nuestros consultantes alcanzan sus objetivos al final de la terapia, con un promedio en torno a las cinco sesiones, y que tres cuartas partes de los casos atendidos son exitosos en el seguimiento telefónico, con una tasa de recaídas que se mantiene en torno al 10% (Beyebach et al., 2000; Cortés y cols., 2007).

En las siguientes secciones explicaremos en detalle nuestra forma de proceder cuando los clientes consultan por problemas infantiles, en el bien entendido de que este procedimiento general ha de adaptarse a las peculiaridades de cada familia y de cada caso concreto.

El manejo de la llamada telefónica inicial

Como hemos señalado en la introducción, entendemos que iniciar un tratamiento psicoterapéutico sólo con el niño (o el adolescente) que motiva la consulta constituye un error, que limita las opciones de intervención y reduce las posibilidades de una resolución satisfactoria y rápida del caso. Por eso consideramos tan importante manejar adecuadamente la llamada telefónica inicial, a fin de conseguir que a la primera sesión se presenten todos los miembros relevantes del sistema (Szapocznik et al., 1988). Como ya señalaron en su día los autores del Centro de Terapia Breve del MRI (Fisch y cols, 1982), la terapia empieza con el primer contacto con los clientes; nosotros diríamos que una terapia exitosa con un niño empieza con una buena conversación telefónica con el progenitor que llama. Los pasos que seguimos al atender una petición telefónica de cita son los siguientes.

- Escuchar cuál es el motivo de consulta, sin alargar la conversación pero haciéndonos una idea de qué se trata y qué tratamientos anteriores ha habido.
- Recabar información sobre los miembros de la familia nuclear (nombres y edades), quién vive en el mismo hogar, y qué miembros de la familia extensa tienen un contacto más estrecho con el niño o niña que motiva la consulta.
- Invitar a toda la familia nuclear (hijos y ambos padres, eventualmente también algún miembro de la familia extensa) a la primera entrevista. Si la persona con la que estamos hablando pone alguna objeción, explicamos que nos gusta contar con toda la familia para así poder generar más soluciones, que “cinco cabezas piensan más que una”, y que en nuestra experiencia clínica la asistencia de toda la familia al menos a la primera sesión redundaba en una mayor brevedad y eficacia de la terapia.
- Si subsisten las objeciones, pasamos a explorar con más calma cuál es la dificultad y ajustamos nuestros argumentos a la posición de nuestro interlocutor. Habitualmente se trata de inconvenientes para que el otro progenitor asista a la primera cita. Si se trata de problemas de horarios, tal vez sea suficiente con mostrarnos flexibles y buscar algún hueco en el que sea posible la asistencia de todos. Si el otro progenitor es periférico, bien porque se ha desvinculado de la educación de los hijos, bien porque la persona que llama le excluye, pasamos a explicar con mayor detalle el efecto positivo que tiene contar con los dos progenitores. Si subsisten las objeciones del que hace la llamada, exploramos cuál sería la mejor forma de incluir al otro progenitor, y nos ofrecemos para llamarle por teléfono o cursarle una invitación por e-mail o por carta.
- Cuando lo que parece suceder es que existe un conflicto abierto entre los progenitores, empatizamos con la dificultad que eso supone para la crianza del hijo y ofrecemos la opción de que la primera entrevista sea solamente con los padres, sin los hijos presentes, a fin de que se pongan de acuerdo sobre cómo abordar la ayuda al hijo. Sin embargo, si el conflicto incluye además la existencia de violencia, aceptaremos ver a solas a la persona que hace la llamada (si es posible, sin el hijo que le preocupa), ya que una sesión conjunta podría exacerbar el riesgo de agresiones.
- Si las objeciones a que asistan todos los miembros de la familia están en relación con alguno de los hijos (por ejemplo, querer mantener a alguno al margen del problema, o no estigmatizarle) tratamos de entender los argumentos de nuestro interlocutor y ajustamos nuestra respuesta en función de ellos.

Además de convocar a la primera sesión a los miembros relevantes del sistema, la llamada telefónica inicial tiene algunas otras funciones importantes. Por un lado, supone el inicio de la construcción de la alianza terapéutica, y por tanto requiere que nos mostremos empáticos y cercanos, pero que también vayamos estructurando la conversación y estableciendo las normas del intercambio. Por otro, constituye una oportunidad para crear un contexto terapéutico y

promover ya algunos cambios. Con este fin, nos gusta cerrar la llamada telefónica transmitiendo tres mensajes a la persona que llama, con la petición de que se los transmita a los demás miembros de la familia (Prior, 2010; Selekman y Beyebach, 2013):

- Señalamos a la persona que llama que dedicaremos buena parte de la primera entrevista a entender qué ayuda quieren de nosotros y qué esperan de la terapia.
- Indicamos también que otro tema que abordaremos será de qué manera han intentado hasta la fecha resolver el problema que les preocupa; por tanto sería útil que fueran reflexionando al respecto.
- Finalmente, comentamos que hemos comprobado que con frecuencia las personas que llaman para pedir cita observan que, entre el momento de la llamada y el momento de la primera entrevista, se producen ya algunas mejorías. Animamos a la persona que nos llama a que esté atenta a cualquier pequeña mejoría que pueda percibir, de modo que podamos analizarla durante la primera entrevista.

La primera sesión: acogida de todo el sistema y negociación de un proyecto conjunto.

Una vez que la familia se presenta en la consulta, les invitamos a pasar a todos a la sala de terapia, aunque les comentamos que probablemente durante este primer encuentro hablaremos también por separado con los padres y con los hijos. Durante la fase conjunta de esta primera entrevista acometemos tres tareas terapéuticas:

- *Orientamos* a la familia respecto de nuestra modalidad de trabajo (equipo, cristal unidireccional, interfono, intersesión) y del procedimiento a seguir. Solemos plantear que esta primera entrevista se dirige a entender qué les preocupa y a decidir si les podemos ayudar. Si no fuera así, trataríamos de derivarles a quien sí les pueda resultar de ayuda. Si entendemos que sí podemos serles útiles y si ellos desean seguir adelante, tendremos “las menos sesiones posibles, aunque también todas las que hagan falta”. Informamos a continuación del promedio de entrevistas y de la duración habitual y la periodicidad aproximada de las mismas, dejando un espacio para que todos puedan plantear sus dudas u objeciones. Es importante subrayar que esta explicación inicial ya proporciona una excelente oportunidad de enganchar a los niños; por eso nos gusta dirigir la explicación a ellos, especialmente en lo que concierne a los aspectos más llamativos del contexto (cámara, equipo, espejo), aunque lógicamente el consentimiento informado compete a los adultos.
- Definido el contexto terapéutico y antes de empezar a escuchar qué motiva su consulta, hacemos una *amplia fase social* en la que no sólo recogemos información relevante para la evaluación (el genograma familiar; qué actividades realizan juntos los miembros de la familia; qué tiempos son compartidos) sino que también empezamos a crear un clima de esperanza y centrado en los recursos, en el que les transmitimos que son “más que un problema” para nosotros (Beyebach, 2006). Tratamos de crear un ambiente relajado y con sentido del humor, si es posible provocando un par de carcajadas ya en los primeros minutos de conversación (Selekman, 2005). La prioridad es ir construyendo una buena alianza terapéutica. Pedimos permiso a los padres para empezar por los más pequeños, a los que preguntamos a qué curso van, qué cosas les gusta hacer y qué se les da bien. Preguntamos también por los amigos y amigas del niño, y eso nos suele dar pie para preguntar por las cualidades que el niño cree que sus amigos ven en él. De ahí pasamos a interesarnos por las cualidades que el niño cree que sus padres ven en él y a preguntarle qué es lo que más le gusta de sus padres y hermanos. Lo importante no son tanto las respuestas que nos vayan dando (a veces los chicos no saben qué contestar) sino el mensaje que transmiten estas preguntas: que todos los presentes tienen

cualidades y que en terapia nos vamos a interesar por ellas. Tratamos de ir incluyendo a todos los presentes en estos diálogos mientras vamos preguntando a todos los niños, hasta llegar también a los padres y eventualmente abuelos u otros familiares presentes.

- Una vez que hemos creado un clima positivo durante la fase social, pasamos a explorar qué motiva la consulta: qué preocupa a los presentes (*queja*) y qué ayuda nos piden a nosotros (*demanda*). Nos gusta plantear el comienzo de esta parte de la sesión de la forma que entendemos más directa: “Contadme, ¿qué os gustaría llevaros de esta entrevista de hoy? ¿Cómo sabrías que esta entrevista, o las entrevistas que podamos tener, han sido útiles para vosotros, que valió la pena el esfuerzo de acudir?” Una vez planteada la cuestión, pedimos permiso a los padres para empezar con los más pequeños, lo que a menudo exige cambiar la formulación de la pregunta para hacerla más accesible a ellos (“¿Por qué crees tú que habéis venido hoy aquí?”). El objetivo de esta parte de la entrevista es entender qué es lo que preocupa a cada uno de nuestros interlocutores y avanzar después hacia una demanda común, un proyecto terapéutico que pueda incluir a todos los miembros de la familia. Para ello puede ser necesario mantenernos en un nivel relativamente abstracto, especialmente cuando las demandas son mutuamente excluyentes (“de modo que lo que queréis es que las cosas vayan mejor en casa, que mejore la convivencia”). Si hay más profesionales implicados en el caso puede ser necesario aclarar también qué es lo que la familia nos pide específicamente a nosotros, cómo encajamos en la compleja ecología profesional.
- Una vez que tenemos una idea general de cuál es el propósito de la familia, nos gusta identificar al menos un par de indicadores conductuales de que se han alcanzado los objetivos de la intervención: “Cuál sería para Ud. la primera señal de que hay una mejor convivencia en casa?” “¿Qué tendrías que ver vosotros en vuestra hija para pensar que ha superado sus dificultades con la comida?” “¿Cómo sabrías vosotros que este problema de agresividad está del todo superado y no os hace falta volver por aquí?”.

Queremos subrayar que durante toda esta fase de trabajo terapéutico conjunto hacemos un esfuerzo especial por que se escuche la voz de todos los miembros del sistema. Esto implica, en primer lugar, privilegiar la voz de los niños, preguntándoles primero a ellos pero también defendiendo su espacio si alguno de los adultos empieza a contestar por ellos. Además, es importante controlar la posible negatividad de la familia y contrarrestar posibles descalificaciones de unos a otros. Que la familia repita en sesión el mismo tipo de interacciones destructivas que tienen lugar en casa no es terapéutico y sólo contribuye a aumentar la desesperanza de todos; por eso es tan importante que el terapeuta sepa estructurar y organizar la interacción en la sesión. Finalmente, nos interesará hacer un esfuerzo especial por incluir en la conversación y crear relación con aquellos que inicialmente se muestren más desligados, distantes o incluso hostiles.

La primera sesión: construyendo posibilidades con toda la familia

Una vez que hemos entendido qué es lo que la familia espera de nosotros, pasamos a promover recursos y soluciones. Para ello disponemos de dos técnicas procedentes de la Terapia Centrada en las Soluciones (De Shazer, 1988, 1991, 1994; De Shazer y cols., 2007):

- *Trabajo con los cambios pre-tratamiento.* En relación con la sugerencia que dimos por teléfono, preguntamos a los presentes qué pequeñas mejoras han observado desde el momento en el que llamaron para concertar la cita. Solemos plantear esta pregunta con un lenguaje implicativo, dando por supuesto que esas mejoras se han producido: “Hemos visto con frecuencia que, entre que las familias nos llaman por teléfono y la

primera vez que vienen aquí, ya se producen algunas mejoras. ¿Qué pequeñas mejoras habéis visto vosotros?” Aproximadamente en la mitad de los casos que atendemos hay, de hecho, algunas mejoras recientes (Beyebach et al., 2000). En ese caso, tratamos de conversar sobre ellas obteniendo el mayor número posible de detalles, procurando generar una descripción conductual e interaccional de esos cambios (“¿Qué hace tu mamá cuando tú le das un beso a tu hermano?”) y explorando en un segundo momento los aspectos más cognitivos (“¿Qué significa para ti que tu hijo haya empezado a colaborar con su hermano?”) y emocionales (“¿Cómo te hace sentir ver que están colaborando?”). Una vez que hemos conseguido esta descripción detallada, pasamos a trabajar lo que llamamos la “atribución de control” o el “anclado” de esos cambios, es decir, a identificar qué pasos han seguido los implicados para conseguir las mejoras que han descrito (Kral y Kowalski, 1989). Como señalan los autores centrados en soluciones, empezar una terapia hablando de las mejoras que las familias ya han conseguido es una forma excelente de empoderarles, puesto que generalmente se trata de cambios que ellos mismos han protagonizado, y por tanto el mérito es de ellos y no del profesional. A nuestro entender, esta conversación crea un contexto positivo desde el que abordar después lo que aún queda por mejorar (Beyebach, 2006).

- La *proyección al futuro*, que consiste en invitar a los miembros de la familia a que nos describan cómo serán las cosas cuando hayan superado los problemas que les han traído a terapia. Para ello podemos utilizar la *Pregunta Milagro* (“Imaginaos que esta noche os vais a dormir y, mientras estáis durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que os han traído aquí se resuelven del todo; pero como estáis durmiendo no os dais cuenta de que esto ha sucedido. Mañana por la mañana, ¿cómo sabrías que este milagro se ha producido?”) (De Shazer, 1988), la *Máquina del Tiempo* (“Imaginaos que en esa esquina de la sala tuviéramos una Máquina del Tiempo. Imaginaos también que subís a ella y que avanzáis a un momento en el que los problemas que os han traído aquí están del todo superados, por ejemplo de aquí a un año. ¿Qué os imagináis que va a ser diferente?”) (Selekman, 1997) o alguna otra invitación a dejar volar la imaginación (“Imagínate que Harry Potter está aquí para ayudarte y que ha aprendido un encantamiento para superar todos los problemas que os han traído aquí...” “Imagínate que esta noche viene un hada y...”). Lo importante, por supuesto, no es lanzar la pregunta, sino mantener luego una conversación constructiva sobre las respuestas que vayan dando los consultantes. En esta conversación tratamos de generar una descripción detallada de ese futuro sin el problema, en términos de lo que llamamos “objetivos trabajables” (Beyebach, 2006): en positivo (“estar más tranquilo” versus “no estar tan nervioso”), concretos (“estar sentado al menos media hora sin levantarse” versus “estar más tranquilo”), alcanzables, pequeños y descritos en su contexto interpersonal (“¿Cómo vas a reaccionar tú cuando veas que tu hijo se mantiene media hora sentado?”). Nuestro objetivo terapéutico es que, al incluir tantos detalles, esta descripción del futuro preferido resulte máximamente motivante, atractiva y emocionalmente positiva para nuestros interlocutores.

No siempre es posible ni necesario emplear las dos técnicas en la misma sesión. Si hay cambios pre-tratamiento relevantes es posible que la conversación sobre ellos dé tanto juego que no quede tiempo para trabajar la proyección al futuro. En ese caso, lo más adecuado puede ser pasar a utilizar una pregunta de escala para que cada miembro de la familia valore en qué punto ve la situación que les llevó a terapia (“En una escala de 1 a 10, donde 1 sería cuando peor han estado las cosas que os traen aquí, y 10 sería que están del todo solucionadas, ¿dónde diríais que están las cosas ahora?”). Esta Escala de Avance nos permite conversar a continuación sobre qué conductas constituirían indicadores de progreso (un punto más en la escala) y cómo se podrían dar esos pasos.

En otros casos, sucede lo contrario: no hay mejorías desde la llamada telefónica, con lo que pasamos directamente a la proyección al futuro. Una vez trabajada, utilizaremos otra variante de la Escala de Avance para situar las posibles mejorías y trabajarlas (“En una escala de 1 a 10, donde 1 sería cuando peor han estado las cosas que os traen aquí, y 10 sería este Milagro que acabáis de describir, ¿dónde diríais que están las cosas ahora?”). Si la proyección al futuro tampoco da juego, podemos simplemente trabajar con preguntas de escala, pasar a investigar cómo es que las cosas no están aún peor, o utilizar preguntas de afrontamiento si la situación es muy negativa (“¿Cómo habéis conseguido llegar hasta aquí, con todas estas dificultades?” “¿Cómo es que no habéis tirado la toalla?”); otra opción es dar ya por cerrada la parte conjunta de la entrevista e iniciar el trabajo con subsistemas.

Los niños como interlocutores privilegiados en la conversación terapéutica

Hemos venido señalando que a nuestro juicio es un error hacer terapia trabajando solamente con los niños; pero igualmente contraproducente es hacer una terapia familiar centrada en los padres que ignore a los niños o les relegue al papel de meros objetos de la intervención de los adultos. De hecho, los niños constituyen un gran recurso en la terapia y nosotros añadiríamos que para aprovechar bien su presencia ni siquiera es necesario recurrir a procedimientos especiales como puedan ser los juegos, las marionetas o la arte-terapia (Beyebach, 1998). Veinticinco años de experiencia en el trabajo con niños nos permiten afirmar que la gran mayoría de los niños pueden ser interlocutores válidos e interesantes en una conversación terapéutica, siempre que hagamos el esfuerzo de adaptarnos a ellos. Para ello conviene tener en cuenta algunos aspectos:

- Como hemos venido señalando, damos a los niños protagonismo en la terapia, entre otras cosas protegiendo su espacio dialógico de las interferencias de los adultos y enganchándoles desde un principio en el proceso de la entrevista, pero sobre todo hablando *con ellos* y no solamente *sobre ellos*.
- Lógicamente es fundamental ajustar nuestro lenguaje al nivel evolutivo del niño y por tanto a su capacidad de comprensión y de simbolización. Usaremos términos coloquiales y procuraremos utilizar sus mismas palabras. Como regla general, conviene empezar por preguntas cerradas (“¿Cuántos años tienes?” “¿A qué colegio vas?”) para pasar después de preguntas más abiertas (“¿Qué cosas te gusta hacer en casa?”); empezar con preguntas de fácil respuesta y sólo en un segundo momento pasar a las más complicadas. Las preguntas más sofisticadas, como las preguntas circulares que invitan a contestar desde la posición de otra persona (“¿Qué crees tú que a tu mamá le gusta más de ti?”), las reservamos a los niños de más edad y/o mayor desarrollo cognitivo.
- Nos interesará también ir reforzando las respuestas que vayan dando los niños, y aquí lo fundamental es la actitud de absoluta atención y genuino interés por lo que nos digan, que mostraremos al recoger y ampliar lo que los niños nos cuentan. Una cierta dramatización por parte del terapeuta (“caerse de la silla” sorprendido; “chocar las cinco”; invitar al niño a ponerse de pie para comprobar lo mucho que las mejorías le han hecho crecer, etc.) es un recurso útil para subrayar ciertos mensajes, sobre todo con los niños más pequeños.
- En cualquier caso, debemos procurar no alargar el tiempo de conversación con un niño. En una entrevista conjunta, media hora sería el máximo recomendable; en una conversación a solas, normalmente 10 minutos son más que suficientes.

La externalización del problema en el trabajo con niños

Un procedimiento que resulta especialmente útil en el trabajo individual con los niños (y que puede ser también utilizado en el trabajo conjunto con toda la familia) es la externalización del problema (White & Epston, 1990; White, 1995; Freeman et al., 1999). La externalización consiste en “sacar fuera” el problema del niño (pasando, por ejemplo, de “un niño miedoso” a “un niño valiente al que El Miedo intenta fastidiar”; o de “una niña agresiva” a “una niña a la que La Rabia Traicionera juega muy malas pasadas”) y tiene la gran ventaja terapéutica de que permite realizar de forma simultánea dos operaciones que habitualmente es difícil conjugar en psicoterapia: por una lado, desculpabilizar al niño (ya que el culpable ya no es él o ella, sino el problema externalizado), pero a la vez darle responsabilidad (ya que el niño es responsable de luchar contra ese problema, apoyado por sus padres y hermanos).

Además, el carácter metafórico e incluso lúdico de la externalización la hace un recurso especialmente ajustado a la psicología infantil. Para externalizar un problema solemos seguir los siguientes pasos:

- Decidir qué problema externalizar, lo que dependerá de qué demanda se acordó con la familia.
- Darle un nombre al problema, preguntando al niño cómo suele llamarlo. Si al niño no se le ocurre ninguna denominación para el problema, proponemos algún término que resulte llamativo y a ser posible gracioso (por ejemplo “La Pesada” para referirnos a una obsesión, o “La Caca Traicionera” para hablar de la encopresis).
- Si el niño no parece preocupado por el problema ni motivado para enfrentarse a él (diríamos que está en etapa precontemplativa de cambio) es preferible revisar con calma de qué forma ese problema le está afectando en las diferentes áreas de su vida. Hacerlo con un lenguaje personificador y atribuyendo malas intenciones al problema externalizado es un buen recurso para aumentar la motivación de luchar contra él: “¿Cómo te está fastidiando La Rabia?” “¿Cómo se las arregla el Miedo Astuto para que acabéis enfadados tus padres y tú?”.
- Con niños de más edad, una vez que están motivados para luchar contra él, nos gusta revisar las “trampas del problema externalizado”, es decir, los “trucos” que el problema tiene para engañar al muchacho y meterle en aprietos: “¿Cómo te engaña para que una y otra vez le hagas caso y la acabes fastidiando con tus profesores?” “¿Qué te dice La Estricta cuando estás sentada delante del plato de comida para convencerte de que no comas?” Este trabajo de corte cognitivo permite ensayar después con los niños cómo podrían contestar al problema externalizado, a fin de no dejarse engañar por él. Con los niños más pequeños omitimos este paso.
- Finalmente, procedemos a revisar en qué ocasiones han conseguido “ganar” al problema externalizado, “darle una buena paliza” o “meterle una goleada”. La forma de trabajar es la misma que con los cambios pre-tratamiento y cualquier otra mejoría: primero detallar en qué consisten esas “victorias” frente al problema y cuáles son sus efectos positivos, para a continuación tratar de construir una “receta” con los “trucos” que el niño y su familia emplean para derrotar al problema.

La externalización del problema en sesión da pie a toda una serie de posibles tareas para casa que habitualmente encajan muy bien con la mentalidad de los niños: dibujar el problema externalizado o modelarlo en plastilina y ponerlo en un lugar especial de la casa para recordar que se está en guerra con él; hacer un collage que represente al niño en actitud triunfal ante el

problema derrotado; hacerle “faenas” al muñeco que simboliza el problema (desde meterlo en el congelador hasta vestirlo con ropa ridícula); dibujar, modelar o construir aliados o armas para luchar contra él, etc. En esta actividad puede, si es oportuno, participar toda la familia. De hecho, otro valor añadido de la externalización es que permite re-estructurar las relaciones familiares de suerte que se pase de una situación en la que padres y tal vez hermanos están enfrentados al niño, a otra más constructiva en la que el niño y su familia luchan juntos contra el problema externalizado. Esto, a su vez, permite crear un sinfín de tareas para toda la familia, entre ellas los rituales que describiremos más abajo.

Arte, juego y niños

Que defendamos que los niños pueden ser interlocutores perfectamente válidos para una conversación terapéutica al uso no significa que despreciemos la utilidad que pueden tener otro tipo de herramientas en sesión como son el arte (dibujo, pintura, plastilina) y los juegos. Por el contrario, la capacidad imaginativa de los pequeños se presta a sacar el máximo partido a los recursos metafóricos, lúdicos e incluso mágicos.

Manuela nos llamó preocupada por su hijo Daniel, de 9 años de edad. Ella se había divorciado hace tres años, y hace medio año había iniciado una nueva relación con otro hombre. Desde hace cuatro meses, Daniel había empezado a obsesionarse con la muerte: le costaba mucho conciliar el sueño por las noches, había tenido varios ataques de ansiedad en el colegio, su rendimiento escolar había descendido y en general se mostraba triste, ansioso y preocupado. Cuando pregunté a la madre cómo se explicaba ella el problema, me refirió que el padre de ella había fallecido de forma inesperada hace un año, que poco después había muerto una tía abuela, y que su nueva pareja había perdido a su hermano hace unos meses. Ahora Daniel estaba aterrorizado con que su madre o su padre también pudieran morir repentinamente. En sesión, exploré con Daniel y con su madre qué cosas ayudaban contra el “Miedo a la Muerte”. Daniel explicó que lo que más le ayudaba es que su padre le había contado lo que había sucedido recientemente con un jugador de fútbol de la Unión Deportiva de Salamanca: el futbolista había sufrido un paro cardíaco durante un partido, pero uno de los ayudantes del entrenador le había salvado utilizando un desfibrilador. Acordarse de esta historia le ayudaba a tranquilizarse. La tarea que propuse a Daniel fue que dibujara un desfibrilador y a la hora de irse a dormir lo metiera bajo su almohada. Luego su madre debía ir a darle las buenas noches y de paso le invitaría a pensar un rato en la muerte. Entonces Daniel tocaría el desfibrilador con la mano y comprobaría cómo el miedo se desvanecía. Lo mismo podía hacer en el colegio. En la sesión siguiente, Daniel trajo el dibujo del “desfibrilador” y contó con orgullo que había conseguido derrotar al miedo “por completo”, extremo que la madre confirmó. Concertamos una tercera sesión, por si acaso se producía alguna recaída, pero no llegó a ser necesario celebrarla. En el seguimiento, seis meses más tarde, Daniel seguía perfectamente.

Con los niños más pequeños, una buena forma de utilizar el juego en terapia es empleando marionetas como “ayudantes” que realizan la entrevista, o a los que el niño y el terapeuta entrevistan a su vez. En cualquier caso, la idea es que los juegos y las marionetas potencien la alianza terapéutica y estén al servicio de la estrategia terapéutica, sin convertirse nunca en un fin en sí mismos.

La intervención terapéutica con los padres

Entendemos la intervención con los padres desde una posición colaborativa de trabajo conjunto, en la que por momentos actuamos más como *entrenadores* que como *terapeutas*. El primer paso consiste, por supuesto, en afianzar la alianza terapéutica y para ello es muy importante

tanto validar su preocupación y sus temores como promover su esperanza y la confianza en sus recursos. Además, implica transmitirles una visión contextual, de manera que entiendan que, aunque nosotros intervengamos también con sus hijos, ellos son los principales agentes de cambio. Desde esta posición contemplamos cuatro grandes líneas de trabajo:

a) La primera estrategia es ayudar a los padres *que adviertan y valoren todo aquello que ya están haciendo bien* con sus hijos en el área problema: las ocasiones en las que sí consiguen ser firmes o cercanos; las veces en las que sí manejan eficazmente una rabieta; los momentos en los que consiguen ayudar al hijo. En nuestros seguimientos, los padres suelen informar que algo que les ayudó en la terapia fue darse cuenta “de que no lo hacíamos todo mal”, y de hecho comenzar por sus logros (como cuando en primera sesión nos interesamos por los cambios pre-tratamiento) crea una excelente plataforma para la intervención posterior.

b) Por lo general, cuando las familias llegan a nuestra consulta llevan ya meses e incluso años lidiando con el problema, con lo que a menudo se ha generado un clima de negatividad, desmoralización e incompetencia que contamina todas las interacciones familiares. Por eso una segunda línea de actuación es *ayudar a los padres a que perciban las conductas positivas de sus hijos y respondan de forma afectiva*, y que adviertan y reaccionen ante sus mejorías. Esto pasa por dedicar tiempo de sesión a pormenorizar estos avances, pero también se traduce en varias posibles tareas para casa que promueven interacciones positivas y emocionalmente más cercanas:

- La prescripción de “pillar” al hijo/a haciendo algo bien, o “*Radar Positivo*” (Pérez Opi & Landarroitajáuregui, 1995) de las mejorías.
- La “*Tarea de los Post it*” (Beyebach & Herrero de Vega, 2010), en la que pedimos que los padres sorprendan a sus hijos dejándoles breves mensajes positivos en post-it colocados en lugares inesperados.
- La “*Caja de Caricias*” (Beyebach & Herrero de Vega, 2010; Selekman, 2005), que consiste en colocar una especie de “hucha” en el salón de casa, e ir introduciendo en ella papelitos (un color para cada miembro de la familia) en los que se reseña alguna cosa positiva que esa persona haya hecho a lo largo del día. Esta “hucha” se puede abrir cada semana para leer los papeles en familia, o llevar a la siguiente sesión para su apertura.
- Cuando la visión de uno a ambos progenitores se ha vuelto absolutamente negativa (“Es que no hace *nada* bien. Ya no le veo nada positivo”) puede ser útil proponerles que, antes de introducir ningún cambio, elaboren una lista con *cinco cualidades* que actualmente siguen apreciando en su hijo.
- Otra manera de abordar la negatividad es utilizando la *Máquina del Tiempo* (Selekman, 2005), descrita más arriba como una técnica de proyección al futuro, a fin de realizar durante la sesión un “viaje en el tiempo” hacia una época en la que la relación del padre o de los padres con su hijo era más positiva y cercana. Promover una descripción detallada y sensorial de esa época pasada permite generar una experiencia emocional desde la que reactivar la consideración positiva básica entre padres e hijos.
- Otra forma obvia, aunque no siempre sencilla, de propiciar interacciones positivas es generar un espacio para ellas. En este sentido, cada vez nos parece más importante promover que las familias con las que trabajamos recuperen en su vida cotidiana tanto espacios de actividades comunes para toda la familia (a ser posible, que no sean solamente ir de compras al centro comercial) como espacios para interacciones diádicas positivas (padre-hija; padre-hijo; madre- hija; madre-hijo). Para ello utilizamos a veces

una variante del *Bote de los Deseos* (Perez-Opi y Landarroitajáuregui, 1995): pedimos a cada miembro de la familia que introduzca en un bote al menos tres actividades que desearía hacer en familia. En días prefijados, la persona a la que le toca extrae un papelito a ciegas, y ésa será la actividad que toda la familia realice.

c) Una tercera línea de intervención, que ponemos en marcha una vez que hemos dado pasos en las dos anteriores, consiste en *identificar cuál es el denominador común de los intentos ineficaces de solución* de los padres y bloquearlo proponiendo una actuación que sea significativamente diferente: el “giro de 180° descrito hace décadas por el equipo de terapia breve del MRI de Palo Alto (Fisch et al., 1982). Ello implica un rastreo detallado de las secuencias problemáticas y explorar a fondo los diversos intentos de solución, discriminando cuáles sí son eficaces (constituyen excepciones) y cuáles no (contribuyen al problema). Aunque cada familia es distinta y por tanto merece un tratamiento diferenciado, se pueden identificar algunos denominadores comunes habituales, cada uno con su estrategia de intervención correspondiente (Fisch et al., 1975, 1982). En nuestras muestras, los más frecuentes son los siguientes:

- “*Acertar por separado*”. No es inhabitual que ante los problemas de un hijo el padre y la madre reaccionen de forma diferente. Si la situación se cronifica es lógico que estas diferencias se acentúen y cristalicen en posturas contrapuestas pero complementarias: por ejemplo, el padre hace el papel de “duro” y la madre el de “blanda”, la madre intenta ignorar el tema, mientras que el padre sigue insistiendo, etc. El primer paso para modificar esta configuración relacional es validar a los padres compartiendo con ellos que su insistencia en hacer cada uno las cosas a su manera (que al fin y al cabo es la mejor manera que conocen) no deja de ser una muestra más de su amor a su hijo y de su interés por ayudarlo. Después ayudamos a los padres a que comprendan que la falta de un criterio común es fuente de fracaso y les proponemos que sigan un mismo curso de acción (“Para el bien de vuestro hijo es mejor que os equivoquéis juntos a que acertéis por separado”). Esto se puede traducir en generar un plan de acción durante la sesión, utilizando el tiempo entre sesiones para ponerlo a prueba e irlo afinando. A veces es útil prescribirles primero que en unos días prefijados las cosas se hagan según el criterio de un progenitor, con el apoyo de su pareja, y en otros según el criterio del otro (la tarea “días pares e impares” descrita originalmente por Selvini et al., 1978).
- “*Sola ante el peligro*”. Como hemos señalado en la introducción, la mayoría de las familias españolas siguen funcionando bajo parámetros sexistas, que se traducen en que a menudo es la madre la principal encargada de la crianza y educación de los hijos, con un padre periférico que apenas interviene. Esta distribución tan poco equitativa puede ser funcional en muchos casos, pero en otros contribuye a mantener y agravar los problemas presentados por los niños, especialmente cuando se trata de conductas oposicionistas, desafiantes o violentas. En estos casos trabajamos en sesión para conseguir que el padre se involucre de forma más activa en la crianza de sus hijos; a nuestro entender, una de las claves para conseguirlo está en ayudar a la madre a que exprese qué tipo de apoyo quiere de su marido; y en ayudar a éste a proporcionarlo adecuadamente.
- “*Por la boca muere el pez*”. Con este rótulo nos referimos a un tipo de intentos de solución ineficaz que resulta tremendamente común entre las familias que nos consultan: la pretensión de resolver los problemas de conducta de los hijos solamente hablando, bien sea en forma de “diálogo”, “consejos” o “sermones”. Obviamente suscribimos el valor del diálogo con los hijos y el ejercicio de lo que Félix López denomina “autoridad inductiva” (López, 2008); sin embargo, cuando las palabras no se acompañan de hechos y consecuencias, cuando no se marcan con claridad los límites en la familia, pierden su valor educativo. Una alternativa a este patrón ineficaz es animar a los padres a que

recuperen su posición de autoridad de modo que las conductas disruptivas de sus hijos tengan consecuencias negativas y que las positivas reciban consecuencias beneficiosas. Aquí, las estrategias básicas desarrolladas dentro de los planteamientos conductuales (Kazdin, 2004) resultan muy eficaces: ayudar a los padres a que utilicen refuerzos y castigos negativos pequeños y aplicados de forma contingente; a que utilicen unas actividades para reforzar otras; a que sean consistentes y mantengan las consecuencias previstas; a que vayan pasando de los refuerzos materiales a los sociales, etc. Ahora bien, más allá de las pautas concretas de actuación, el cambio actitudinal a propiciar es el de que los padres se atrevan a ejercer su autoridad y a establecer límites a sus hijos, desde la convicción de que será un elemento positivo que les ayudará en su desarrollo.

- “*La batalla interminable*”. Otro patrón habitual es el de la escalada simétrica, en el que los padres entran en constantes batallas con sus hijos, sobre todo los que van siendo mayores y se acercan a la adolescencia, recurriendo a las armas de las amenazas, los chantajes, los gritos e incluso los insultos. Ante esta forma de proceder solemos proponer lo que denominamos la estrategia de “mano de hierro en guante de seda”, que consiste en que los padres se mantengan firmes en cuanto a las consecuencias que tendrán las conductas negativas de sus hijos, pero desde una actitud de amabilidad y cercanía (que con niños ya preadolescentes puede ser incluso de “sabotaje benévolo”, Fisch y cols., 1982) que desactive el riesgo de escalada. Si la situación es muy explosiva utilizamos el procedimiento de la Resistencia No Violenta descrita por Haim Omer (2004), aunque solemos reservarlo para el trabajo con adolescentes violentos. También es importante en estos casos que los padres establezcan prioridades y no pretendan abordar todos los problemas de su hijo a la vez.
- “*Intentar enseñar responsabilidad quitándola*”. Otro patrón frecuente es aquel en el que los padres se quejan de la falta de responsabilidad o incluso del “infantilismo” de su hijo y sin embargo lo promueven al asumir ellos constantemente la responsabilidad. Aunque diferenciar entre protección y sobreprotección está en función tanto del nivel evolutivo del niño como de variables culturales, hay algunas áreas en las que esta forma ineficaz de manejar el problema es muy común, como por ejemplo estudiar con los hijos (y a veces *por* ellos: de ahí el comentario no tan infrecuente de “hemos suspendido” tras un examen) con la pretensión de que aprendan a estudiar, o buscar la colaboración del niño en las tareas de casa y sin embargo terminar haciéndoselo todo. En estas situaciones, que no son fáciles de revertir, tratamos de ayudar a los padres a que vayan cediendo más áreas de responsabilidad a sus hijos, lo que implica aceptar y tolerar que cometen errores.
- “*Buscando el hijo perfecto*”. En el contexto cultural competitivo que hemos descrito más arriba, no es extraño que a veces los problemas de un hijo se vean mantenidos y exacerbados por la hiper-exigencia de los padres, que se traduce menudo en unas expectativas desmedidas en el campo académico, pero también deportivo y social. Cuando entendemos que este elemento está contribuyendo al problema, utilizamos un abordaje más psicoeducativo para hacer ver a los padres los inconvenientes y resultados negativos de este exceso de exigencia.
- “*Ya madurará*”. Se trata de un patrón interaccional de *laissez-faire* que se sitúa en las antípodas del anterior ya que los padres (o al menos uno de ellos) perciben las conductas de su hijo como problemáticas, pero entienden que es el niño el que debe de cambiar por su propia maduración, y en todo caso con la ayuda del “terapeuta-incubador”. En este caso también utilizamos un abordaje psicoeducativo, dirigido a que los padres adopten una postura de mayor exigencia.

Quisiéramos subrayar que no suele ser fácil conseguir que los padres modifiquen su forma habitual de abordar el problema o problemas de sus hijos. Para lograrlo es importante plantear la estrategia terapéutica desde la *posición* de nuestros interlocutores (Fisch et al., 1982), y estar dispuesto a ir despacio. Al fin y al cabo, el proceso de cambio de los padres también se caracteriza por una notable ambivalencia, en la que se mezclan el deseo de cambiar con el temor a lo desconocido y la preocupación de que pasar a actuar de forma diferente empeore las cosas, y por tanto se puede conceptualizar en términos de las fases propuestas en su día por Prochaska y di Clemente (1982). Por este mismo motivo, procuramos adaptar el nivel de dificultad y de exigencia de las tareas que proponemos al grado de motivación de nuestros consultantes; si en un momento dado no parecen dispuestos a realizar tareas, nos limitaremos a elogiar sus aciertos.

d) Hay una cuarta línea de intervención que hemos ido incorporando de forma sistemática en los últimos años, que consiste en propiciar que los padres del niño con problemas recuperen su *espacio como pareja*. Aunque en realidad se trata de una estrategia clásica, que se remonta a los escritos pioneros de la terapia familiar sistémica (Minuchin, 1974; Selvini et al, 1978), en nuestro caso la hemos recuperado a partir de nuestra experiencia con familias en situaciones de enfermedad crónica y discapacidad, en las que hemos podido constatar la necesidad de que los cuidadores dispongan de respiros (Navarro, 2004; Rolland, 1994). El punto de partida es que a menudo los problemas con uno o varios de los hijos centran de tal forma la atención de los padres y consumen tanto tiempo y energía, que éstos terminan desatendiendo no sólo su espacio personal, sino también su espacio como pareja. Nosotros hemos atendido a padres que, desde el inicio de los problemas manifestados por sus hijos llevaban dos, tres e incluso cuatro años sin haber pasado un día y ni siquiera una velada juntos y solos, como pareja, y eso a pesar de que en la mayoría de los casos sí había familiares disponibles para atender a los hijos. En esas situaciones, proponemos a los padres la tarea que denominamos “Un Respiro como Pareja” (Beyebach y Herrero de Vega, 2010), o “La Cita” (Gottman, Schwartz-Gottman y DeClarie, 2006) y que consiste simplemente en organizar una velada juntos, en la que por supuesto está prohibido hablar de los hijos. Tarea simple pero nada fácil de llevar cabo y que a menudo requiere una considerable persistencia de nuestra parte para que los padres la realicen. En nuestra experiencia, la mejor manera de plantear este experimento terapéutico es como una manera de retomar fuerzas a fin de seguir ayudando a su hijo con mayor eficacia. Una vez conseguida esta tarea, el paso siguiente es institucionalizar que este tipo de encuentros se produzca al menos una vez al mes. A veces, las objeciones a esta propuesta, o lo que sucede cuando se lleva a cabo, muestran que existe un verdadero problema de pareja; en ese caso ofrecemos la posibilidad de iniciar un trabajo terapéutico específico una vez que la situación con el hijo se haya estabilizado. En otros casos, el trabajo sobre los espacios de pareja pone de relieve algunas dificultades en la relación con la familia extensa, que puede ser necesario abordar.

Rituales para toda la familia

Ya hemos descrito en apartados anteriores algunas tareas que involucran a padres e hijos en la construcción de interacciones más positivas y emocionales. Aquí sólo queríamos añadir, sin ánimo de ser exhaustivos, algunos de los rituales familiares que nos gusta introducir a fin de potenciar el trabajo en equipo de todos los miembros (Beyebach & Herrero de Vega, 2010):

- “*El mural familiar*”. Esta tarea consiste en pedir a la familia que, entre todos, elaboren un mural en el que representen cómo quieren que sean las cosas en su familia. Padres e hijos colaboran dibujando, pintando o haciendo collage, a fin de representar sus deseos y aspiraciones.

- “*El escudo familiar*”. Esta tarea se dirige a reforzar la identidad como familia, especialmente en casos en los que se ha visto cuestionada por sucesos traumáticos. Pedimos a padres e hijos que colaboren para crear entre todos un “escudo familiar” que represente sus cualidades y fortalezas.
- La “*Tarea de la Sorpresa*” consiste en pedir a los miembros de la familia que, en secreto, preparen alguna sorpresa positiva para los demás; nos gusta pedirla como una tarea conjunta para los hermanos (hacer algo que sorprenda a los padres) y a los padres.
- En situaciones de reunificación familiar, o cuando se retoma la convivencia tras una separación temporal de los padres, suele ser importante crear con la familia algún tipo de *ritual de transición* que marque de forma simbólica y emocionalmente intensa la nueva etapa. Esta tarea terapéutica también puede ser oportuna para familias reconstituidas que no han tenido ocasión de realizar los rituales sociales habituales.
- Utilizamos desde hace años, con excelentes resultados, el “*Ritual para Cazar Miedos*” desarrollado por Michael White para situaciones de miedos infantiles (véase White, 1995)
- El ritual de “*Alimentar al tigre*” (Freeman et al., 1999) es otro procedimiento derivado de la terapia narrativa, muy útil para problemas de alimentación no muy cronificados.
- Una vez que el problema del niño ha sido superado con éxito, nos gusta proponer a la familia que realicen alguna *celebración* para congratularse por su éxito como familia y para marcar que han iniciado una nueva etapa. Esta celebración puede incluir la entrega de diplomas (no sólo a los niños, sino también a sus padres) así como invitar a todos los miembros de la red social que han aportado su apoyo y su ayuda. A veces añadimos la petición de que la familia grabe un vídeo explicando las claves de su éxito, o una carta dando consejos a otras familias que puedan estar atravesando la misma situación que ellos superaron.

Consolidación de mejorías y prevención de recaídas.

Una vez que la familia ha iniciado cambios significativos y la situación está mejorando, el foco de las entrevistas pasa a estar casi exclusivamente sobre las mejorías, tratando de generar descripciones detalladas de en qué consisten, que efectos sistémicos tienen, y cómo se están consiguiendo. Esta labor de construcción de avances a veces se ve complementada por una tarea de “deconstrucción del no cambio” (Herrero y Beyebach, 2004) y siempre incluye la prevención de posibles recaídas. La prevención de recaídas, que suele considerarse una intervención cognitivo conductual (Marlatt y Gordon, 1985; Witkiewitz y Marlatt, 2007), tiene en realidad una larga tradición en los enfoques estratégicos, donde se utiliza habitualmente (Fisch et al., 1982; Fisch et al., 1974). De todos modos, nosotros no trabajamos la prevención de recaídas con una intención paradójica, sino que la entendemos como una necesidad ante la constatación de que los cambios terapéuticos suelen incluir momentos de estancamiento y de cierto retroceso. Se trata pues de conversar con la familia acerca de qué situaciones podrían provocar un retroceso o un estancamiento en sus avances, para después elaborar conjuntamente estrategias para manejar mejor estos posibles contratiempos. A nosotros nos gusta trabajar este tema desde una posición de “abogado del diablo”, dejando que sea la familia la que vaya proponiendo soluciones prácticas a los inconvenientes que nosotros proponemos (Beyebach, 2006).

Aprendiendo de nuestros fracasos

A lo largo de los años hemos aprendido mucho de los éxitos de nuestras familias, pero también de nuestros fracasos terapéuticos. En esta última sección revisaremos algunos de las fuentes de nuestros fracasos, así como los aprendizajes que hemos extraído de ellos:

- Uno de nuestros primeros aprendizajes fue que en familias intactas la ausencia en terapia de uno de los progenitores (generalmente el padre) creaba, en efecto, importantes limitaciones a las posibilidades de cambio. Eso nos llevó a un planteamiento más proactivo, a un esfuerzo redoblado para contar desde la primera sesión con todos los miembros relevantes del sistema.
- En otras ocasiones el obstáculo para un trabajo conjunto proviene de que uno de los progenitores está ausente; esta situación se da especialmente en el trabajo con madres solteras o mujeres divorciadas. En estos casos hemos aprendido a dedicar un tiempo adicional a fomentar que la madre consolide y amplíe su red social, a fin de contar con más apoyos y poder disponer de más respiros.
- Posiblemente uno de los factores de fracaso más importantes tiene que ver con las dificultades para conseguir que los progenitores asuman su responsabilidad en el proceso de cambio de su hijo. A menudo, esto se debe a que ambos o uno de ellos se mantiene en la postura de que en realidad lo que su hijo necesita es que alguien (o algo, preferentemente una pastilla) le “cure”. Esta dificultad se acentúa ante problemas especialmente intimidantes (Fisch y Schlanger, 2002), como por ejemplo las amenazas de suicidio o las conductas auto-lesivas, ya que en esos casos los padres quedan paralizados por el temor de que pasar a la acción pueda empeorar la situación. Pero incluso en situaciones menos amenazantes no es raro que a los padres les cueste aceptar que ellos pueden efectivamente ayudar a su hijo, ya que esta visión contextual choca a menudo con la visión lineal que socialmente se privilegia (“es que el niño *tiene* algo que”, “es que la niña es muy...”). En esta tesitura, nosotros optamos por colaborar con los padres y explorar en más detalle cuál es su teoría del problema y de la solución (Duncan y Miller, 2000), a fin de poder presentar nuestra intervención de manera congruente con la visión que ellos tienen. Además, puede ser necesario dedicar un mayor espacio al trabajo individual con el niño o la niña y poner en a los padres en la posición de observar y detectar las mejorías.
- A veces la aparente incapacidad de los padres para movilizarse en ayuda del hijo se debe a que los padres están tan inmersos en su propio conflicto emocional que por momentos no pueden acercarse emocionalmente a sus hijos. Esta situación se suele dar cuando los padres están en un proceso de separación, así como en las situaciones de violencia de género en la pareja. En ambos casos, el “ruido” emocional dificulta que puedan atender adecuadamente las necesidades de sus hijos. En esta tesitura nos parece recomendable acompañar la terapia familiar de un espacio individual para que los adultos elaboren y superen sus propios conflictos.
- Cuando el problema presentado tiene que ver con la escuela (bajo rendimiento escolar, situaciones de *bullying*, enfrentamientos con los profesores) un factor de potencial fracaso terapéutico es trabajar solamente con la familia y desatender el otro sistema relevante, constituido por los profesionales del sistema educativo. Hemos aprendido que, aunque engorroso, es importante que conectemos con los orientadores y tutores del centro educativo a fin de lograr su cooperación y poner en marcha los cambios también en la escuela (Selekman, 1997, 2005). A menudo es necesario organizar reuniones conjuntas de padres y profesores y actuar como mediador entre estos dos sistemas en conflicto.

- Los problemas de coordinación también pueden darse en relación con otros profesionales, como trabajadores sociales, pediatras o psiquiatras infantiles. Entrar en competición con ellos implica triangular a la familia y en definitiva perjudicar al niño. De ahí que sea tan importante mantener el respeto profesional, incluso desde las diferencias de criterio, y promover una genuina cooperación. Esto es especialmente importante en los casos en los que la medicación sí puede resultar indispensable, como son algunos casos de trastornos de déficit de atención y/o hiperactividad o las psicosis infantiles.
- La última fuente de fracasos que quisiéramos mencionar es la de las recaídas. Como hemos descrito más arriba, hemos constatado que incluso en problemas infantiles de poca importancia conviene tener en mente la posibilidad de que haya momentos de retroceso. No tener en cuenta este riesgo y no advertir de él a la familia significa que una posible recaída va a generar fuertes sentimientos de fracaso y de desmoralización. De ahí que, como hemos señalado más arriba, la prevención de recaídas sea un ingrediente habitual en cualquier terapia.

Conclusiones

En este artículo hemos mostrado nuestra preocupación por el resurgimiento de una conceptualización intrapersonal y medicalizada de los problemas infantiles y hemos propuesto revalorizar el papel de los padres como agentes de cambio, así como aprovechar los recursos que los niños nos ofrecen para el trabajo terapéutico con ellos. Hemos descrito nuestra forma de proceder para iniciar una terapia con garantías de éxito y hemos detallado diversas estrategias de intervención de la Terapia Familiar Breve Cooperativa Basada en Fortalezas: en sesiones conjuntas con toda la familia, con los padres por separado y sólo con los niños. Terminamos ofreciendo una reflexión sobre las fuentes de nuestros fracasos terapéuticos, tratando de extraer de ellos algunas enseñanzas que permitan una terapia familiar más eficaz.

REFERENCIAS

Anderson, T., Ogles, B.M., Patterson, C., Lambert M.J. y Vermeersch, D.A. (2009). Therapist effects: facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 7, 755-768.

Anker, M.G., Duncan, B.L., y Sparks, J.A. (2009). Using client feedback to improve couple therapy outcomes: A randomized clinical trial in a naturalistic setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 693-704.

Bavelas, J.B., McGee, D.R., Phillips, B., y Routledge, R. (2000). Microanalysis of communication in psychotherapy. *Human Systems*, 11, 47-66.

Bertalanffy, L. von (1968). *General Systems Theory*. New York: Braziller.

Beyebach M. (1998). La Terapia Familiar Breve en el trabajo con niños y sus familias. *Familia. Familia. Revista de Ciencias y Orientación Familiar*. 16, 27-46.

Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder.

Beyebach, M. (2009). Integrative solution-focused brief therapy: a provisional roadmap. *Journal of Systemic Therapies*, 28, 18-35.

Beyebach, M. (2012). *Más papas y menos pastillas: terapia familiar breve en problemas infantiles*. Manuscrito no publicado.

Beyebach, M., y Herrero, M. (2010). *200 tareas en terapia breve*. Barcelona: Herder.

Beyebach M. y Rodríguez Morejón A. (1997). Lösungsorientierte Therapie in Spanien: die Erfahrungen der Salamanca-Gruppe. In (W. Eberling, ed.) *Kurzgefasst -zum Stand der lösungsorientierten Kurzzeittherapie in Europa*. Dortmund (Germany): Borgman, 252-277.

Beyebach, M., y Rodríguez Morejón A. (1999). Some thoughts on integration in solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 18-1 , pgs. 24-42.

Beyebach M., Rodríguez Sánchez M.S, Arribas de Miguel J., Herrero de Vega M., Hernández C. y Rodríguez Morejón, A., (2000). Outcome of solution-focused therapy at a university family therapy center. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 116-128.

Bohart, A. (2006). The active client. In (J.C. Norcross, L.E. Beutler y R.F.Levant, eds.). *Evidence-based practices in mental health. Debate and dialogue on the fundamental questions* (p.218-227). Washington: APA.

Cortés, B., Peralta, A, y Machado, M.C. (2007). *What makes for good outcomes in solution-focused therapy? A follow-up study*. Paper presented at the EBTA Conference, Brugges, September 2007.

de Shazer, S. (1988). *Clues. Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton

de Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.

de Shazer, S.. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton

de Shazer, S. y Berg, I.K. (1992). Doing therapy: a post-structural re-vision. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 71-81.

de Shazer, S., Berg I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W., y Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: Focused solution development. *Family Process*, 25, 207-221.

de Shazer, S. , Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCullom, E., y Berg, I. K. (2007). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy*. New York: Haworth.

Duckworth, A.L., Steen, T.A., y Seligman, M.E.P. (2005). Positive Psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629-51.

Duncan B.L. y Miller, S.D. (2000). *The heroic client. Doing client-directed, outcome-informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Dykes, M.A.y Neville K.E.(2000). Taming Trouble and other tales: Using externalized characters in solution-focused therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 74-81.

Fisch, R., y Schlanger, K. (2000). *Brief therapy with intimidating cases*. New York: Norton

Fisch, R., Weakland, J.H., Watzlawick, P., Segal, L., Hoebel, F.C., y Deardoff, C.M. (1975). *Learning brief therapy: an introductory manual*. Palo Alto (CA): Mental Research Institute.

- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1982). *The tactics of change. Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Franklin, C., Trepper, T.F., Gingerich, W.J. y McCollum, E.E. (eds), *Solution-focused brief therapy. A Handbook of evidence-based practice*, pp. 264-278.
- Freeman, J.C., Epston, D., y Lobovits, D. (1997). *Playful approaches to serious problems: narrative therapy with children and their families*. New York: Norton.
- Friedlander, M., Escudero, V., y Heatherington, L. (2006) *Therapeutic alliances with couples and families: An empirically informed guide to practice*. Washington: APA.
- Furman, B., & Ahola T. (1992). *Solution talk: Hosting therapeutic conversations*. New York: Norton.
- García de Viñuesa, F., González Pardo, H. & Pérez Álvarez, M. (2014). *Volviendo a la normalidad. La invención del TDAH y del trastorno bipolar infantil*. Madrid: Pirámide.
- Gergen, K (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Gottman, J.M., Schwartz, J. y DeClarie, J. (2006). *10 lessons to transform your marriage*. New York: Crown Publishers.
- Herrero de Vega (2006). *Un estudio sobre el proceso de cambio terapéutico: el manejo de "casos atascados" en terapia sistémica breve (A study on the therapeutic change process: dealing with "stuck cases" in brief systemic therapy)* Unpublished doctoral dissertation. Salamanca: Universidad Pontificia.
- Herrero, M. y Beyebach, M. (2004). Between-session change in solution-focused therapy: A replication. *Journal of Systemic Therapies*, 23, 18-26.
- Kalischuk, R.G., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K., y Solowoniuk, J. (2006). Problem gambling and its impact on families: a literature review. *International Gambling Studies*, 6, 31-60.
- Kazdin, A.E., (2004). Psychotherapy for children and adolescents. En (Lambert, ed.). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change*, (5rd edition, pp. 543-589). New York: Wiley.
- Kral, R. y Kowalski, K. (1989). After the miracle: the second stage in solution focused brief therapy. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 8, 73-76.
- Lambert, M.J. (2005). Enhancing psychotherapy outcome through feedback. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61.
- Lebow, J. (2006). *Research for the psychotherapist: from science to practice*. New York: Routledge.
- Leff, J., y Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families: its significance for mental illness*. New York: Guilford.

- Marlatt, G.A., y Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. New York: Guilford Press.
- McGee, D. Del Vento, A. y Bavelas, J.B. (2005). An interactional model of questions as therapeutic interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31, 371-384.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. Nueva York: Guilford Press.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, S., y Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nardone, G., y Watzlawick, P. (1990). *L'Arte del cambiamento*. Florencia, Italia: Ponte alle Grazie
- Navarro Góngora, J. (2004). *Enfermedad y familia. Manual de intervención psicosocial*. Barcelona: Paidós.
- Omer, H. (2004). *Nonviolent resistance. A new approach for violent and selfdestructive children*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Pérez Opi, E., y Landarroitajáuregui, J.R. (1995). Teoría de pareja : introducción a una terapia sexológica sistémica. *Revista de Sexología*, 70-71, 5-207.
- Pinsof, W.M. (1995). *Integrative problem-centered therapy*. New York: Basic Books.
- Prior, M. (2010). *Beratung und Therapie optimal vorbereiten. Informationen un Interventionen vor dem ersten Gespräch*. Heidelberg: Carl Auer.
- Prochaska, J.O., y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- Quick, E. (1996). *Doing what works in brief therapy. A strategic solution focused approach*. Burlington, MA: Academic Press.
- Rolland, J. (1994). *Families, illness and disability*. New York: Basic Books.
- Saggese, M.L. y Foley, F.W. (2000) From problems or solutions to problems and solutions: integrating the MRI and solution-focused models of Brief Therapy. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 59-73.
- Selekman M.D. (1997). *Solution-focused therapy with children: Harnessing family strengths for systemic change*. New York: Norton.
- Selekman, M.D. (2005) *Pathways to change. Brief Therapy with difficult adolescents* (2nd edition) New York: Norton.
- Selekman, M.D. y Beyebach, M. (2013). *Overcoming self-destructive habits: Pathways to solution with couples and families*. New York: Guilford.

Selvini-Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G., y Prata G. (1978). *Paradox and Counterparadox*. New York: Aronson.

Shilts, L. y Reiter, M.D.(2000). Integrating externalization and scaling questions: Using "visual" scaling to amplify children's voices. *Journal of Systemic Therapies*, 19, 82-89

Szapocznik, J., Kurtines, W. M., Foote, F., Perez-Vidal, A., y Hervis, O. E. (1986). Conjoint versus one person family therapy: Further evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 395-397.

Szapocznik, J., Perez-Vidal, A., Brickman, A., Foote, F. H., Santisteban, D., Hervis, O. E. et al. (1988). Engaging adolescent drug abusers and their families into treatment: A strategic structural systems approach. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 552-557.

Wampold, B.D. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. London: Lawrence Erlbaum Associates.

Wampold, B.E. (2006). What should be validated? The psychotherapist. In J.C. Norcross,

L.E.Beutler, R.F. Levant (Eds.). *Evidence-based practices in mental health*, pp.200-208. Washinton: American Psychological Association.