



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

FRACASO TERAPÉUTICO EN TERAPIA DE FAMILIA EN ÁMBITOS DE
EXCLUSIÓN SOCIAL

Autor: Belén Verdeguer Alvarez

Director: Virginia Cagigal de Gregorio

Madrid

Abril, 2018

ÍNDICE:

1) Introducción	2 - 4
2) Alianza terapéutica	
2.1 Definición de Alianza Terapéutica	4 - 6
2.2 Alianza terapéutica en terapia de familia y de pareja	6-10
3) Estilos de apego y su relación con la alianza terapéutica	10-11
3.1 Estilos de apego del paciente y alianza terapéutica	12
3.2 Estilos de apego del terapeuta y alianza terapéutica	12-13
4) Intervención psicoterapéutica en ámbitos de exclusión social	13-15
4.1 Factores relativos a los pacientes	15-19
4.2 Factores relativos al terapeuta	19-22
5) Conclusiones	22-27
6) Referencias Bibliográficas	28-29

1. Introducción.

En este trabajo se ha tratado de recoger los datos de investigación disponibles sobre cómo los distintos patrones o estilos de apego tanto de las familias que acuden a terapia como del terapeuta influyen en el establecimiento de la alianza terapéutica y por ende en el fracaso en determinadas terapias, todo ello enmarcado en el trabajo con familias que se encuentran en contextos de exclusión social.

No existe una definición universal aceptada por todos los autores sobre lo que es la alianza terapéutica, pero todos comparten la idea de que es necesaria una conexión emocional pero también cognitiva de creencia en el tratamiento para que se forme la misma (Bordin, 1977; Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2006 citado en Navia y Arias, 2012); no se trata de una relación unidireccional, si no que ambos, terapeuta y paciente, han de propiciar un vínculo de colaboración mutua, un clima de confianza y respeto pues este es el eje fundamental para la posible exploración del mundo interno (Luborsky, 1984; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Parish & Eagle, 2003; Safran & Murrin, 2000 citado en Navia y Arias, 2012).

Se entiende así que la alianza terapéutica es fundamental para el éxito de la terapia. Según Bermúdez y Navia (2013) es de gran importancia el establecimiento del vínculo terapeuta-paciente, cosa que se vuelve más compleja en los ámbitos de terapia familiar y de pareja pues el terapeuta ha de tener en cuenta muchas variables individuales y factores que afectan a un grupo de personas. Sobre la relación terapéutica en este tipo de terapia se establece que mantener una actitud neutral, es crucial. Es decir, que el terapeuta se posicione de manera neutra frente a las personas que conforman la familia o pareja y no establezca vínculos positivos o negativos de forma que han de estar constantemente observando si establecen alianzas con algún miembro del sistema. Además, es importante mantener la confidencialidad, no juzgar a los pacientes y que estos tengan un espacio en la terapia de forma que no se centre únicamente en los pacientes más participativos o demandantes. Pero no solo esto, sino que, en el establecimiento de la alianza terapéutica se ha demostrado que también es importante el estilo de apego de cada uno de los miembros de la familia o pareja, así como del terapeuta.

La teoría del apego estudiada por John Bowlby (1986, citado en Garrido-Rojas, 2006) hace referencia a cómo se ven las personas a sí mismas y cómo ven el mundo exterior

basándose en los aprendizajes realizados durante la primera infancia de sus principales cuidadores o fuentes de apego y que continua a lo largo de la vida. Así, los seres humanos aprendemos a relacionarnos con los otros y con nosotros mismos. Es la forma de establecer lazos con los progenitores la que propiciará el resto de relaciones adultas con parejas, amigos, familiares.

Algunos autores establecieron cuatro estilos de apego haciendo una de las posibles clasificaciones de este campo:

- Las personas con apego seguro se caracterizan por ser adultos que tienen una visión optimista y segura de sí mismos y de sus relaciones interpersonales.
- Las personas con apego preocupado-ansioso son aquellas que siempre buscan el reconocimiento y la atención de los demás porque suelen ser muy dependientes y desconfiados tiñendo esta visión no solo sus relaciones interpersonales sino también la visión de sí mismos.
- El apego evitativo nos habla de personas que tienden al aislamiento con pocas relaciones interpersonales pues no disfrutan ni se sienten cómodos al establecer relaciones de intimidad.
- Por último, existe un estilo llamado desorganizado, aquellas personas que presentan este estilo experimentan ambivalencia en su relación con los otros. También es frecuente que las personas que presentan este estilo sean aquellas cuya fuente de apego tenía problemas de salud mental, patologías, consumo de sustancias etc.

Los tres primeros estilos fueron determinados en un primer momento (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978, citado en Garrido-Rojas, 2006), más adelante se añadirá el apego desorganizado (Main y Solomon, 1986, citado en Garrido Rojas, 2006) para completar los cuatro estilos.

La exclusión social se entiende como el proceso por el cual un colectivo o grupo de personas ven vulnerados sus derechos sociales. Se trata de un proceso y no de un estado, por lo que cada familia se encontrará en un determinado momento y aunque las terapias han de estar centradas en la problemática de cada familia, hay rasgos comunes que se

estudiarán más adelante que afectan a este tipo de población y a los profesionales que trabajan con ella.

Esta revisión tratará de establecer si las personas que se encuentran en estas situaciones tienen una visión del mundo hostil, preocupado, sentimientos de desesperanza etc. y cómo ello afecta al estilo de apego: si las personas que se encuentran en este tipo de situaciones tienen apegos inseguros en relación con su visión del mundo y por consiguiente al establecimiento de la alianza terapéutica que influirá, tal como se ha comentado anteriormente, en el éxito o fracaso de la terapia. Pero también se estudiarán los estilos y factores de los terapeutas que influyen y qué herramientas profesionales adicionales se han de poner en marcha.

2. Alianza terapéutica

2.1. Definición de alianza terapéutica

El término y la idea de alianza terapéutica comienza a desarrollarse a lo largo del siglo XX y se refiere a la relación que se debe dar entre el terapeuta y su paciente en el curso de cualquier proceso terapéutico. Es de suma importancia por el valor predictivo que tiene sobre el resultado terapéutico. Según Anker, Owen, Duncan & Sparks (2010, citado en Bermúdez y Navia, 2013), la alianza terapéutica explica hasta el veintidós por ciento de los resultados tras un tratamiento y hasta el veintinueve por ciento de lo relacionado con el proceso en sí. Otros estudios como el de Marcolino e Iacoponi (2003, citado en Etcheveres, Simkin, González y Muzzio, 2012) que estudiaron el valor de la alianza terapéutica en la psicoterapia psicodinámica breve, refuerzan la idea de la importancia de la alianza terapéutica en el resultado final de cualquier intervención: los pacientes que sentían que sus terapeutas estaban involucrados en el proceso conseguían disminuir los síntomas depresivos en una mayor proporción que aquellos pacientes que no lo sentían así y por tanto no habían establecido una buena alianza terapéutica. Otros estudios ponen de manifiesto la importancia de la alianza terapéutica en pacientes adictos al alcohol pues esta determina la adherencia al tratamiento y por tanto la recuperación (Dundon, W. D., Pettinati, H.M., Lynch, K.G., Xie, H., Varillo, K.M., Makadon, C., & Oslin, D.W., 2008 citado en Etcheveres et al., 2012). Muchos otros estudios (asma, VIH, hipertensión etc) recalcan la importancia de la adhesión a tratamiento de los pacientes y por tanto la alianza

establecida con el terapeuta para evitar daños en los propios pacientes, las familias e incluso la sociedad.

La primera figura que habla de la importancia de la alianza terapéutica fue Sigmund Freud (1913, citado en Andrade, 2005) quien, aunque no acuñó el término como tal, hizo hincapié en que antes de empezar cualquier proceso en el cual el terapeuta haga sus interpretaciones al paciente, debe darse una situación adecuada de rapport que es fundamental para la adherencia del paciente al tratamiento. Muchos otros autores a lo largo de la historia han ido conformando las características de lo que es la alianza terapéutica añadiendo detalles y matices a la definición. Finalmente, Bordin (1979, citado en Andrade, 2005) definió la alianza terapéutica como la relación que se da en cualquier situación en la que se pretende conseguir un cambio y esta acepción de lo que supone la alianza terapéutica es importante porque además según Corbella y Botella (2003, citado en Andrade, 2005) proporcionó una visión de lo que es la alianza terapéutica aceptada por todas las corrientes psicológicas de forma que se crea una definición transteórica; Bordin (1979, citado en Andrade, 2005) incluyó tres dimensiones propias de la alianza terapéutica:

- La primera es que, la calidad del vínculo que se establece afecta a la visión que tiene el paciente del terapeuta y que depende en gran medida de constructos como la empatía, la confianza mutua y la aceptación.
- La segunda dimensión establece la importancia de que paciente y terapeuta establezcan de forma conjunta los objetivos que se van a tratar de conseguir con el proceso terapéutico.
- Por último, la tercera dimensión que aporta Bordin acerca de la alianza terapéutica nos habla de la importancia del consentimiento mutuo al establecer las tareas o actividades que se van a realizar.

Aunque no haya una única definición consensuada sobre lo que supone la alianza terapéutica, sí se han estudiado factores que influyen en el buen establecimiento de la misma. Por un lado, los factores que están directamente relacionados con el paciente son la severidad del cuadro clínico que presenta el paciente antes de empezar el proceso, incluyendo el tipo de trastorno y las relaciones, así como los estilos de apego desarrollados en la infancia (Andrade, 2005).

Por otro lado, las variables relacionadas con el terapeuta serían: las habilidades personales, la empatía, las habilidades comunicativas, la calidez, el grado de experiencia y la formación y las actitudes negativas que irían en contra del buen establecimiento de la alianza terapéutica (Andrade, 2005). Por último, este autor recoge variables que se dan en la relación como el grado de complementariedad del terapeuta y del paciente (cuanto más se complementen, mejor será el establecimiento de la alianza terapéutica) así como la colaboración mutua.

2.2. Alianza terapéutica en terapia familiar y de pareja

Los resultados obtenidos de la búsqueda de información sobre la alianza terapéutica y los factores que influyen en la misma cuando se trabaja en terapia familiar apuntan que hay varios factores a tener en cuenta para propiciar el buen establecimiento de la misma y conseguir así el éxito del proceso terapéutico.

Varios autores que trabajan la alianza terapéutica en contextos familiares y de pareja establecen que es más complejo el establecimiento del vínculo en este tipo de intervenciones. Esto es porque para conseguir una buena alianza terapéutica en estos casos se han de establecer varios vínculos con cada uno de los miembros que acuden durante el proceso de forma equitativa y además establecer vínculo con el sistema como un todo (Pinsof y Catherall, 1986 citado en Bermúdez y Navia, 2013), se trata de establecer una alianza terapéutica a nivel individual a la vez que con el todo.

Además, cuando una familia acude a terapia suele ser porque hay un conflicto entre dos o más de los miembros que asisten y por lo tanto el clima familiar es negativo, es cierto que habrá pacientes dentro de un mismo núcleo familiar que vean la terapia como la posibilidad de hacer un cambio y mejorar la situación, pero el terapeuta también ha de tener en cuenta que muchos otros de los miembros lo verán como una obligación o incluso pueden llegar a sentirse juzgados por el resto (por ejemplo en el caso del “paciente identificado”).

En terapia individual es la persona que acude y está realizando la intervención quien decide qué cosas quiere desvelar y cuáles no, mientras que en terapia familiar esto se torna más complejo pues ningún miembro puede controlar lo que otros van a destapar y

narrar al terapeuta que ha de saber desenvolverse en estas situaciones sin poner en peligro la neutralidad.

Hay dos aspectos de gran relevancia en un primer instante que los terapeutas que a este campo se dediquen han de tener en cuenta. Por un lado, hay que identificar las estructuras de poder que se dan dentro de cada núcleo familiar. Por otro lado, la crisis que está aconteciendo en el momento, porque en muchas ocasiones, las familias acuden a terapia cuando el conflicto alcanza su punto más álgido (Gómez, Muñoz y Haz, 2007).

Puede ocurrir también un fenómeno estrictamente propio de la terapia familiar conocido como la “alianza dividida” (Muñiz de la Peña, Friedlander y Escudero, 2009 citado en Escudero, 2009) cuando una de las personas que acuden se siente mucho más vinculada al terapeuta que el resto de la familia (por ejemplo, que un miembro sienta una relación neutral con el terapeuta mientras que el resto tienen una sensación positiva). Este sería un caso menos problemático y por tanto más fácil de resolver. En el caso de la alianza terapéutica dividida “severa” también acuñada por Muñiz de la Peña, et al. (2009) el problema se torna mucho más importante pues determina en gran medida el abandono del tratamiento al haber una o más personas del núcleo familiar que sienten aversión o sentimientos negativos hacia el terapeuta.

La alianza terapéutica en estos casos se verá afectada por varios factores. La técnica es uno de ellos. Se debe plantear desde el inicio las reglas de la terapia, a la vez que esperar a la familia o miembros que acuden a la terapia sobre su cambio y explicar que este ocurrirá de manera paulatina.

Además, hay otras variables importantes como la escucha activa que propicia un clima de comunicación, facilitar la comunicación entre los miembros del sistema y del sistema con el terapeuta, validando los puntos de vista de todos ellos acompañándolos para comprender lo que les ocurre y canalizar las emociones y sentimientos que surjan en la terapia. También será importante según Weber, McKeever & McDaniel (1985 citado en Bermúdez y Navia, 2013) que el terapeuta señala los desacuerdos que hay entre los miembros del sistema sin dar consejos, aunque estos los pidan y facilitando que entre los miembros sean claros en sus explicaciones y demandas. Si el terapeuta no es capaz de entender el problema y los participantes notan que no hay empatía y por tanto no hay una unión de terapeuta-paciente frente al problema, la alianza terapéutica se debilita. Ocurrirá

lo mismo si el terapeuta no es imparcial y neutro en sus vínculos con los miembros del sistema y si favorece a uno de ellos o por el contrario mantiene relaciones hostiles con alguno, la consecución de la alianza terapéutica positiva se verá damnificada. Decimos que el establecimiento de la alianza terapéutica se torna más arduo en este caso pues debemos cumplir las exigencias de más de una persona. Como Bordin (1979) establece en las tres dimensiones sobre la alianza, es importante que haya acuerdo mutuo a la hora de establecer los objetivos y las actividades y en este caso el consentimiento tendrá que ser de dos o más personas. La investigación llevada a cabo por Bermúdez & Navia (2013) esclarece los factores que influyen en la alianza terapéutica en contextos sistémicos donde la terapia se centra en el todo. Así pues, se toman cuatro factores importantes:

- Asociados al proceso terapéutico: en el inicio del proceso terapéutico es esencial que los objetivos sean claros y que cuadren con cada uno de los miembros de la familia. Además, es importante la continuidad del proceso, que tenga un sentido y siga una línea lógica para conseguir los objetivos con una actitud proactiva por parte del terapeuta. Es necesario que el método sea comprensible y contenga actividades lúdicas y dinámicas, no monótonas para que los miembros de la familia tengan una mejor adherencia. Así mismo, durante todo el proceso se deben cumplir los principios de imparcialidad, confianza y no juicio para que las personas se sientan respaldadas y apoyadas durante todo el proceso. Por último, el experimentar cambios a lo largo de la terapia aumenta la motivación y facilita la creación del vínculo con el terapeuta.

- Asociados al terapeuta: serán muy importante en este apartado las características relacionadas con la personalidad del terapeuta. Así, facilitan la consecución de la terapia que el terapeuta sea amable, tranquilo, tenga buen temperamento, sea optimista respecto al cambio, sea paciente, buena formación, la asertividad... Mientras que otras características como la agresividad, la falta de empatía, el nerviosismo, la imposición de ideas o tareas, el pesimismo... dificultan el vínculo que el paciente crea con el terapeuta y por tanto la alianza terapéutica.

- Asociados a los pacientes: influyen en la consecución de la alianza terapéutica factores como las expectativas de los pacientes al empezar el proceso terapéutico, si están motivados hacia el cambio o no; así mismo, es importante la accesibilidad

y compromiso de los mismos. También influyen características de la personalidad como en el caso de los terapeutas.

- Asociadas al contexto: el contexto en el que se desarrolla la terapia también será de suma importancia, el estado de las instalaciones, la amabilidad de las personas que trabajen en las mismas, la cercanía del domicilio... favorecen la alianza terapéutica.

Para conseguir evaluar y mejorar la relación terapéutica de forma específica en el campo de la intervención familiar, se ha creado una herramienta llamada SOATIF (SOFTA en inglés) que es un Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (Friendlander, Escudero et al., 1996 citado en Escudero, 2009) que incluyen cuatro aspectos muy relacionados con el establecimiento de la alianza terapéutica en terapia familiar. Las cuatro dimensiones que aúna este sistema son:

- El enganche en el proceso terapéutico: la propuesta de metas y objetivos a alcanzar con la terapia ha de ser un esfuerzo mutuo sistema y terapeuta.

- La conexión emocional con el terapeuta: esto se relacionaría con la relación personal entre los pacientes y el terapeuta.

- La seguridad en el sistema terapéutico: esta dimensión es más propia de la terapia familiar, se refiere al lugar que ocupa cada uno de los miembros de la familia. Que todos los que acudan se encuentren cómodos para expresar sus sentimientos, ideas, opiniones etc.

- Compartir el propósito de la terapia en la familia: esta última dimensión también se incluye como propia y exclusiva de la terapia de familia, se refiere a lo que Pinsof (1995 citado en Escudero, 2009) determinó como alianza intra-sistema, es el vínculo que une a todos los componentes del sistema, el interés por la terapia y el aprovechamiento de la misma.

Con este sistema se puede evaluar el grado de alianza terapéutica que han establecido los miembros de la familia con el terapeuta, pero no solo eso, sino que, los profesionales que vayan a dedicar su práctica profesional a este tipo de población pueden disponer del mismo y estudiando los ítems, variables, constructos que influyen en cada dimensión

determinar cómo van a llevar la práctica en las sesiones con familias demandantes de intervenciones.

3. Estilos de apego y su relación con la alianza terapéutica

“Sentirse querido y seguro es una necesidad primaria que matiza el desarrollo del ser humano a lo largo de la vida” (Sierra, 2011). Para entender cómo se desenvuelven relacionamente las personas desde que nacen y a lo largo de su vida es importante comprender y conocer los Modelos Internos de Trabajo que se refieren a la representación mental o la idea de modelos que tienen los niños durante la infancia de lo que son las relaciones afectivas. Con estos el niño descubre en quien puede confiar, la imagen que él mismo genera en los demás (sentimientos positivos, negativos, indiferencia...) pero también sirven al niño para entender qué demandas son satisfechas por los otros significativos y cuáles no. Así se va formando la idea mental relacional que perdurará a lo largo de toda la vida de las personas. Se vuelven representaciones automáticas que se dan de forma general como respuesta a todas las posibles relaciones afectivas que las personas establezcan. Así pues, las relaciones establecidas durante la infancia con las fuentes de apego son un hito que determinan el futuro desarrollo relacional de las personas. Es importante conocer lo trascendental de las primeras vinculaciones en el futuro desarrollo de habilidades y herramientas sociales y emocionales que van a tener las personas.

Se han estudiado las características emocionales comunes a cada uno de los tres posibles estilos de apego descritos en la que se estableció como primera clasificación posible de los existentes (Mikulincer, 1998 citado en Garrido-Rojas, 2006):

- Las personas con apego seguro son personas con baja ansiedad y evitación, capacidad de concentración, buscan apoyo, se sienten cómodos en las relaciones de cercanía e interdependencia, tienen buenas estrategias para afrontar el estrés, son personas con expresión facial alegre, tienen mucha energía. Además, tienen niveles más bajos de apatía y tristeza. Cuando están enfadadas son capaces de aceptar su ira (Mikulincer, 1998 citado en Garrido-Rojas, 2006), aceptan de forma

positiva el enfado y son capaces de buscar activamente soluciones para los problemas.

- Personas con apego ansioso ambivalente son aquellas con mucha ansiedad, aunque bajos niveles de evitación. Son personas que necesitan la cercanía y no toleran la idea de ser rechazados o abandonados. Por ello, el estado emocional que predomina es la preocupación constante por el temor al abandono por parte de los otros. Son personas con mucho miedo y muy bajos niveles de tolerancia al dolor. Son personas con emociones relacionadas con afectos negativos como la rabia que es la emoción predominante (Mikulincer, 1998 citado en Garrido-Rojas,2006), el enfado, el asco, el malestar, nerviosismo, alta hostilidad etc.

- Por último, las personas con apego ansioso evitativo han desarrollado una autosuficiencia compulsiva “no necesitan en absoluto al otro” por lo que se distancian emocionalmente de los demás. Aunque a priori parecen personas “desligadas”, estudios han demostrado que tienen elevados niveles de ansiedad con mucha hostilidad. Aunque presentan menos afectos positivos que las personas con apego seguro, tienen menos niveles de afectos negativos que las personas con apego ambivalente. Esto ocurre porque evitan las emociones negativas como la rabia ya sea mediante negación o bien mostrando la emoción opuesta. Son personas que tienden a la minimización del afecto con los demás.

En general, las personas con apego seguro tienden a tener altas puntuaciones en afectos positivos. Son personas que, como mecanismos de regulación emocional, tienden a buscar apoyo en los demás, buscan cercanía y afiliación. Las personas con apego ambivalente tienen mayores puntuaciones en afectos negativos: personas hipervigilantes, se estresan ante la incertidumbre, buscan la mayor proximidad posible con figuras de apego... Las personas con apego evitativo tienden a inhibir sus emociones y la expresión de estas por la dificultad que tienen a la hora de reconocer y expresar sus propias emociones. Su forma de regulación emocional se caracteriza por intentar separarse de lo emocional y afectivo, inhiben la búsqueda de proximidad y suprimen cualquier emoción negativa.

3.1. Estilos de apego de los pacientes y alianza terapéutica

Existen diferentes estudios que avalan que el estilo de apego influye en el proceso terapéutico (Castonguay & Beutler, 2006 citado en Navia y Arias, 2012). Los principales hallazgos son que los pacientes con apego seguro obtienen mejores puntuaciones en relación con la alianza terapéutica y consiguen beneficios de tratamiento más breves mientras que aquellas personas con estilos de apego inseguro o preocupado tienen puntuaciones más bajas y responden más pobremente al proceso terapéutico. Por tanto, los estilos de apego seguro tienden a establecer una mejor alianza terapéutica que aquellas personas con estilo inseguro.

El estudio realizado por Kanninen, Salo y Punamaki (2000 citado en Navia y Arias, 2012) y sus conclusiones avalan estos datos, pues las personas con apego seguro desarrollan una alianza terapéutica estable a lo largo de todo el tratamiento, aquellos con apego preocupado empiezan el proceso con bajos índices, pero finalmente tienen una evaluación muy positiva. Aquellos con un patrón indiferente muestran deterioro en la alianza terapéutica al final del tratamiento. Pero estas puntuaciones según el estilo de apego, no determinan el éxito o fracaso, puesto que la alianza terapéutica también dependerá de la práctica del profesional. (Kivlighan, Patton y Foote, 1998 citado en Navia y Arias, 202). El estudio realizado por Lossa, Corbella & Botella (2012) apunta en la misma dirección: será más difícil establecer la alianza terapéutica con estilo ansioso o evitativo.

3.2. Estilos de apego de los terapeutas y alianza terapéutica

Existen numerosos estudios sobre la relación entre el apego de los pacientes y la repercusión sobre la alianza terapéutica. Sin embargo, no se ha estudiado apenas la influencia que tiene el estilo de apego de los terapeutas sobre la misma. Al tratarse de un proceso interpersonal, a lo largo de todo el proceso y activo por ambas partes hemos de arrojar luz sobre cómo inciden los patrones de apego del terapeuta. Las investigaciones al respecto determinan que los terapeutas con mayor seguridad son más capaces de responder a las necesidades de las personas que acuden a consulta lo que favorece el establecimiento de la alianza terapéutica al crearse un clima de confianza y empatía (Dozier, Cue & Barnett, 1994 citado en Navia y Arias, 2012), mientras que se relaciona

el vínculo ansioso de los terapeutas con problemas en el establecimiento de la alianza terapéutica temprana (Sauer, López & Gormley, 2003 citado en Navia y Arias, 2012).

Las variables de apego tanto del consultante como del terapeuta según el estudio realizado por Navia & Arias (2012) influyen en el establecimiento de la alianza terapéutica de forma compleja pues depende de cómo se mida y en qué momento del proceso se estudie. Normalmente empiezan a tener un efecto a partir de la tercera sesión según los pacientes, pues normalmente las primeras sesiones de recogida de información no suelen ser profundas ni tratar temas centrales de las personas mientras que en esta sesión ya hay un avance, por lo que entra en juego la confianza y el vínculo que se haya establecido con el terapeuta. Hay discrepancia en cuándo empiezan a afectar las variables del apego en el establecimiento de la alianza terapéutica, pues, si se pregunta a los terapeutas hacen mención a las variables relacionales de la primera sesión. Sobre todo, en aquellos con un estilo de apego ansioso, pues, la falta de confianza tiñe el inicio de la terapia fundamentalmente con problemas a la hora de establecer metas u objetivos, así como el miedo al abandono y al fracaso; mientras que aquellos con un apego seguro suelen ser más asertivos y capaces de determinar lo que se va a acordar en la terapia con el paciente.

4. Intervención psicoterapéutica en ámbitos de exclusión social

Según el VII informe “El Estado de la Pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2016”, un 27,9% de la población española vive en situaciones de exclusión social. Esto supone que 12,9 millones de personas no tienen a su alcance las herramientas y recursos básicos para solventar sus necesidades (ARPE, 2017).

En España existen muchas zonas de marginación. El tipo de población por el que están conformadas las zonas de marginación suelen ser personas que migran de zonas rurales, inmigrantes de otras nacionalidades, así como muchas familias de etnia gitana. Así, hay que tener en cuenta que se trabajará con familias procedentes de otras culturas y con sentimientos muy marcados de no pertenencia. Son zonas geográficamente situadas en el extrarradio, lo que dificulta la comunicación con las zonas centrales de las ciudades y a esto se le suma que las personas que viven en este tipo de barriadas no disponen de

recursos económicos para movilizarse. Así, se generan climas hostiles donde la marginación, la delincuencia, la drogadicción, la falta de recursos escolares, sanitarios, sociales... están a la orden del día.

Pese a que muchas instituciones gubernamentales o no tratan de establecer medidas sociales para resolver estos problemas, parece que los esfuerzos no son suficientes para subastar a todas las personas que se encuentran en este punto. Hay que tener en cuenta que, aunque las personas tienen el nexo común de la exclusión social, cada persona y sistema familiar de forma individual han llegado a ese punto por un recorrido totalmente diferente. Por eso, hemos de tener en cuenta que el crear un programa de inclusión social es útil y necesario, pero no suficiente pues cada persona tiene unas necesidades psicológicas determinadas, un recorrido familiar único. Como se ha comentado anteriormente, uno de los problemas más acusados de la vida en exclusión social, sobre todo para los jóvenes, es la delincuencia (García, 2012).

La finalidad de la psicología aplicada a la intervención en ámbitos de exclusión social es el cambio social. Para ello, es importante que las familias tengan relaciones y una red de apoyo social. Hay que empoderar a las personas en esta situación para que tomen las riendas de su vida desde un marco de equidad y justicia. El objetivo es mejorar la calidad de vida de las personas y de aquellos cuyos derechos han sido vulnerados. La asistencia así pasa a ser psicosocial y no individual, trabajaremos con las familias desde un enfoque holístico, global y multidisciplinar.

Es importante entonces el éxito en la terapia que se ha demostrado, está muy ligado a la alianza terapéutica. La intervención con la familia debe siempre perseguir el objetivo de dotar a la familia de herramientas para des-victimizarles y devolver las riendas de su vida. Hay que hacer un proceso de “desinstitucionalización” puesto que están acostumbradas a pasar de un servicio a otro y nuestro esfuerzo con el trabajo terapéutico es empoderar a las familias (Berástegui, 2017). Para que la intervención sea fructífera para la familia, no solo hay que centrarse en el problema actual, sino que, se deben poner en marcha estrategias de prevención. La intervención por lo tanto abracará (Besada & Puñal, 2012):

1. Intervenciones educativas de reeducación familiar con el fin de otorgar información sobre acontecimientos relacionados con la familia. resolución de conflictos, relaciones emocionales y conductuales que sirvan a la familia para

establecer patrones de relación, ideas, objetivos comunes, valores... para que las familias tengan recursos que poner en marcha ante situaciones de crisis venideras.

2. Intervenciones de rehabilitación o recuperación familiar que se hará tanto de forma individual cómo de manera conjunta con todo el sistema familiar: desarrollar las funciones cognitivas, empoderar a las familias y educar en la resiliencia, distribuir las responsabilidades, reforzar los valores y hechos positivos de la familia, recalcar los avances por mínimos que sean, alentar hacia el cambio, trabajar los sentimientos y emociones de manera conjunta creando espacios donde se puedan expresar, dotar de límites tanto entre los miembros como con el exterior.

3. Intervención en la red familiar en la que el terapeuta debe trabajar de forma multidisciplinar con otros profesionales de instituciones que se encargan de trabajar con la familia, estableciendo objetivos conjuntos y fomentando la colaboración de la familia en todos los campos.

A continuación, se presentan algunos rasgos y características tanto de los pacientes, es decir, las familias multiproblemáticas que acuden a este tipo de intervenciones como de los terapeutas que se dedican al trabajo con este tipo de población en exclusión social y las técnicas que pueden poner en marcha los profesionales y que son útiles en estos casos.

4.1. Factores relativos al paciente

Entendemos como “pacientes” a la familia que acude a terapia para conseguir un cambio. En este caso, se estudiarán familias multiproblemáticas en contextos de exclusión social que tienen una serie de características comunes y centrales que se han de tener presente a la hora de realizar la intervención. (Gómez, Muñoz & Haz, 2007):

- *Polisintomatología y Crisis Recurrentes*: son familias en los que hay mucha sintomatología, no hay un único problema al haber múltiples factores como son la negligencia, la violencia, el alcoholismo, problemas de salud mental etc. Por tanto, el abordaje clínico ha de ser a muchos niveles y tratando de explorar y detectar diferentes síntomas en miembros del sistema. Existen episodios recurrentes de crisis que pueden incumbir a todo el sistema o a cada uno de los miembros de forma individual y que están relacionadas con dificultades materiales o físicas,

dificultades con el contexto en el que viven estas personas (relaciones tóxicas, negativas, violentas) y dificultades específicas intrafamiliares entre los miembros del sistema.

- *Desorganización en la dinámica familiar* puesto que suele ser muy caótica y disfuncional:

a) Los límites que establecen este tipo de familias suelen ser muy difusos tanto con el exterior como en la relación entre sus miembros. La falta de flexibilidad y que no haya normas hace que las familias vivan de forma disfuncional las relaciones entre sí y con los otros. Los subsistemas parental, conyugal, fraternal carecen de normas y reglas. Muchas veces, los menores no son capaces de asumir reglas sociales y hacen “prueba de límites” para descubrir cuáles son las fronteras.

b) El poder de los miembros de la familia viene determinado por la jerarquía que establece qué rol ocupa cada persona y qué autoridad tiene para con los demás. Lo óptimo es que, en las familias funcionales, los padres tengan la autoridad y tomen decisiones que atañen a los hijos y que a medida que estos van creciendo, deleguen el poder de tomar decisiones. En las familias disfuncionales como aquellas que están en ámbitos de exclusión social, los padres suelen pelear por ejercer el poder e incluso pueden arrastrar a los hijos formando coaliciones contra la otra figura de autoridad. Es necesario que los roles estén bien marcados y que sean estables para el buen funcionamiento del sistema familiar. En estas familias, los roles no están bien determinados y suelen darse relaciones de dominación-sometimiento. Si los roles no están bien configurados pueden acontecer dos fenómenos: 1) El hijo parentalizado que ocurre cuando uno de los hijos toma la posición de alguno de los cónyuges y realiza funciones parentales con las responsabilidades que ello conlleva. 2) La figura paterna periférica que se da cuando alguno de los cónyuges ocupa un segundo plano en las funciones parentales, aunque se encuentre presente en la familia. La persona que no tiene un rol periférico suele ocupar un puesto central en el núcleo familiar sobre quien recae todo el control y la autoridad.

c) La comunicación que se da en este tipo de familias también es muy pobre, el intercambio de información resulta ambivalente tanto a nivel verbal como no verbal y acaba repercutiendo en los patrones relacionales de las familias.

- *Abandono de las funciones parentales*: las funciones parentales y entre la pareja suelen estar muy desestructuradas y deterioradas. En muchas ocasiones, el cuidado de los hijos pasa a ser tarea de otros miembros de la familia. Ocurre también que los padres se utilizan mutuamente pero no son capaces de establecer lazos de afecto. Se da disarmonía conyugal donde las emociones no son expresadas de forma adaptativa, los cónyuges viven tormentas emocionales que marcan las relaciones familiares. Al no cumplir las funciones socializadoras y educativas (existen tres funciones: socializadora, nutriente y educativa) los niños muestran dificultades en la adaptación social, no son capaces de comprender y por tanto cumplir con las normas sociales. En cuanto a la función nutriente tiene que ver con el aspecto emocional, los padres no dan a sus hijos la afectividad que se necesitaría para el buen desarrollo de estos, suelen darse “tormentas” emocionales donde los sentimientos son vividos de forma muy intensa, con poco control de los sujetos sobre ellos, pero de forma pasajera, por lo que se dificulta el desarrollo de un apego seguro (Cyrułnik, 2002). Diversos estudios han demostrado cómo el abandono de esta función repercute en el desarrollo del estilo de apego posterior de estos niños. Así, los niños que sufren violencia física y maltrato durante su infancia tienden a desarrollar un apego de tipo evitativo. Los niños que durante su infancia sufren negligencias físicas y emocionales suelen desarrollar un patrón de corte más ansioso/ambivalente. Por último, los niños que han padecido ambas formas de abuso y abandono parental tienden a tener un estilo de apego ansioso, evitativo o desorganizado. Todas estas situaciones tienen una repercusión posterior en los niños que suelen sufrir distintos trastornos emocionales, problemas conductuales, inadaptación o aislamiento social, bajo nivel laboral... Otros estudios además recalcan los elevados niveles de estrés a los que se enfrentan los padres en situaciones de exclusión al tener que lidiar con el rol de progenitores, con puntuaciones de estrés muy elevadas por encima de la media clínica (Padilla, Alvarez-Dardet & Hidalgo, 2014).

- *Aislamiento*, al tratarse de familias aisladas tanto física como emocionalmente del resto de la sociedad. Se sabe que la red de apoyo social es un factor protector fundamental para cualquier tipo de problemática. Suelen estar desvinculadas y aunque crean relaciones con otras familias, grupo de pares, familia extensa... estas

relaciones suelen ser “perversas” al alimentar la exclusión e impedir que las familias no generen otro tipo de relaciones fuera de la situación de aislamiento.

Según Gómez, Muñoz y Haz (2007), el abuso emocional es característico de las familias multiproblemáticas que están en situación de exclusión social, es importante recalcar que se trata de familias que por una parte se encuentran en una situación de exclusión social y además presentan este perfil pero que, no todas las familias por el hecho de encontrarse en situación de exclusión presentan esta conducta o patrón. El abuso emocional, ya sea de forma ejercida (maltrato) como por omisión (negligencia) durante la infancia, afecta no solo en edades tempranas, sino que marca el desarrollo adulto de las personas. Son niños que están acostumbrados a desconfiar y su forma de relación con el mundo está condicionada por sus primeras relaciones en las que no disponían de una figura que se ocupara de sus necesidades y en la que confiar, sino que, sus principales cuidadores son vistos como fuentes de terror y desconfianza (Hughes, 2004 citado en Gómez, Muñoz y Haz, 2007). La intervención en este tipo de problemática es imprescindible para manejar futuros desordenes o trastornos asociados como son la falta de control de impulsos, relaciones agresivas, depresiones o baja autoestima en personas con vivencias de ausencia por parte de los padres (Fryer, 2009).

Cuando hay una brecha social y económica muy grande entre paciente y terapeuta se pueden dar algunos de estos fenómenos que el terapeuta ha de saber reconducir y superar (Berástegui 2017):

- *Hostilidad*: las personas en este tipo de situaciones muchas veces se sienten marginados y rechazados por las personas integradas en la sociedad (pueden sentir que no se les comprende al no haber pasado por la misma situación).
- *Incomprensión*: no entienden por qué se les brinda ayuda.
- *Sumisión*: hay personas en este tipo de población que se someten al terapeuta por ser una figura “dominante”.
- *Idealización de la figura del terapeuta y lo que este les puede ofrecer*. Las familias pueden delegar funciones organizativas y afectivas en los profesionales.
- *Fantasías de rescate*: pueden llegar a creer que el terapeuta les va a sacar adelante, que es quien les va a ayudar a salir de la zona de aislamiento social. Crea relaciones de dependencia que el terapeuta debe explicar: acompañamos en el cambio, pero el terapeuta no es el cambio. El motor único de cambio es la persona.

- *Expresión somatizada del malestar*: el terapeuta ha de aprender a atender las emociones enmascaradas por dolencias físicas.
- *El aspecto afectivo y la lealtad pueden quedar relegadas a un segundo plano*.
- *Miedo a la “intromisión” por parte del terapeuta en la familia*.

4.2. Factores relativos al terapeuta

Los profesionales que se dedican al campo de “lo social” deben conocerlo muy bien por la ardua labor que supone trabajar en el ámbito familiar y más si estas familias viven en un contexto de exclusión social. Deben tener muy en cuenta los programas de intervención y las técnicas útiles en este tipo de intervenciones como son (ALTER, 2008):

- *El genograma*: incluye tres generaciones y permite al profesional tener una idea general sobre las relaciones que se establecen entre los miembros del sistema (fusionales, ausencia de relación, conflictivas...)
- *El ecomapa*: para conocer cómo es la relación de la familia con el contexto.
- *Diagramas de flujo y los Mapas Biográficos* que ayudan a conocer los hitos y encrucijadas por los que han pasado las familias con fechas exactas narrando así la historia vital de la familia.
- *El cultograma* que es necesario sobre todo en estos contextos dada la gran población inmigrante, para conocer las experiencias significativas por las que han pasado estas personas.

Para lograr una intervención exitosa, es necesario que el terapeuta conozca sus habilidades comunicativas, que trabaje la escucha activa, la empatía, que comprenda los problemas que tiene la familia, ejercite la paciencia y la capacidad de analizar la realidad. De hecho, algunas de las claves que señalan los profesionales que se dedican a este campo (ALTER, 2008) son: capacidad de escucha, ser claros, reaccionar de manera rápida ante situaciones de riesgo, crear redes de apoyo para la familia, tener un buen marco teórico y formación, hacer aportaciones en investigación a la vez que se interviene y seguir propagando el conocimiento en esta área.

Es importante, a la hora de empezar a realizar la intervención con las familias, que el terapeuta conozca de dónde viene la demanda de esta familia (Besada & Puñal, 2012). El proceso y la alianza terapéutica se verán afectados de distinta manera en función de si las personas acuden a la consulta de forma voluntaria o por el contrario de manera obligada (por ejemplo, por un juez como requisito para no retirar la custodia de los menores). Se entiende que, la alianza será más fácil de forjar cuando las familias acudan al servicio de manera voluntaria pues habrá más motivación por parte de los asistentes a la hora de propiciar un cambio y la relación será de cooperación entre la familia y el terapeuta. Cuando las familias no acuden por iniciativa propia pueden sentir que los objetivos de la intervención no son propios, sino que son “impuestos” por otros por lo que, serán más resistentes al cambio. El terapeuta tendrá que hacer un esfuerzo aún mayor a la hora de establecer una buena relación que propicie el anclaje de la familia a la intervención. Algunas de las dificultades ante las que se encuentra el terapeuta son: que la familia no sea consciente del problema y lo niegue, la falta de motivación para comprometerse con el cambio, la incapacidad de asumir las responsabilidades relativas al problema y el que no vean al profesional como una ayuda sino como un estorbo, algo que deben hacer pero que no les va a beneficiar en nada. Aunque sea más costoso, es viable el tratamiento en este tipo de situaciones con objetivos graduales y pactando los procedimientos con la familia sin olvidar los propuestos por la institución que remite a la familia a la consulta.

Según Besada y Puñal (2012), los terapeutas que aborden este tipo de familias han de entender que se trata de familias multiproblemáticas, con graves problemas de ajuste no solo familiar sino también social, con dificultades a la hora de criar a los hijos y socializar con estos y con el exterior y que carecen de competencias como son la flexibilidad, el establecimiento de límites, la comunicación adecuada entre los miembros: esta comunicación suele ser con frecuencia caracterizada por la censura, la sumisión, la intelectualización (actúan como si carecieran de emociones) y también la indiferencia. Tienen dificultades a la hora de tomar decisiones para resolver problemas, no se fomenta la autonomía por lo que, suelen presentar problemas para desarrollarse y en la capacidad de autogobierno. El terapeuta ha de poner en marcha actuaciones socioeducativas, de inclusión y asistenciales.

Es importante destacar que, los profesionales que se encarguen de asistir a familias que han pasado por un proceso de exclusión social, han de poner en marcha mecanismos más

allá de la intervención psicológica. Se tratarán asuntos como: psicología de la salud con la que el profesional debe estar informado sobre prevención y promoción de actividades saludables, higiene personal, conductas alimentarias, las prácticas sexuales seguras etc. También se ha de abordar el manejo de la economía del hogar, la búsqueda de empleo, el seguimiento escolar de los menores, la vivienda, la estructura del tiempo libre y las actividades de ocio a las que las familias van a destinar su tiempo (Besada y Puñal, 2012).

Los terapeutas han de observarse continuamente y evitar la autodirección, no hay que llevar a las personas a nuestro campo, a nuestras ideas si no, empoderar a las personas en esta situación para que sean ellas las que dirijan y decidan.

Las personas que se encuentran en contextos de exclusión social son muy distintas entre sí y cada una de ellas ha llegado al aislamiento social por motivos muy diversos y el terapeuta nunca puede olvidarse de estos. Es fundamental también que sea una terapia basada en fortalezas, y desde el respeto evitando así los juicios de valor y los estigmas asociados a este tipo de población. Ser responsables es importante pues son personas que merecen la misma atención que el resto de la población, aunque su situación económica o social sea muy frágil. Apoyada en pares, ya que, no hay recuperación que se haga de manera individual. Y por último el terapeuta ha de tener siempre una actitud esperanzadora teniendo en cuenta los límites de la realidad (Berástegui, 2017).

Estas habilidades han de ponerse en marcha para evitar las siguientes situaciones que obstaculizan la alianza terapéutica y el éxito del proceso (Berástegui, 2017):

- *Superioridad*: el terapeuta se ve en un rol poderoso y esto conlleva dos situaciones a) rechazo hacia la familia con la que se está trabajando b) paternalismo que genera dependencia.

- *Etnocentrismo y discriminación*: el etnocentrismo es considerarse superior a otra etnia o grupo por el simple hecho de ser diferentes. El profesional debe luchar contra sus prejuicios y estudiar para conocer mejor las diferentes culturas con las que se va a encontrar.

- *Impotencia y frustración*: al no poder cambiar la realidad de las personas que acuden a terapia.

- *Burnout profesional*, que es muchas veces el resultado del complicado trabajo que han de realizar estos terapeutas. Disminuye la motivación del profesional, su ilusión por el trabajo y el interés.
- *Culpabilizar a la familia*. Entender que el sistema es el problema y no ver que es parte de la solución. Hay que entender desde el marco sistémico el trabajo desde las necesidades y las capacidades.
- Como consecuencia de muchas intervenciones (muchas instituciones por las que pasan las familias en este tipo de situación) se puede *desarticular la estructura familiar*.
- *Pretender un cambio inmediato*. En general, el cambio terapéutico es un proceso largo, en particular estas familias han tenido una trayectoria de vida que necesita que el terapeuta fije objetivos a medio y/o largo plazo, dando tiempo a las familias.
- *Trabajar con información que la familia no ha aportado o no ha autorizado* porque el profesional lo haya adquirido de otras instituciones. La información ha de ser compartida, que la familia decida aquello que quiere trabajar (en el caso de que acudan a terapia de manera obligada, que se cumplan los objetivos institucionales, pero dar espacio a objetivos propios) y así se sienta parte del proceso de cambio.

5. Conclusiones

A lo largo de esta revisión se han estudiado temas relacionados con el fracaso terapéutico en la terapia familiar en contextos de exclusión social. Para arrojar luz sobre este campo, se han tenido en cuenta variables que pueden tener algún efecto directo con el fracaso terapéutico cuando se trabaja con familias que viven en situaciones de marginación y pobreza, en concreto con familias multiproblemáticas.

Un aspecto fundamental de este trabajo es la alianza terapéutica y cómo está relacionada con los resultados, positivos o negativos de las intervenciones: cuanto mejor sea el clima de confianza que se dé en la terapia, mayor probabilidad de éxito final y viceversa.

Se ha estudiado este fenómeno atendiendo a las particularidades que se dan cuando se trata de intervenciones con más de una persona, ya que, como concluyó Escudero (2009), el establecimiento positivo de la alianza terapéutica se vuelve más difícil cuando se han de establecer varias relaciones simultáneamente. Es un desafío el establecer lazos de manera imparcial con todos los miembros del sistema y más cuando se trata de familias disfuncionales con patrones de comportamiento y actitudinales culturalmente diferentes a los del terapeuta.

Influye el estilo de apego que presenten todas las partes involucradas. Se cree que el estilo de apego puede estar relacionado de alguna manera con la trayectoria de vida que tienen estas personas, tendiendo a desarrollar apegos de índole inseguro como estableció Hughes (2004). El estilo de apego condicionará el tipo de relaciones interpersonales que se dan, aunque las relaciones no solo se ven influenciadas por este aspecto, sino que las características de las familias multiproblemáticas también juegan un papel fundamental.

Se han estudiado familias multiproblemáticas en contextos de exclusión social y como las vivencias que se dan en estas familias y situaciones determinan en mayor o menor medida el estilo de apego. Aunque no se hayan encontrado estudios concluyentes que reflejen una correlación significativa entre trayectoria y estilo de apego, sí se han encontrado indicios que nos orientan en esta dirección y respaldan en cierta medida esta teoría (Hughes, 2004). Como se ha comentado anteriormente, se cree que las personas que viven en situaciones de estrés social tienden a desarrollar estilos de apego inseguros. Los historiales de las familias multiproblemáticas y sus rasgos, demuestran que hay una mayor probabilidad de desarrollar patrones disfuncionales de relación y comunicación que pueden estar actuando en el establecimiento de la alianza terapéutica. Además, como recalcan Besada y Puñal (2012) entran en juego aspectos del profesional que se encarga de la intervención: por el esfuerzo no solo técnico que requiere el trabajo con familias sino también por el esfuerzo personal que se ha de llevar a cabo (evitando los juicios, el paternalismo, actitudes de superioridad, rompiendo las distancias culturales y sociales...) que pueden suponer un desgaste extra en el trabajo terapéutico, así como en el establecimiento de la alianza terapéutica.

Las familias multiproblemáticas presentan características propias que suponen una brecha muy significativa entre el terapeuta y la familia. Se trata de una distancia que hay que trabajar constantemente para conseguir superar y por tanto redirigir a las familias. Las circunstancias vitales de las familias estudiadas difieren casi siempre de aquellas trayectorias vividas por los profesionales. Existen pues, barreras adicionales a la terapia individual y/o de personas en inclusión social. Además de centrarse en todas aquellas áreas que ya Bordin y muchos otros autores establecieron como relevantes para el buen establecimiento de la alianza terapéutica, se deberán hacer esfuerzos encaminados a romper con la distancia entre el profesional y las familias en ámbitos de exclusión social.

Después de realizar una revisión de varios artículos relacionados con la intervención en ámbitos de exclusión social, resulta sorprendente los pocos hallazgos que se han encontrado sobre la intervención terapéutica en este campo. La falta de asistencia psicológica en contextos de exclusión social puede deberse a un gran número de causas. Se tiende a enfocar todos los recursos a problemáticas urgentes y/o burocráticas y se destinan muy pocos recursos a la intervención en crisis vitales de estas personas. El foco está puesto en la pobreza y el suministro de recursos materiales y económicos propiciando que se desatendan problemáticas fundamentalmente psicológicas de las personas. Las familias o individuos que se encuentran en contextos de exclusión social necesitan urgentemente satisfacer necesidades básicas y materiales, pero, ello debe ir unido a una buena asistencia psicológica: autoestima, control de impulsos, establecimiento de normas y límites...

Casi todos los artículos con los que se ha contado para realizar este trabajo han sido obtenidos de bases de datos relacionadas con el campo de la educación social o el trabajo social. Es inquietante que, siendo una necesidad urgente y necesaria para las familias multiproblemáticas en situaciones de exclusión social, la psicología ocupe a priori un segundo plano en la intervención con este tipo de familias. No se han encontrado estudios ni investigaciones que se centren en el estudio de familias que se encuentran en este proceso.

Los resultados encontrados hablan sobre las terapias familiares, importancia de la alianza terapéutica, tipos de apego y familias multiproblemáticas en contextos de exclusión social, pero ninguno pone el énfasis en la relación entre todas estas variables y como se retroalimentan entre ellas. Resulta obvio que, con la gran población que se encuentra en

situación de exclusión social en España (y en el resto del mundo) es un mandato en busca de la justicia social el, invertir esfuerzos en generar nuevas aproximaciones a esta área desde nuestra profesión, la psicología. Es necesario por tanto que, se investigue de forma teórica cuales son las particularidades de estos casos y qué dificultades se van a encontrar las personas que dediquen su labor profesional a este mundo.

Como se estudió en la asignatura de “Intervención en ámbitos de exclusión” y en la misma línea que Berástegui (2017) creo que será necesario que se lleve a la práctica nuevas maneras de intervención psicológica sin perder el enfoque multidisciplinar que estos casos necesitan. Esta revisión ha pretendido aunar ciertos estudios que, de forma separada, trataban este tema para arrojar cierta luz no solo de la necesidad que hay de hacer nuestra la práctica clínica y psicosocial en contextos de exclusión sino también determinar en un pequeño paso/acercamiento, cuáles son las herramientas y habilidades que los psicólogos han de poner en marcha en estos casos para la mejor práctica. Así, haciendo este compendio de algunas de las características que pueden influir en el establecimiento de la alianza terapéutica en familias en situaciones de exclusión social y cómo el terapeuta ha de manejarse en estas situaciones, se pretende dar un primer paso hacia el estudio concreto y específico de la población para evitar en la medida de lo posible el fracaso terapéutico en este tipo de intervenciones.

El fracaso terapéutico en terapia familiar en contextos de exclusión social puede venir dado por muchísimos acontecimientos o fenómenos. Uno de ellos es el mal establecimiento de la alianza terapéutica. El que aquí se ha estudiado y nos atañe, tiene una correlación alta con el abandono o interrupción de las intervenciones en el campo de la psicología. Como se ha mencionado con anterioridad, la alianza terapéutica es un fenómeno complejo per se, que se vuelve aún más difícil cuando se trata de intervención en familias. Sobre todo, en familias mutiproblemáticas y en contextos de exclusión social.

El fracaso en la intervención relacionado con la alianza terapéutica se debe a un cúmulo de factores. Por un lado, hemos de entender que las familias que acuden a estas intervenciones pueden hacerlo por propia voluntad, pero en muchos otros casos, inician la intervención por un mandato judicial. Revisando lo expuesto por Besada y Puñal (2012) y siguiendo sus conclusiones, parece que la terapia en estos casos es un requisito para conseguir cualquier otro fin, pero no en sí mismo. Esto dificulta la adherencia al tratamiento, no hay motivación ni interés. Y, aunque as personas acudan a la intervención

con ganas y motivación, suelen ser familias con mucha sintomatología, problemáticas que ocurren a la vez y que además pueden ser contrarias entre sí según los miembros de la familia. El terapeuta deberá encauzar cada una de las sesiones, atendiendo a lo que la familia reclama, pero también aquello que a su juicio tiene un valor clínico.

Derribar algunos muros, algunos tabús puede ser un trabajo arduo y el terapeuta además deberá establecer los límites: qué es verdaderamente importante para que la familia mejore y qué cosas vienen del juicio por la incomprensión de patrones y normas culturales. Podría entenderse como las “normas de un juego”: en cualquier intervención es necesario que terapeuta y cliente compartan unas mismas reglas que se han de establecer de manera explícita e implícita, estas normas resultan fáciles cuando ambos comparten marco cultural y social. Pero las normas pueden ser muy lejanas cuando no hay un mínimo de espacio cognitivo compartido. Se entenderá mejor con un ejemplo. En el verano del 2015 me encontraba en las 3.000 viviendas en Sevilla. Es una zona compuesta por varias barriadas que se encuentran en situaciones de exclusión social, siendo la mayoría de la población de etnia gitana. Cuando estábamos dando un curso de apoyo escolar a adolescentes para que cumpliesen con la enseñanza secundaria obligatoria (ESO) muchos de los asistentes y sus familias veían la educación como una pérdida de tiempo pues, con sus condiciones vitales no iban a necesitar saber de historia o matemáticas puesto que el futuro laboral de estos adolescentes ya estaba marcado por el oficio que los padres les iban a enseñar. Si bien esto es solo un ejemplo, lo que pretende iluminar o reflejar es la diferencia de ideas, creencias u opiniones que pueden surgir en cualquier intervención con personas que tienen valores e intereses totalmente opuestos a aquellos que la sociedad pretende inculcar a las personas que se encuentran en un proceso de inclusión social.

Estas barreras surgirán constantemente en la terapia, por una parte, el terapeuta deberá evitar los juicios, eliminar todo aquello que ha aprendido y abrir la mente a sociedades muy distintas con ritos y normas totalmente ajenas a las del profesional. Por otra parte, deberá ser capaz de establecer límites y normas siendo cauto, para no victimizar a las familias que acuden. Es un trabajo difícil y que requiere una constante actualización de lo que uno está experimentando.

Resumiendo, al establecer la alianza terapéutica, existen multitud de factores a tener en cuenta a la hora de iniciar una intervención psicológica de cualquier índole, pero en estas

situaciones concretas, el esfuerzo ha de ser aún mayor por parte del profesional. Requiere un buen conocimiento de las técnicas a la par que un buen conocimiento de la población con la que se va a trabajar y sus características. Será necesario así mismo, un buen autoconocimiento para ser capaz de trasladar los juicios y opiniones fuera de las sesiones y así no se resientan las relaciones establecidas. Es necesario que se siga investigando e interviniendo de forma humana con las personas que se encuentran en esta situación. Los esfuerzos futuros de la psicología deben ir encaminados a la visibilización de la práctica profesional en estos contextos y a la concienciación de la sociedad en general de lo importante que es que estas personas reciban asistencia psicológica para superar barreras personales y familiares. Así como a la formación específica de terapeutas para intervenir en estos casos otorgándoles las herramientas necesarias para superar las barreras y resistencias que puedan encontrar en la práctica.

Es necesario que la psicología clínica acompañada de la intervención psicosocial encuentre un rol determinado en este campo y empodere a las familias y personas que viven en estas situaciones. Así como que, demande a las instituciones pertinentes más esfuerzos, puestos de trabajo y mejores condiciones para poder realizar buenos tratamientos a las personas que viéndose en estas situaciones no pueden contar con la ayuda de un profesional. Los profesionales de la psicología tienen el poder de acompañar y encauzar a las personas hacia el cambio de las familias que se encuentran en estas condiciones, de forma que, apelando a la justicia, todos los seres humanos puedan contar con la asistencia psicológica necesaria para mejorar la calidad de vida y suplir las necesidades básicas que la sociedad del bienestar ofrece.

6. Referencias bibliográficas

Alter, Grupo de Investigación. (2008). Familias en exclusión social extrema. *II Plan de Lucha contra la Exclusión Social en Navarra. Diagnóstico de la Exclusión social en Navarra*. 1-161. Recuperado en:

https://www.unavarra.es/digitalAssets/168/168636_10000008-Familias-en-exclusi--n-social-extrema-PDF.pdf

Andrade, N. (2005) La alianza terapéutica. *Clínica y Salud*, 16(1), 9-29.

Berástegui Pedro-Viejo, A. (2017). *Apuntes Asignatura Intervención en Ámbitos de Exclusión*. Universidad Pontificia de Comillas.

Bermúdez, C., & Navia, C. E. (2013). Factores que Favorecen y se Interponen en el Establecimiento de la Alianza Terapéutica en Terapia de Familia y Pareja. *Revista Colombiana De Psicología*, 22(2), 333-343.

Besada, L., & Puñal, M. E. (2012). Intervención con familias con menores en situación de riesgo. *Revista de la Universidad de la Rioja*, 5, 47-96.

Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*. 27(2-3), 247-259.

Etcheveres, M., Simkin, H.A., González, M.M., & Muzzio, G. (2012). Relación y alianza terapéutica: revisión y actualización de estudios empíricos desde diferentes perspectivas teóricas. *IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires*. Recuperado en: <https://www.academica.org/hugo.simkin/7.pdf>

Fryer, L. (2009). A longitudinal Examination of Outcomes Related to Emotional Abuse in Children. (Tesis Doctoral) *University of Southern Mississippi*. 1-96.

Recuperado en: <https://aquila.usm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2085&context=dissertations>

García, A.T. (2012). Modelo de intervención social con menores en riesgo de exclusión social en la ciudad de Torrent (Valencia). *Revista de educación Social*, 15, 1-12.

Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.

Gómez, E., Muñoz, M. M., & Haz, A. M. (2007). Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social: Características e Intervención. *Revista de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 16(2), 43-54.

Hughes, D. (2004). An attachment-based treatment of maltreated children and young people. *Attachment & Human Development*, 6(3), 263-278.

Informe AROPE. (2017). At-Risk-Of Poverty and Exclusion. EAPN (European Anti-Poverty Network)

Recuperado en: <http://www.eapn.es/estadodepobreza/>

Lossa, L., Corbella, S., & Botella, L. (2012, Julio). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología*, 105, 91-103.

Navia, C. E., & Arias, E. M. (2012). Alianza terapéutica y su relación con las variables de apego del terapeuta y del consultante. *Universitas Psychologica*, 11(3), 885-894.

Padilla, J. P., Alvarez-Dardet, S. M., & Hidalgo, M.V. (2014). Estrés parental, estrategias de afrontamiento y evaluación del riesgo en madres de familias en riesgo usuarias de los Servicios Sociales. *Psychological Intervention*, 23(1), 25-32.

Santibáñez, M., Román, MF., & Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, 26(2), 267-287.

Sierra, P. (2011). El vínculo afectivo de apego: investigación y desarrollo. *Acción Psicológica*, 8(2), 5-7.