

Intervención Psicoterapéutica en Fases con Adolescentes con Conductas Adictivas y sus Familias

Carla M.^a Cabrejas¹ y Paula San Juan²

¹Fundación Cuin – carlacabrejas@gmail.com

²Clínica Cabal – paulasanjuangutierrez@gmail.com

Resumen

Se presenta un modelo de psicoterapia integrador en fases para trabajar con adolescentes y jóvenes con conductas adictivas y sus familias. Dicho modelo, está sustentado sobre terapias basadas en la evidencia que tienen su raíz en la Entrevista Motivacional, el Modelo Transteórico de cambio, la Terapia Familiar Sistémica, la Psicoterapia Integrada Cognitiva Analítica y la Terapia de la Mentalización, además de hacer especial hincapié en el desarrollo de una buena alianza terapéutica, integrando algunos de los conceptos y beneficios que aporta la práctica Mindfulness en todo ello. Este modelo de Psicoterapia se divide en 4 fases: *bienvenida, profundización, cambio y desenlace*. Para cada una de ellas se detallan las características esenciales establecidas en función de su cometido, el trabajo terapéutico que se lleva a cabo con los miembros de la familia y el adolescente, las técnicas que se pueden aplicar y los obstáculos que pueden surgir en cada momento. También se especifican los aspectos relativos al papel del terapeuta en todo el proceso de la intervención. La intervención psicoterapéutica en fases con adolescentes, pone el foco en la relación circular, favoreciendo que aunque originariamente acudieran al Programa de forma no voluntaria, vayan aceptándolo de forma progresiva, que se genere un vínculo seguro entre los diferentes miembros y se desarrolle una actitud proactiva hacia el cambio, mejorando su situación actual.

Palabras clave: adolescencia, familias, conductas adictivas, psicoterapia integradora, fases

Abstract

A phase integrative psychotherapy model is hereby presented to work with teenagers and young people with addictive behaviours as well as with their families. This model is based on evidence-based therapies with the roots of the Motivational Interviewing, the Transtheoretical Model of changes, the Systemic Family Therapy, the Cognitive Analytical Integrated Psychotherapy and the Mentalization based therapy, in addition to placing special emphasis on developing a good therapeutic alliance, integrating some of the concepts and benefits that Mindfulness practice brings to all of this. The phases of Psychotherapy are divided into: welcome, deepening, change and outcome. Each phase is detailed describing the most important features of each task, the therapeutic work that is carried out with family members and the teenager, the techniques that can be applied and the obstacles that may arise eventually. Furthermore, some aspects of the therapist's

role in the entire intervention process are specified. The psychotherapeutic intervention in phases with teenagers focuses on the circular relationship, favouring that those teenagers who previously came to the Program unintentionally, they progressively accept it, generate a secure attachment bond between the different members and develop a proactive attitude towards the change, thus improving their current situation.

Keywords: adolescence, families, addictive behaviours, integrative psychotherapy, phases

Programa Preventivo de Conductas Adictivas

El modelo de psicoterapia que se va a desarrollar a continuación se aplica en un programa preventivo de conductas adictivas para adolescentes de 12 a 20 años y sus familiares. Los adolescentes acuden a consulta para tratar conductas adictivas y/o comportamientos que ponen en riesgo su vida.

La inclusión de la familia en el proceso de intervención se considera fundamental, por entender que parte de la problemática y/o de los factores de protección se encuentran en la dinámica familiar y que la implicación del sistema familiar favorece el mantenimiento a largo plazo de los objetivos conseguidos con el joven.

La clasificación que realiza J. A. Abeijón (2017) de L. Cancrini sobre las personas que tienen algún tipo de comportamiento adictivo, distingue tres grandes grupos: los *experimentadores*, que “exploran” la conducta adictiva durante un tiempo concreto, en ambientes lúdicos o relacionales, sin que aparezca dependencia; los que *muestran dependencia*, debido a que la sustancia o actividad adictiva conecta con necesidades íntimas del adolescente, desarrollándose patologías, y los *toxicómanos*, que hacen de dicha sustancia o comportamiento su forma de vida e identidad. La gran mayoría de los adolescentes que acuden al programa pertenecen a los dos primeros grupos, y acuden de forma no voluntaria.

El tratamiento se desarrolla en distintas fases, pero es la familia y sus circunstancias las que lo guían, pudiendo pasar de una fase a otra, o utilizando técnicas de cada fase según proceda. Se considera importante tener una “flexibilidad razonable” pues no siempre es posible mantener el método puro con una estructura predeterminada fija (Slade, 2008).

Base Teórica de la Psicoterapia con Adolescentes con Conductas Adictivas y sus Familiares

Antes de comenzar a detallar las distintas fases propias del tratamiento con adolescentes con conductas adictivas, nos vamos a detener a mencionar las bases psicoterapéuticas sobre las que se sustenta este modelo, cuya característica fundamental es el **enfoque integrador** que aporta.

1. Uno de los principales elementos que se tienen en cuenta a la hora de iniciar un proceso de terapia, es la importancia de la **alianza terapéutica**. Es bien conocido el trabajo que defiende el movimiento humanista, con respecto a la alianza terapéutica y las características fundamentales que según Rogers (1957) debía de tener el terapeuta: empatía, congruencia y aceptación incondicional hacia el cliente. Todas las investigaciones posteriores acabaron considerando a la alianza terapéutica como elemento esencial de cualquier psicoterapia independientemente de su enfoque.

En el caso concreto de las alianzas terapéuticas a establecer con adolescentes, las investigaciones destacan como elementos clave para que el vínculo relacional sea exitoso los siguientes: que el terapeuta sea empático, que trate al adolescente como persona madura y capaz (Martin, Romas et al. 2006), que explore lo que es interesante para el adolescente así como su propio motivo de consulta, que le tome en serio, que le ayude a encontrar el significado a su problemática y que use un lenguaje acorde a su edad (Binder, Holgersen y Nielsen, 2009).

Y así como en cualquier terapia con independencia de la edad las primeras sesiones son claves para establecer una buena relación terapeuta-paciente, en el caso de los adolescentes, el contacto inicial en psicoterapia

es crítico y la relación posterior dependerá en gran medida de lo que haya pasado en la primera consulta (San Juan, P. y Cabrejas C., 2016). Por otra parte, hay estudios que demuestran que la aceptación del tratamiento aumenta cuando el terapeuta coopera con el paciente permitiéndole establecer sus propios objetivos de tratamiento y trabajan conjuntamente para alcanzarlos (Hester y Miller, 1989).

Otra de las claves de este modelo es la intervención con la familia que rodea al adolescente, gracias a la que se genera un vínculo terapéutico con el sistema y con cada uno de los miembros del mismo, estableciendo y manteniendo alianzas múltiples.

2. Se destaca la aplicabilidad del **Mindfulness** a este modelo, no solo por los beneficios que aporta la práctica de mindfulness al terapeuta para desarrollar y potenciar sus habilidades terapéuticas, sino también por la utilidad que tiene enseñar metodología mindfulness a los adolescentes y familiares, en tanto que les permita fomentar su regulación emocional, aumentar la conciencia de sus estados emocionales e impulsos adictivos y trabajar la aceptación y afrontamiento del malestar. Se observa también su aplicación en el ámbito de la prevención de las recaídas, como en el conocido programa MBPR (Witkiewitz, Marlatt y Walker, 2005). Y resulta útil y efectivo al contribuir al desarrollo de la aceptación de las situaciones desagradables y la toma de mayor conciencia de los eventos, en vez de evitarlos a través de los consumos de sustancias (San Juan, Saavedra y Cabrejas, 2017).

El Programa no propone un entrenamiento estructurado de las habilidades mindfulness para los adolescentes, pero los terapeutas que practican mindfulness se benefician con su práctica del cultivo de factores clave para una buena psicoterapia y el desarrollo de habilidades o actitudes terapéuticas que inciden directamente en el reforzamiento y éxito de la alianza terapéutica (San Juan, Cabrejas et al, 2016). La aplicación del mindfulness en la terapia favorece una relación más consciente con el adolescente. La aportación por parte del terapeuta del aprendizaje de habilidades

mindfulness basadas en los principios de autocompasión, aceptación, no juicio, paciencia, confianza, y habilidades de autorregulación emocional es una valiosa herramienta para el adolescente para regular y controlar sus reacciones ante los estímulos perjudiciales para ellos. La práctica de mindfulness y las estrategias de regulación emocional, favorecen el logro de la atención y la toma de conciencia, reduciéndose la impulsividad, alcanzando un mayor control de pensamiento y la conducta y aumentando su capacidad para no recaer en el consumo.

3. Otro de los factores relevantes a tener en cuenta en las primeras sesiones de terapia, además del buen vínculo terapéutico que se establezca entre el consultante y el terapeuta, es el enfoque que aporta la **Entrevista Motivacional** (Miller y Rollnick, 1991); para promover la motivación hacia el cambio de las personas que se encuentran en procesos adictivos. La Entrevista Motivacional es un enfoque de terapia breve, congruente con los trabajos de Prochaska y Diclemente sobre el Modelo transteórico de cambio y con la Terapia centrada en el cliente de Rogers.

La Entrevista Motivacional pretende hacer frente a las resistencias habituales que surgen en los contextos de terapia no voluntaria con adolescentes. Es frecuente que en un inicio el adolescente no desee colaborar, que su actitud sea pasiva ante el terapeuta, que desconfíe del programa y no tenga expectativas positivas sobre su implicación en las sesiones. Una de las resistencias más comunes es el rechazo a cambiar su hábito de consumo. A menudo, los adolescentes se sienten orgullosos y/o satisfechos con su consumo de sustancias y valoran la gran ventaja que les aporta la sustancia para "olvidarse de los problemas" o "relajarse". Tener presente el enfoque de Miller y Rollnick, ayuda a que todas estas resistencias, se afronten desde la escucha activa y empática; la psicoeducación y el diálogo para trabajar la ambivalencia, ofreciendo al joven nuevas ideas y maneras de ver su situación, con el objetivo de que acaben desencadenando un cambio de hábito.

Con este enfoque, se rechazan las estrategias por parte del terapeuta de manipulación, persuasión y amenaza con la intención de generar un cambio, que sólo conseguirían que el adolescente no colaborase y abandonara el Programa lo antes posible. El terapeuta debe estar atento a la aparición de resistencia o negación por parte del joven, para comprobar si está asumiendo más motivación de cambio que la que dispone el adolescente realmente y modificar sus estrategias de motivación.

4. En relación con la Entrevista Motivacional, como hemos mencionado, se destaca el trabajo realizado por Prochaska y Diclemente y su **Modelo Transteórico de cambio** (1982). Según este modelo, se entiende que la persona con una conducta adictiva o conducta no saludable, atraviesa por diferentes fases de cambio (*precontemplación, contemplación, disposición al cambio, acción, mantenimiento y recaída*), hasta que su motivación, decisión y actuación para cambiar dicha conducta son más estables, firmes y se mantienen en el tiempo. Se contempla este modelo circular, tanto para la evolución de cambio en la conducta adictiva, en caso de haberlo, como para el avance o retroceso en la propia implicación del adolescente y la familia en la terapia y en la aproximación a los objetivos terapéuticos acordados tanto individuales como familiares. Reflexionar y trabajar sobre las “caídas” o retrocesos en el proceso de cambio es fundamental, para que los miembros de la familia aprendan de su propio proceso de cambio, e identifiquen los factores de riesgo que les acompañan, sus resistencias y obstáculos y para fortalecer sus recursos y potencialidades.

Trabajar bajo el enfoque de este modelo, es útil para que el terapeuta y paciente puedan conocer y valorar el estadio actual en el que se encuentra cada miembro de la familia y trabajar con las estrategias acordes a dicha fase. Trabajar otras estrategias de otros estadios diferentes a aquél en el que se encuentran, podría provocar el desánimo, la resistencia al cambio, la no evolución o el abandono de la terapia por parte de los jóvenes, de la familia, o de ambos.

5. Las intervenciones terapéuticas del Programa tienen de base la **Terapia Sistémica Familiar desde el enfoque estructural- estratégico**. La adolescencia se relaciona con una crisis en el ciclo vital familiar y la conducta adictiva puede generar que se queden anclados en ella. El tratamiento pone el énfasis en las relaciones y en la interacción entre la familia y el terapeuta. El resultado del tratamiento depende tanto del adolescente, como de la familia y del terapeuta. Se esclarecen los patrones habituales y las interrelaciones que estaban funcionando como parte del problema y se pone el foco en las pautas sanas y excepciones que ya existen entre ellos pero no se han reconocido.

Implicar a la familia en el proceso de intervención del Programa, es vivido por el adolescente como positivo en tanto que el problema no se enfoca solo en el hijo/a, sino que se sitúa dentro de la globalidad del sistema familiar, y por tanto, todos sus integrantes son responsables con su actuación de favorecer el cambio hacia dinámicas relacionales más sanas.

6. La **Psicoterapia Integrada Cognitivo Analítica (PCA)** ofrece una teoría general de psicoterapia que se puede aplicar en contextos muy diferentes. Como recuerda Mirapeix (2014), la PCA cada vez cuenta con más soporte empírico en el tratamiento de los trastornos de personalidad, tanto en adultos como en adolescentes. El trabajo terapéutico está orientado hacia la personalidad del paciente, es decir, se comprende a la persona que acude a la terapia, desde su propia individualidad, con sus procesos de regulación cognitiva emocional, sus dinámicas relacionales, recursos personales, que están determinados por sus propios rasgos de personalidad e historia de vida y aprendizaje. Sólo comprendiendo y atendiendo a todos estos aspectos se podrá acompañar verdaderamente a las personas que acuden al Programa. El self, de cada individuo, es entendido como una multiplicidad de estados mentales, los cuales derivan de las distintas maneras de sentir, actuar y pensar que tiene la persona en cada momento consigo mismo y con los demás. Estos estados mentales están influenciados o condicionados en parte, por su propia historia

de vida, relaciones interpersonales y rasgos de personalidad. Es importante, detenerse a identificar bien con el adolescente los diferentes estados mentales para que sea consciente de ellos y reconducir aquellos que estén influyéndole para mantener conductas problemáticas o adictivas que no le permiten el desarrollo saludable para su edad.

Debido también a la etapa evolutiva de los adolescentes, las relaciones interpersonales, son fundamentales y están más que nunca en constante desarrollo e influencia. Por tanto, trabajar los estados mentales del self como diadas relacionales, es decir, como roles recíprocos, es fundamental para que el adolescente se comprenda a sí mismo también desde la comprensión de los de su alrededor.

Para todo este trabajo terapéutico de profundización en la individualidad del adolescente, se requiere de una capacidad de función reflexiva o mentalización suficientemente óptima, que ha de trabajarse previamente o en paralelo con el adolescente, y que se especifica con más detalle en el apartado siguiente.

7. **La terapia basada en la Mentalización (MBT)** de Bateman y Fonagy, se originó en un principio para tratar a pacientes con trastorno límite de la personalidad en contextos de hospitalización parcial, pero actualmente se trata de un enfoque más amplio que aborda los trastornos de personalidad en una variedad más amplia de situaciones clínicas, incluso para personas con abuso de sustancias (Bateman y Fonagy, 2010) y para el trabajo con familias y adolescentes, en colegios, y para manejar grupos sociales (Asen y Fonagy, 2012).

El constructo de mentalización o función reflexiva se define como la capacidad para comprender el comportamiento propio y ajeno en términos de estados mentales. Esta capacidad es un determinante clave para la organización del self, la regulación emocional y el establecimiento de relaciones interpersonales satisfactorias (Mirapeix, 2014). Es una función cognitiva esencial para la convivencia y las interacciones en un mundo social. Los individuos con una buena capacidad de mentalización logran comprender los

pensamientos de los otros y procesar adecuadamente los acontecimientos que les sirve para procesar sus experiencias. Se adquiere y desarrolla dentro de las relaciones de apego tempranas y es el resultado de un proceso evolutivo que, en determinadas ocasiones puede torcerse (Bateman y Fonagy, 2004), y se puede ver afectada y deteriorada debido a la presencia de algunos factores de riesgo como los relacionados con el ambiente familiar y sistema de apego.

En definitiva, una adecuada capacidad para mentalizar es fundamental para la regulación de nuestras emociones (Bateman y Fonagy, 2006), si por el contrario la persona tiene una débil capacidad de mentalización, será más vulnerable a los cambios y a las presiones que se produzcan en su entorno, siendo más vulnerable por ende al consumo de sustancias con el consiguiente riesgo que esto supone. El modelo reflexivo o de mentalización estimula más a pensar en las conductas que en cambiarlas, aunque habitualmente los cambios en el comportamiento siguen a cambios en el pensamiento y en las representaciones.

Fases de la Psicoterapia con Adolescentes con Conductas Adictivas y sus Familiares

A continuación, se presenta el modo de trabajo psicoterapéutico desglosado en cuatro fases: *bienvenida, profundización, cambio y desenlace*. Asimismo, existen labores de coordinación transversal con los agentes que acompañan al joven y/o a la familia durante todo el proceso. Se contacta con frecuencia con los profesionales que trabajan y atienden a los adolescentes y a sus familias, con el objetivo de coordinar las actuaciones necesarias y lograr objetivos comunes.

Realizar una atención individualizada de cada familia, actuar de manera conjunta con los diferentes profesionales que rodean la familia y trabajar de forma complementaria hacia los mismos objetivos, aumenta las posibilidades de éxito familiar.

Las fases que desarrollamos a continuación siguen la estructura de las fases de psicoterapia individual de Beitman (1987).

Fase 1: Bienvenida

Durante esta fase se desarrolla la acogida de la familia que acude al Programa. Se realiza la *evaluación psicológica* del caso y una aproximación en la que se examina el motivo de consulta, la situación familiar, social, emocional, escolar, legal y de consumo. A la par que se va creando una alianza terapéutica y se colabora con los distintos sistemas que engloban al adolescente, familia y técnicos de intervención (Servicios Sociales, Atención primaria, Salud Mental, Centro Escolar...).

En la Bienvenida, se dedica un gran esfuerzo a generar una *alianza terapéutica sana* tanto con el adolescente como con cada miembro de la familia que le acompañe. Se pone énfasis en las cuatro dimensiones de la alianza terapéutica según el Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF): enganche en el proceso terapéutico, conexión emocional con el terapeuta, seguridad en el sistema terapéutico y sentido de compartir el propósito de la propia terapia.

Establecer una relación terapéutica segura con los adolescentes conlleva tiempo y esfuerzo, y esta fase de Bienvenida se torna imprescindible para el tratamiento terapéutico, si bien, la relación terapéutica se analiza y evalúa a lo largo de todas las fases de la psicoterapia. A través de esta relación se produce el cambio en el joven y en la familia, de ahí la importancia de tenerla siempre presente, de poder hablar sobre ella y de trabajarla según la fase y momento en que nos encontremos. Facilitar que el adolescente y la familia se permitan ser en terapia tal como son, con sus miedos e inseguridades, y comprobar que son aceptados sin juicio y comprendidos por el terapeuta, facilita que los miembros de la familia sientan el Programa como su lugar seguro, lo que constituye una buena base para el resto del tratamiento.

Las familias que inician un tratamiento, lo hacen con una amplia variedad de expectativas, miedos, esperanzas y preocupaciones. Por ejemplo, pueden esperar ser criticados, aconsejados, escuchados, culpabilizados... así que recoger a cada miembro, poner en palabras estas expectativas y miedos, estructurar previamente la primera sesión y la terapia en general (tiempo de la sesión, frecuencia, intensidad variable según el transcurso de la misma...) tiende a tranquilizarlos y favorece una

mejor predisposición.

Adolescente y terapeuta co-construyen una conversación acorde a los tiempos, capacidad de mentalización y deseos del joven. Las hipótesis se comparten y plantean con la familia y sirven para guiar el proceso hacia una narrativa alternativa que ofrezca una explicación válida para todos los miembros familiares. No son aseveraciones irrefutables, sino comunicaciones dirigidas a la mente, que facilitan a las familias el pensar en sí mismas como personas y como grupo con mente, capaces de utilizar palabras y pensamientos de manera diferente para generar un cambio en la dinámica familiar.

Los principales objetivos de esta fase son establecer una alianza terapéutica con el joven y con su familia, que facilite que el Programa sea un lugar seguro para cada uno de los miembros familiares, y especialmente para el adolescente. Y fomentar una *búsqueda de objetivos comunes* que promuevan el incremento de la motivación para reforzar el compromiso en la terapia.

Técnicas

Aunque parezcan técnicas básicas, son imprescindibles y fundamentales. La empatía, la calidez de la acogida, la congruencia del terapeuta con lo que es, transmite y expresa con su lenguaje verbal y no verbal, su capacidad de ser auténtico en terapia, de promover a utilizar lo mejor de cada uno para poder ofrecérselo al otro de forma natural y espontánea en la terapia, y la aceptación incondicional de la familia son básicos para poder comenzar a trabajar.

Es importante cuidar el espacio y el lugar en el que se sitúa el terapeuta físicamente, por lo que es bueno preguntar a la persona dónde quiere, que se coloque el terapeuta para sentirse cómodo. Siempre que sea posible, es adecuado ir variando el espacio según lo que intentemos transmitir, según lo que nos pida la persona y según el momento de la terapia.

En esta fase se utiliza alguna técnica de la Entrevista Motivacional como evitar la discusión con el adolescente que tiene una conducta adictiva, ya que defender un argumento puede provocar actitudes defensivas. La resistencia en el adolescente indica que se deben cambiar las estrategias que se han utilizado. Para eso puede ser

adecuado verbalizar estas impresiones, pedir disculpas si ha habido dificultades de comprensión o explicitar que no se está en su contra.

La gran mayoría de los jóvenes que acuden, no vienen por voluntad propia o al menos no vienen queriendo dejar el consumo y/o la conducta adictiva. Es importante negociar objetivos comunes por los que les pueda interesar acudir a las sesiones. Comenzar por lo que el adolescente considera importante, es fundamental para sentirse aceptado, escuchado y valorado.

En la sesión de Bienvenida es muy importante analizar las fortalezas del joven y de la familia. En muchas ocasiones el adolescente viene con la etiqueta familiar de “oveja negra”, y poder salir de la primera sesión con otra visión sobre sí mismo, sobre la familia, así como valorar el esfuerzo, la preocupación, el dolor y la frustración de cada miembro del sistema, y también las fortalezas y momentos positivos, el deseo de volver a estar bien entre todos, generan expectativas positivas hacia la familia y hacia la terapia en general. La familia, junto con el terapeuta, son los responsables del cambio y la consideración de se pueden realizar fomenta un cierto grado de alivio y esperanza.

Se analiza el estadio de motivación en que se encuentra el joven, y el nivel de mentalización, el estilo de apego y los rasgos de personalidad que tiene cada miembro de la familia, al objeto de estructurar las técnicas a utilizar en la sesión, que la familia sea capaz de integrarlas.

Primero se estudian las técnicas, luego se practican y por último se integran y olvidan. La meta es trascender lo técnico. Sólo alguien que ha dominado la técnica y ha conseguido olvidarla puede llegar a ser un terapeuta competente (Minuchin, 2012).

Contenido

El principal contenido que se trata en esta fase es el motivo por el cual acuden a terapia, evaluación de la historia evolutiva, de la conducta adictiva, del tipo de apego familiar y del conflicto intrapersonal e interpersonal que el comportamiento adictivo u otros problemas les ocasionan.

Asimismo, en la bienvenida se explora la influencia de tratamientos terapéuticos previos, sobre todo si en los mismos no se sintieron comprendidos o aceptados.

Resistencias

Es habitual que algún miembro de la familia acuda con actitudes de desconfianza y defensivas. Los miedos y ambivalencias hacia el proceso terapéutico y/o hacia hablar sobre algún problema oculto salen a la luz en esta etapa de bienvenida y a lo largo del proceso.

La evasión de los conflictos suele manifestarse a través de las conductas adictivas que utilizan los adolescentes: fumar cannabis, jugar a diferentes juegos on line, no estar en casa de manera habitual, conductas hipersexualizadas, etc. y tienden a generar multiproblemas en diferentes contextos (familiar, escolar, social, legal)

Los adolescentes muestran una baja tolerancia a la frustración, impulsividad, búsqueda de sensaciones y dificultades para aceptar las normas. Es fundamental tener en cuenta todos estos aspectos y trabajar en ellos.

Para disminuir las resistencias familiares hay que trabajar en función del grado de mentalización que tenga la familia y del tipo de apego.

Aspecto Relacional

En esta primera fase, se trabaja para establecer la confianza. Se busca que la familia perciba al terapeuta como una persona en la que se puede confiar, que no intenta intencionadamente herirla o explotarla, y que posee el conocimiento, la capacidad y la experiencia necesarias para ayudarles a resolver las dificultades que les han llevado a consulta. A medida que avanza la terapia, seguirán aflorando los problemas planteados por la confianza, así que no se debe suponer que una vez establecida, se mantiene inalterada para siempre.

Fase 2: Profundización

En la segunda etapa se desarrollan dos aspectos paralelos: por un lado se continúa con la evaluación, la cual se realiza a lo largo de todo el tratamiento, pero es especialmente en esta fase cuando se hace más hincapié para tener una idea global y profundizar en las características del caso. Y por otro, se interviene en la disminución de las situaciones y conductas de riesgo.

a) En la *evaluación* se tienen en cuenta la historia biográfica del joven (historia familiar, escolar, social, legal y de salud), los rasgos de personalidad, estados del self, el tipo de apego de

cada miembro familiar y los roles recíprocos presentes. Se analiza el funcionamiento y las dinámicas familiares existentes (o las producidas en el lugar donde el joven convive), la capacidad de mentalización de cada miembro y la posibilidad de que exista alguna patología concurrente.

En la fase de profundización se explora específicamente la *conducta adictiva*, con especial atención a la conciencia del problema, la motivación y disposición al cambio, los factores de riesgo y los factores de protección presentes (tanto a nivel individual, social como familiar). Dicha exploración puede servirnos para decidir el abordaje idóneo o para orientar hacia el recurso más adecuado en el caso de existir una patología concomitante entendida como severa y no manejable desde el Programa. En ese momento, se orienta y guía a la familia con el triple objetivo de tranquilizar, ofrecer alternativas y motivar para el futuro tratamiento.

Es fundamental entender la naturaleza y severidad de los problemas, el desarrollo de los factores causales y los de mantenimiento y considerar la repercusión de los mismos, identificar y resaltar las fortalezas familiares y ajustar las metas del tratamiento.

b) Una vez que el adolescente siente el Programa como un lugar seguro, donde poder confiar y reconstruir sus problemas, el siguiente paso es realizar un *Plan de Crisis*, para atender y gestionar las conductas problemáticas más graves e inmediatas, en el caso de que existan, como pueden ser: consumos problemáticos, conductas delictivas, violencia filiofamiliar, autolesiones, etc.

Este plan de crisis es individualizado para cada joven y cuenta con el apoyo de los sistemas que le rodean: familia y profesionales. De forma que cada miembro implicado tenga sus propias pautas para favorecer la meta común de que el joven esté a salvo y/o seguro. Durante la co-construcción de este plan de crisis, se trabaja en el primer bloque de la mentalización: se focaliza la atención en la regulación, especialmente de los adolescentes, pero en general de todos los miembros del sistema y en las estrategias de autocuidado que tiene cada uno. Se presta atención a las diferentes reacciones corporales y a sus conductas, de forma que la familia vaya aprendiendo a observarse de forma más aguda y desarrolle nuevos recursos de regulación emocional y autocuidado.

Los objetivos de esta fase consisten en explorar el caso en profundidad, a la vez que se trabaja con la familia para disminuir las conductas de riesgo. Mediante la intervención se fomenta que los familiares se hagan conscientes de que existen problemas, acepten que éstos les causan malestar y se motiven para generar nuevas dinámicas. De esta manera se favorece un avance en la escala de estadio del cambio de Prochaska y Diclemente.

Técnicas

Se practica la escucha activa y los genogramas familiares para identificar los temas de preocupación recurrentes, las pautas de interacción redundantes, el afloramiento de conflictos repetidos y el tono afectivo predominante en la familia (Bagarozzi, D. A. y Anderson, S. A., 1996).

Mediante los mapas de estados mentales se trabaja la multiplicidad del self y con ello la integración de la identidad. Esta herramienta ayuda a activar y explicar los distintos estados mentales con coherencia, estabilidad, continuidad a lo largo del tiempo; promoviendo una capacidad de describirse a sí mismo y una visión de los demás, multifacética y compleja; implicando una comprensión de los aspectos positivos y negativos de uno mismo y de los otros en un contexto social y temporal determinado. Los mapas mentales en la fase de profundización ofrecen un importante conocimiento sobre la situación-problema.

Se tiene en cuenta la capacidad de mentalización de cada miembro de la familia, para favorecer su desarrollo y que sean capaces de ver más allá de la "conducta problema" de su hijo/a. Se les acompaña en el proceso de ser más conscientes de sus afectos, conductas y en especial en los momentos de conflictos, que es cuando puede haber un déficit mayor en la capacidad de mentalización, de autorregulación y de ayudar a mentalizar a su hijo/a. De esta forma se favorecen las interacciones padres-hijo/a en las que el/la joven se sienta seguro y comprendido (Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N., Muller, N., 2019). En estos casos, resulta de gran utilidad introducir las enseñanzas propias del mindfulness, con la intención de favorecer su autorregulación, pues pueden llevar a cabo la atención plena en cualquier momento a través de ejercicios simples y es el paso necesario y previo a cualquier actuación más meditada o controlada. De esta manera,

eliminan patrones impulsivos y automáticos, propios de estrategias disfuncionales aprendidas en el pasado.

En esta fase se utiliza también alguna técnica de la entrevista motivacional. Para motivar al cambio, son útiles las preguntas abiertas, las afirmaciones terapéuticas o reflejos de lo que la persona narra, los reconocimientos de sus fortalezas y de los esfuerzos que hace el joven. Los resúmenes, favorecen la síntesis para que se sienta escuchado y validado. Se trabajan las resistencias y discrepancias para aumentar su autoconocimiento y para que pueda darse cuenta de la discrepancia entre sus metas futuras y sus comportamientos actuales.

Se proporciona psicoeducación sobre el efecto de las sustancias y las consecuencias de las mismas y se refutan los mitos adyacentes a las sustancias o conductas adictivas, si el adolescente está en un estadio de cambio óptimo para aceptar dichos argumentos.

Se comparten microreformulaciones positivas para cambiar el foco del problema, y en vez de focalizarlo exclusivamente en el adolescente, se amplía el foco a todos los integrantes del sistema familiar de modo que la responsabilidad de la resolución del problema dependerá de la implicación de todos.

Por último, pero no menos importante, se realiza un plan de crisis familiar para prevenir las conductas de riesgo más graves donde se detalle los pasos y acciones a realizar.

Contenido

El principal contenido de esta fase es la profundización en la historia del adolescente, reconocer las excepciones a la situación problema, la búsqueda y reconocimiento de fortalezas familiares, y que el adolescente vaya adquiriendo mayor autoconocimiento sobre sí mismo y sobre sus conductas y mayor reflexividad

Resistencias

Al profundizar en la historia familiar, en muchas ocasiones se produce un alto nivel de emoción expresada que suscita una disminución de la capacidad de mentalización. Parar, tomar conciencia, contener la emoción y dar una respuesta

que favorezca la autorregulación y el autocontrol favorece la mentalización.

La ambivalencia de la familia sigue presente a medida que avanza la terapia, percatarse de la misma y ponerla en palabras, facilita que disminuya esta resistencia.

Aspecto Relacional

En la fase de profundización salen a la luz las capacidades para contener, validar y acompañar las emociones y momentos difíciles familiares.

Asimismo, otros aspectos relacionales básicos son las interacciones familiares asociadas a las expectativas del hijo o hija según su género y los roles recíprocos enquistados. El terapeuta se posiciona en un rol recíproco diferente a la díada relacional donde se suele situar la familia, y eso facilita que se modifiquen las percepciones y atribuciones de los miembros de la familia y por ello la forma de actuar de la misma.

Fase 3: Cambio

Se considera que el proceso de cambio ya se da desde las primeras fases donde la familia permite que alguien ajeno entre en su sistema. Una vez establecida la confianza, es en la fase de cambio donde el terapeuta hace más hincapié en estimular y desarrollar los siguientes bloques de la mentalización: la regulación emocional y el trabajo específico con la capacidad de mentalización. Se trabaja la capacidad reflexiva en relación a los temas que llevaron al joven a terapia y sobre sus conductas adictivas. Este trabajo favorece que se promuevan comportamientos más adaptativos, y es necesario seguir acompañando a la familia en el proceso de individualización- separación en la que se encuentran.

Se trabaja con la familia para que el adolescente cree una identidad diferenciada respecto a su familia de origen, para liberarse de las proyecciones paternas, para desarrollar sus propios valores y para consolidar su propia identidad distintiva. También es importante alentar a los padres a reflexionar sobre su ambivalencia respecto a la libertad del hijo, negociar nuevos pactos conyugales que traten cuestiones relativas a su propia relación y reforzar las fronteras del subsistema paterno.

Cuando ambos padres comparten ideales y expectativas similares o congruentes con respecto a

su hijo, habrá menos patología. Trabajar con los padres sobre la imagen del hijo ideal, consciente e inconsciente, que cada uno de ellos tiene y sobre la función familiar que asumen algunos hijos, en ocasiones como chivos expiatorios, así como modificar estas dinámicas son parte de la labor de esta fase.

Otra labor de este momento es hacer consciente a los miembros familiares de patrones recíprocos de rol negativos, para comenzar a ampliarlos a otras formas más sanas y menos encorsetadas de relacionarse con el otro.

Cuando el joven está estabilizado en las conductas más disruptivas, la intervención se dirige a contener y validar las emociones enseñando a expresarlas de forma más adaptativa, a tratar de otra forma aquellos conflictos que surgen y resurgen, a pensar juntos, a mentalizar y utilizar otras narrativas más positivas sobre cada miembro familiar utilizando enfoques más creativos y flexibles frente a los desafíos que se encuentran para poder manejarlos mejor. Así mismo, se hace especial hincapié en la neutralización de los factores de riesgo detectados, y en fomentar los factores de protección. De esta forma se comienzan a abandonar conductas anteriores poco adaptativas, y se inician otras nuevas más sanas y saludables.

Se incrementan habilidades que favorezcan el estar presentes aquí y ahora, centrados en el momento, se favorecen estrategias de regulación emocional, se recalcan las situaciones en las que la familia muestra autocontrol y/o excepciones a la situación- problema. Se estimula, a través de preguntas, sobre los diferentes estados mentales de la narrativa de la familia, se ponen en palabras las hipótesis que guían la intervención, para matizarlas, refutarlas o validarlas, y así, se ayuda a incrementar la capacidad de mentalización.

Trabajar las metas de la persona, volver a repensar lo que querían hacer y que no han hecho, reconocer el camino que realmente les satisface, favorecer con ejemplos de su historia qué necesitan y cómo se sienten cuando consiguen pensar, sentir y actuar acorde a sus valores; esto generará que vean la discrepancia entre lo que desean y lo que están haciendo actualmente y podrá favorecer un cambio de estadio en la conducta adictiva. Para reducir la necesidad de evadir los problemas a través de la conducta adictiva, se trabaja con ellos

para que se enfrenten a los problemas de forma activa, para que mejoren su capacidad de actuar y sean congruentes consigo mismos, y para que aprendan a afrontar el aburrimiento, la ira, el miedo, la tristeza y la sensación de vacío de una manera más adaptativa. De este modo, progresivamente irán dándose cuenta de cómo estos cambios mejoran las relaciones familiares y disminuyen los conflictos a su alrededor

Como dice Abeijón (2017), poder interferir en los mecanismos relacionales modifica de forma muy importante el significado y la evolución de la conducta del joven hacia el comportamiento adictivo.

Las recaídas, tanto si se refieren a la recaída en el consumo, como a volver a asumir el mismo rol en conflictos recurrentes, se afrontan como posibilidades para hacer cambios y oportunidades para aprender. Hay que estar atento a cómo interpreta la familia estas situaciones de recaídas o retrocesos, reformularlas de forma positiva y proactiva, y aportar herramientas a las familias para continuar el proceso.

Los principales objetivos de esta fase se centran en facilitar el abandono de hábitos poco saludables, promover una identidad integrada y sana congruente con unos valores prosociales como estrategias alternativas a la conducta adictiva, favorecer relaciones familiares reflexivas que permitan el desarrollo adecuado de cada uno de sus miembros y promover actividades afines a los intereses del adolescente de manera responsable.

Técnicas

Las técnicas específicas que se detallan en esta fase de cambio, no excluyen que se sigan utilizando las anteriores si el caso lo requiere, ya que los materiales y/o las técnicas se emplean en función de los gustos, momento y características del adolescente que está en sesión y de la familia.

Se realizan reformulaciones positivas de la familia, se aceptan los errores de todos y todas como parte del aprendizaje, se analizan los posibles estereotipos que existen en función del género para permitir la identidad de cada miembro. Y en definitiva, se reflexiona con la familia sobre la función que tiene el comportamiento adictivo en la relación familiar.

Se plantean preguntas circulares según la

capacidad de mentalización de cada miembro familiar, se instruye a poner límites claros y coherentes entre los subsistemas, practicando una comunicación y gestión emocional familiar adecuada. Se validan los estados mentales de cada uno, favoreciendo un cambio en el comportamiento de todos y se analizan los valores y mitos familiares, esclareciendo también los secretos familiares. También, es importante promover actividades placenteras familiares para una mayor cohesión familiar.

Además se proporcionan técnicas de mindfulness para focalizar en el aquí y el ahora, se acompaña a aceptar que existe un malestar, y se enseña a no utilizar estrategias de evitación del problema.

Además se proporcionan técnicas de mindfulness para focalizar en el aquí y el ahora, se acompaña a aceptar que existe un malestar, y se enseña a no utilizar estrategias de evitación del problema.

Se utilizan las metáforas, la externalización del síntoma, las esculturas, las sillas vacías y los balances personales. Se analizan las diferencias que existen entre la persona cuando consume y la persona cuando no lo hace, se favorece el verse a sí mismos sin la conducta adictiva y se reflexiona sobre las dificultades y oportunidades observadas. Se trabaja con fotos, música y otros materiales significativos que sirvan para reconstruir la historia familiar, darles consistencia y referencias significativas. Se realizan role-playings, cartas terapéuticas y juegos para tratar aquellas situaciones complicadas para los adolescentes.

Se realiza orientación en áreas escolares, laborales y de ocio y tiempo libre. En muchos casos los jóvenes han abandonado los estudios, han dejado de realizar deporte o las actividades de ocio que en el pasado eran placenteras para ellos. Es importante que vuelvan a sentirse eficaces respecto a estas áreas, y ponerse metas pequeñas y concretas, que les motiven hacia un destino propio.

Contenido

Se analiza la estructura y dinámica familiar, el tipo de vínculo, los roles recíprocos adaptados/desadaptados y la co-responsabilización de cada uno de los miembros de la familia son parte importante de los contenidos de la fase de cambio.

Se tienen en cuenta los esquemas funcionales/disfuncionales, la coherencia en la reformulación, en las percepciones y consecuencias del cambio; y los estereotipos de género a fin de identificarlos y desmitificarlos en conceptos más adaptativos e integrados en la persona.

Resistencias

El miedo al cambio o a la propia conciencia de la identidad, el no permitirse el autocuidado o el desempeño de otro rol más funcional dentro de la familia son propios en esta etapa.

Aspecto Relacional

Cuando el terapeuta responde de manera adecuada a las necesidades familiares y no desde un rol recíproco desajustado, proporciona una respuesta diferente en la familia que provoca un aumento de la confianza y un cambio en la dinámica familiar. Se da una "experiencia emocional correctiva" (Alexander y French, 1946; Beck, 1987). Esta experiencia prepara el camino para una nueva forma de vincularse y de pensar juntos sobre las percepciones, atribuciones, interpretación de los acontecimientos y esquemas cognitivos de los y las adolescentes.

Fase 4: Desenlace

La decisión de finalizar la terapia se lleva a cabo de manera conjunta con todos los miembros familiares. Si se ha conseguido alcanzar un buen nivel de implicación de todas las partes, la familia valorará si se ha logrado con éxito o no la misma. En este momento se analiza el proceso terapéutico que se ha llevado a cabo, la integración de lo abordado en las distintas sesiones, los beneficios conseguidos, el nivel de satisfacción alcanzado y el procedimiento a seguir si ocurre una recaída.

Decidir cuándo finalizar un tratamiento es complicado para el papel del terapeuta. En muchas ocasiones, por la necesidad del propio terapeuta de ofrecer apoyo y ayuda, se suele creer que siempre se puede hacer algo más (Fragkiadaki & Strauss, 2012); pero dar el alta en el momento adecuado, es positivo, necesario y fundamental para el fomento de la autonomía de los adolescentes y sus familias.

A pesar de que el objetivo ideal del tratamiento sería conseguir una abstinencia total de las diferentes conductas adictivas del adolescente, en ocasiones no se consigue la abstinencia total, o una

abstinencia de todas las conductas adictivas que tiene. No podemos olvidar que los adolescentes son personas con capacidad para decidir si es su momento o no para relacionarse de otra forma con la sustancia o con la actividad que les provoca adicción. Se puede lograr un cambio en esta forma de relacionarse con ella, disminuirse la dependencia hacia la misma, o un cambio de sustancia; por ejemplo, hay jóvenes que dejan de fumar cannabis, pero comienzan a tener una dependencia del tabaco. También se encuentran mejorías en otros puntos tratados en las sesiones, como los objetivos relacionales, los objetivos de reincorporarse al ámbito escolar y/o laboral y los objetivos sobre mantener actividades de ocio y de relación con iguales más sanos y saludables. Los casos se analizan de manera global poniendo el foco en la disminución del sufrimiento de los distintos miembros familiares y en la adaptabilidad del adolescente a su vida.

En otros casos, el abandono de la conducta adictiva se produce rápido, pero el tratamiento continúa hasta que el resto de objetivos se cumplan para poder mantener dicho cambio a largo plazo: saber relacionarse de forma constructiva en familia, acudir a actividades escolares y/o laborales, ampliar las actividades de ocio...

Para analizar si la terapia ha tenido éxito o no, se fijan diferentes niveles de cambio teniendo en cuenta los fijados por Cunillera i Forns (2006) y ampliados acordes a las características del programa que se está desarrollando. Se observan los siguientes cambios:

- Percepción que el adolescente tiene de sí mismo: sensación de bienestar interior, integración de las diferentes partes del self, aumento de la capacidad de mentalización, de la capacidad de regulación emocional y de autocontrol, se relaciona mediante roles recíprocos introyectados más sanos y saludables y se relaciona acorde a sus valores.
- Dinámica y estructura familiar: cada miembro familiar desarrolla el rol que le corresponde según la etapa que vive la familia, sin miembros desprestigiados; los límites entre los subsistemas son claros y flexibles, existe una adecuada resolución de conflictos intrafamiliares, se facilita el autoconocimiento y la capacidad de mentalización en las interacciones familiares, y los padres son capaces de verse como agentes de cambio para sí mismos y para su hijo/a estableciendo sus propias fortalezas de forma realista y manteniendo una sensación de control frente a futuros desafíos.
- Salud física y mental del adolescente y su familia: Ha disminuido el sufrimiento y por tanto las somatizaciones y/o la necesidad de los miembros para continuar con un tratamiento farmacológico o psicológico.
- La percepción sobre el adolescente de las personas externas a la familia: se produce una validación del o la joven tanto en su grupo de iguales, como en los profesores, los técnicos de servicios sociales y/o en los diferentes ambientes en los que se relaciona la persona.
- La relación entre el adolescente y la conducta adictiva: Ha cesado y se mantiene la abstinencia de la conducta adictiva. En ocasiones, los adolescentes siguen teniendo presente la conducta adictiva, pero esta deja de ser el centro de su vida, su refugio o salida.
- Actividades escolares y/o laborales: el adolescente ha vuelto a acudir a clase, a tener motivación respecto a los estudios o ha encontrado metas laborales que se corresponden a sus gustos y necesidades.
- Las actividades de ocio: el adolescente ha encontrado otras actividades de ocio que se corresponden con sus valores y necesidades. Los miembros familiares pueden estar incluidos en las mismas.

En la medida en que el proceso terapéutico permita profundizar en la personalidad del individuo, en los conflictos que van más allá del síntoma visible y se ahonde en los distintos niveles de cambio, la posibilidad de que los avances se mantengan en el tiempo será mayor. No en todos los casos se consigue profundizar lo que se desearía, de ahí que esos éxitos no sean definitivos y sí transitorios.

Los principales objetivos para la fase de desenlace consisten en la generalización y mantenimiento de los cambios realizados, el fomento de la autonomía del adolescente, la recapitulación del proceso llevado a cabo, enfatizar sobre los puntos fuertes y los que debe tener en

cuenta para prevenir adecuadamente las recaídas, y reconocer el programa como un lugar seguro al que poder volver si fuese necesario.

Técnicas

En este momento se refuerzan los acuerdos terapéuticos alcanzados, se piensa con la familia en cómo era su situación al inicio, los procesos que han seguido y cómo mantenerlos. Se establece un plan de recaídas que posibilite, tanto al o la adolescente, como a su familia, saber cómo actuar y no retroalimentarse en la misma.

Durante las últimas sesiones, que suelen ser más espaciadas en el tiempo, se trabaja “teniendo la mente en el final”. Esto es muy adecuado para poder abordar los miedos y temores de los diferentes miembros familiares y así poder proporcionar estrategias hacia los mismos.

La orientación hacia el ocio y tiempo libre, si bien se ha ido dando a lo largo de todo el proceso, aquí se torna fundamental valorando las características positivas que se consiguen con la misma.

Se recapitula y reformula el proceso terapéutico. Bien con cartas de despedida, bien con fotos o utilizando recuerdos, se traslada de manera conjunta los objetivos trabajados y habilidades adquiridas.

Contenido

En la fase de despedida se enfatizan los logros de la familia, empoderando al adolescente y a su familia. Se integran las diferentes partes de la identidad individual, de la identidad familiar y del proceso terapéutico.

Por otro lado, se abordan los miedos e ilusiones poco realistas y se trabaja el duelo y la despedida del propio proceso terapéutico.

Resistencias

En ocasiones las familias muestran en este momento un agravamiento de los síntomas, o nuevos síntomas, por lo que se reevalúa el caso y se analizan los motivos del mismo.

Los miedos al cambio y a continuar sin el apoyo del terapeuta son tratados durante las últimas sesiones para poder fomentar que la familia continúe funcionando de forma autónoma.

Aspecto Relacional

La dependencia y contradependencia hacia la terapia es el aspecto relacional clave. Esta fase es una oportunidad para acompañar a la familia a realizar procesos de duelo sanos y para revisar como terapeuta estos mismos procesos.

La Actitud del Terapeuta

El terapeuta adquiere una actitud de no juicio, de estar presente en el proceso, de tener paciencia y de tener y generar confianza en la familia. Tal y como decía Rogers, debe integrar estas actitudes como una expresión genuina de su forma de ser y filosofía de vida.

Para facilitar estas características, los terapeutas mantienen una práctica activa de mindfulness que les permite focalizar en el aquí y en el ahora, aumentar la capacidad de concentración, y mejorar la atención, facilitando los desarrollos implicados en la autoobservación y en la regulación emocional (Mirapeix, C., 2015).

La actitud mentalizadora del terapeuta es fundamental en todas las fases. El terapeuta parte de una orientación básica de ayuda, de autenticidad, libre de juicios, genuina y tolerante, un interés por la mente y no solo por la conducta, una curiosidad de no saber (indagadora) y una capacidad para saber gestionar los malentendidos (Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N., Muller, N., 2019). Perder la capacidad de mentalización en determinados momentos, por ejemplo, en momentos ansiosos, bajo presión o en un estado elevado de activación, es normal e inevitable. Darse cuenta de esta actitud no mentalizadora es importante porque facilita dar los pasos necesarios para recuperar la posición mentalizadora.

Hay que mencionar la importancia que tiene tener presente el autocuidado del terapeuta en todo el proceso de intervención. Ejercer la psicoterapia supone un gasto emocional importante al estar trabajando directamente con personas, sostener sus emociones y conectar con su sufrimiento individual y relacional. El terapeuta también tiene una vida personal, fuera del trabajo y atraviesa por otros sufrimientos con iguales o diferentes características. Es por esto, que es necesario que el profesional haga su propio proceso de terapia para procurar que sus propios procesos no se interpongan en el buen quehacer de la terapia.

Además de esto, es fundamental que el terapeuta tenga presente qué necesita para estar en las mejores condiciones para trabajar con las familias. Para esto, es necesario que tenga un buen autoconocimiento sobre sí mismo para saber qué aspectos le pueden llevar al agotamiento físico y mental, a la sobrecarga de trabajo, a la sobreexigencia, etc. Y qué estrategias de regulación emocional le ayudarán a mantenerse en el aquí y en el ahora.

A modo de resumen, en la intervención psicoterapéutica en fases con adolescentes y sus familias se trabajan los siguientes procesos a lo largo del tratamiento: en la fase de *bienvenida*, se torna importante la labor de la espontaneidad, curiosidad y aceptación sin juicio, se busca la

mimetización con la familia y se intenta entrar en el sistema para comprenderlo. En la fase de *profundización*, el proceso importante es la mente del principiante, se experimenta la narrativa de la familia sin dejarse influenciar o contaminar por los casos de otras familias con las que se trabaja, observando con “los ojos de un niño”. En la de *cambio*, se activan roles recíprocos o diadas relacionales con sus respuestas emocionales en la familia y en el terapeuta, y es labor de este último tenerlo en cuenta para poder intervenir acorde a los objetivos de la terapia. En la fase de *desenlace* se ponen en juego los duelos y afrontamiento de los diferentes miembros del sistema: familia y terapeuta.

Referencias

- Abeijón, J.A. (2017). Repensando la prevención. En M. González Audikana. (Ed.), *Repensando la prevención. Avances en drogodependencias* (pp.29– 39). Instituto Deusto Drogodependencias.
- Alexander, F. y French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy*. Royald Press.
- Asen, E., y Fonagy, P. (2012). Mentalization-based therapeutic interventions for families. *Journal of Family Therapy*, 34(4), 347–370.
- Bagarozzi, D. A. y Anderson, S. A. (1996). *Mitos personales, matrimoniales y familiares. Formulaciones teóricas y estrategias clínicas*. Editorial Paidós.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: mentalizationbased treatment*. Oxford University Press.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. *Handbook of mentalizationbased treatment*, 185–200.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*, 9(1), 11.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive therapy. En J. K. Zeig (comp.), *The evolution of psychotherapy*. Guilford Press.
- Beitman, B. D. (1987). *The structure of individual psychotherapy*. Guilford Press.
- Binder, P. E., Holgersen, H., y Nielsen, G. H. S. (2009). Why did I change when I went to therapy? A qualitative analysis of former patients' conceptions of successful psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(4), 250–256.
- Bowen, S., Chawla, N., y Marlatt, G. A. (2013). *Prevención de conductas adictivas basada en Mindfulness*. Desclée de Brouwer.
- Cabrejas-Sánchez, C., San Juan-Gutiérrez, P., et al. (2016). El papel de la función reflexiva como factor de protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Avances de Psicología Clínica*, pp. 417–425. <http://www.aepc.es/PsClinicaXI/LIBROCAPITULOS2016.pdf>
- Corbella, S., Botella, L. La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. (2003). *Anales de Psicología*, 19(2), 205–221.
- Cunillera i Forns, C. (2006). *Personas con problemas de alcohol. La abstinencia no es suficiente*. Paidós Ibérica.
- Fragkiadaki, E., y Strauss, S. M. (2012). Termination of psychotherapy: the journey of 10 psychoanalytic and

- psychodynamic therapists. *Psychology and Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 85, 335–350. <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8341.2011.02.035.x>
- Hester, R. y Miller, W. (1989). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. Pergamon Press.
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N., y Muller, N. (2019). *Tratamiento basado en la mentalización para niños. Un abordaje de tiempo limitado*. Desclée de Brouwer.
- Martin, J., Romas, M., Medford, M., Leffert, N., y Hatcher, S. L. (2006). Adult helping qualities preferred by adolescents. *Adolescence*, 41(161), 127.
- Miller, W. R., y Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behaviour*. Guilford Press.
- Minuchin, S., y Fishman, H. C. (2012). *Técnicas de terapia familiar*. Paidós.
- Mirapeix, C. (2014). PCA e incremento de la función reflexiva. <http://mirapeix.es/wp-content/uploads/2017/06/PCA-funcion-reflexiva-2014-VF.pdf>
- Mirapeix, C. (2015). Conciencia reflexiva del self relacional: mindfulness, mentalización e integración en psicoterapia. *Revista Norte de Salud mental y Psiquiatría comunitaria*, 13(53).
- Pollak, S. M., Pedulla, T., y Siegel, R. D. (2015). *Sentarse juntos. Habilidades esenciales para una psicoterapia basada en el Mindfulness*. Desclée de Brouwer.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103.
- San Juan, P., Cabrejas, C., et al. (2016) Influencia de las habilidades mindfulness del terapeuta en la mejora de la alianza terapéutica con adolescentes. *Avances de Psicología Clínica*, 407–416. <http://www.aepc.es/PsClinicaXI/LIBROCAPITULOS2016.pdf>
- San Juan, P., Saavedra, I., Cabrejas, C. (2017). Propuesta de un programa de mindfulness para la prevención de recaídas en consumidores de cannabis. *Investigación sobre el cannabis ¿qué dicen los estudios científicos?*, 289–301. Plan Nacional sobre drogas.
- Slade, A. (2008). Working with parents in child psychotherapy. Engaging the reflective function. En F. N. Busch (Ed.), *Mentalization: Theoretical considerations, research – findings, and clinical implications* (pp. 204–234). Analytic Press.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., y Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of cognitive psychotherapy*, 19(3), 211–228.