

TESIS DOCTORAL

La alianza terapéutica en terapia familiar con  
progenitores separados en conflicto: un modelo del  
proceso de cambio intrasistema

Cristina Günther Bel

Directora: Dra. Anna Vilaregut Puigdesens  
Codirector: Dr. Juan Luis Linares Fernández

Barcelona, 2017



**Unió Europea**  
**Fons social europeu**  
L'FSE inverteix en el teu futur



Generalitat de Catalunya  
**Departament d'Empresa  
i Coneixement**



## **TESI DOCTORAL**

**Títol: La alianza terapéutica en terapia familiar con progenitores separados en conflicto: un modelo del proceso de cambio intrasistema**

Realitzada per: **Cristina Günther Bel**

en el Centre: **Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport  
Blanquerna, Universitat Ramon Llull**

i en el Departament de **Psicologia**

Dirigida per: **Dra. Anna Vilaregut Puigdesens i Dr. Juan Luis Linares Fernández**



*A mis padres, **Pilar** y **Kurt**,  
de vuestra incondicionalidad  
nace mi mayor impulso*

*A **Pau**, **Mónica** y **Edu**,  
el mejor equipo*



*“En efecto, algo hay en la danza como metáfora que se adecua bien a la imagen de una terapia relacional activa y relativamente breve, en la que ambas partes, la tratante y la tratada, acoplan sus respectivos ritmos sin renunciar a iniciativas, y en la que el rol directivo del terapeuta debe ganarse continuamente la validación de la familia. La danza terapéutica posee un repertorio de pasos variado, casi infinito, pero remite siempre a dos compases básicos que el terapeuta debe dominar: la acomodación y el desafío” (Linares, 1996)*



# Agradecimientos

---

Los que me conocen saben de mi pasión por la música y la danza. Tampoco es ningún secreto que a los terapeutas familiares nos seducen las buenas metáforas. Así que, con frecuencia, recurro al símil de la danza para explicar mi trabajo como psicoterapeuta. También lo usaré ahora para referirme a este otro baile, mi tesis doctoral.

Me resulta fácil comparar el doctorado con los ensayos diarios de un bailarín: muchas y largas jornadas que con frecuencia han acabado en dolor de pies, pero en las que también ha habido lugar para disfrutar de la satisfacción de ejecutar una coreografía que al principio parecía demasiado complicada. En este momento, con los nervios que se tienen antes de salir al escenario a mostrar el resultado del trabajo hecho, quiero recordar a las personas que me han ayudado a llegar hasta aquí. Gracias a todos los que, de un modo u otro, habéis bailado conmigo.

A la Dra. Anna Vilaregut, directora de esta tesis: *gràcies per la teva força, comprensió, constància i humilitat. Per totes les vegades que m'has ajudat a dibuixar (metafòrica i literalment) l'estratègia a seguir. Per confiar en mi, guiar-me i fer-me costat. Com diries tu: Seguim!*

Al Dr. Juan Luis Linares, codirector de esta tesis: gracias por enseñarme tanto. Este trabajo es solo una pequeña parte de lo que he aprendido estando sentada a tu lado estos años. Tu sabiduría, pasión y sentido del humor me han hecho crecer profesional y personalmente. Gracias, de todo corazón, por enseñarme a danzar con las familias.

A los miembros del *Grup de Recerca de Parella i Família* (GRPF; SGR-953, AGAUR 2014), en particular a su investigador principal, el Dr. Carles Pérez-Testor, por acogerme y darme la oportunidad de formarme junto a grandes profesionales. Gracias, especialmente, al equipo de investigación en psicología sistémica (Anna V., Anna G., Clara, Eduard, Laura, Lourdes, Meritxell y Núria) por demostrar que el todo es más que la suma de las partes. Meri, *gràcies per haver triat la cançó "you've got a friend in me"*.

Edu Carratalà, *tot el que puc dir es queda curt per mostrar la importància que la teva amistat ha tingut en aquesta tesi i molt més enllà... So I will use silence to explain everything.* Mariana, gracias por aquel abrazo.

A la *Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*. A sus directores, docentes y pacientes, gracias por darme la oportunidad de aprender junto a vosotros. Quiero dedicar un agradecimiento especial a todas las familias que han participado en este estudio, por enseñarnos tanto con sus historias.

A todo el equipo de la Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar (UIICF) en Ferrol, por haberme mostrado la importancia de la alianza terapéutica. Un “gracias” muy especial al Dr. Valentín Escudero, por su sabiduría, generosidad y cercanía. Gracias por ayudarme a centrar objetivos y animarme a perseguirlos.

A la Dra. Myrna Friedlander: *thank you so much for your warm welcome and guidance at the University at Albany, State University of New York. You have been not only my mentor in process-research methods but a role model as a researcher and professor. You showed me how exciting is to share ideas and expand the possibilities! I will always remember our Monday meetings.*

*To everyone I met during my stay in New York. To Kelsey and Snehal, thank you for your pure friendship. Rosemary, thank you for being my home.* A dos de las mujeres más fuertes que conozco, Natalia Ruiz de Cortázar y Cristina Muñiz, gracias por estar, allí y aquí.

A la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna (FPCEE Blanquerna)* de la *Universitat Ramon Llull (URL)*. A todos los profesores que me han animado con la voz de la experiencia: Dr. Xavier Pujadas, Dra. Carol Palma, Dr. Xavier Carbonell, Dr. Jordi Segura, Dra. Dolors Ribalta, Dra. Olga Herrero, Dra. Eulàlia Ros, Dr. Antoni Chaves... y un agradecimiento especial a aquellos que han respondido a mis dudas metodológicas, Dr. Ignasi Cifre y Dr. Carles Virgili. Gracias también a Montserrat Casanovas, Verònica Lara, Eva Cañas, Andrea del Pozo y Cristina Costa, porque vuestro trabajo lo ha facilitado todo. Gracias a los alumnos que, con sus preguntas, me han animado a mejorar día a día. A todos los compañeros de las aulas C4-02 y C4-04: junto a vosotros, el camino se ha hecho mucho más divertido.

A María Ortega, por ser mi refugio, gracias.

A TODOS los amigos, por su comprensión. ¡Que ya vuelvo!

A mi eterno mejor amigo, Nacho Donato Valero. *Res ha estat més dur que perdre't. Gràcies per haver-me animat tan fort, tant que encara ho noto.*

*An meiner großen Familie (in quantitativer und qualitativer Hinsicht): herzlichen Dank für alles.* A mi gran familia (cuantitativa y cualitativamente hablando): gracias, de todo corazón, por todo. *Gràcies també a la família Corbalán Comas, per donar-me un espai físic i mental immillorable per afrontar la recta final.*

Un agradecimiento más que especial a mi tía Nuria (por tía y por Doctora). Gracias por acompañarme y ayudarme a encontrar las palabras. Gracias por tus revisiones, tus tilas, tus esquemas en hojas de colores. Gracias por sacar lo mejor de mí. Tú y Carlota sois dos de mis grandes ejemplos a seguir.

A mis padres, gracias por vuestra generosidad, paciencia y apoyo incondicional. A mi padre, Kurt, por transmitirme la importancia de la formación y del sentido del humor. A mi madre, Pilar, por hacerme el mejor regalo de todos: su tiempo. Gracias a los dos por saber explicar a la perfección de qué va esta tesis doctoral.

A mi hermana Mónica, por nuestra complicidad única. Gracias por protegerme y por preocuparte, siempre, de enseñarme lo que has aprendido (porque... “¡tan importante es trabajar como descansar!”). Edu, *gràcies per totes i cadascuna de les vegades que m'has preguntat com estava i per tots els moments en el que una broma teva ho ha millorat tot.*

A mi favorito. A la persona que ha puesto la música (y mil tazas de café) en este baile. Pau, *gràcies per ser-hi sempre, tant si fan falta paraules com si fan falta silencis.*

A todos vosotros: *gracias, gràcies, danke, thank you.*

Añadir un agradecimiento a la *Fundació Blanquerna* por la *Beca a la Excelencia Académica (2011-2012)* que me permitió realizar el *Máster en Psicología de la Salud y Psicoterapia* con el que accedí al programa de doctorado. Agradecer también a la *FPCEE Blanquerna* el *Ajut per a Estadets de Recerca a altres Universitats (2014-2015)* que me facilitó realizar una estancia de investigación internacional en la *University at Albany, State University of New York*.

Esta tesis doctoral se ha podido realizar gracias al apoyo del *Fons Social Europeu* y de la *Secretaria d'Universitats i Recerca del Departament d'Economia i Coneixement de la Generalitat de Catalunya*, a través de la ayuda predoctoral para la contratación de personal investigador novel FI-DGR [2013 FI\_B 00104, 2014 FI\_B1 00199, 2015 FI\_B2 00111].

# Resumen

## *La alianza terapéutica en terapia familiar con progenitores separados en conflicto: un modelo del proceso de cambio intrasistema*

**Introducción:** Investigaciones previas han mostrado que la dimensión intrasistema de la alianza terapéutica en terapia familiar (es decir, que la familia comparta el propósito de trabajar conjuntamente en la terapia) tiene una importancia crítica y requiere de especial atención cuando hay un conflicto entre los miembros de la familia. A pesar del creciente número de separaciones conyugales conflictivas con un hijo en situación de riesgo derivadas a servicios de terapia familiar, hay una falta de investigación empírica acerca de cómo los terapeutas pueden facilitar la colaboración coparental en terapia.

**Objetivo:** El objetivo general de esta tesis doctoral es analizar la alianza terapéutica inicial en casos de terapia familiar con progenitores separados en conflicto e identificar elementos facilitadores del cambio en la alianza intrasistema con los que proponer un modelo fundamentado en y para la práctica clínica.

**Metodología:** Estudio de 16 casos de terapia familiar (32 progenitores) tratados en un hospital público en Barcelona (España). En cada caso, se llevaron a cabo sesiones individuales con cada progenitor y posteriormente se realizaron sesiones conjuntas. Desde una perspectiva sistémica y considerando la naturaleza compleja del objeto de nuestro estudio, utilizamos un diseño de método mixto integrando datos observacionales y cualitativos. En primer lugar, basándonos en las puntuaciones del *Sistema de Observación de Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o)*, dividimos el número total de casos en dos grupos, en función de la presencia o ausencia de indicadores positivos de los progenitores en la dimensión *Sentido de compartir el propósito*. En segundo lugar, describimos y comparamos cuantitativamente la alianza terapéutica inicial de cada progenitor en los dos grupos. En tercer lugar, con el fin de explorar en profundidad el proceso de cambio en la alianza intrasistema, completamos la fase de descubrimiento de la metodología de *Task Analysis*. Para ello, analizamos y comparamos cualitativamente la transcripción de eventos exitosos y no exitosos y desarrollamos un Modelo basado en los elementos facilitadores del cambio.

**Resultados:** Los resultados del análisis cuantitativo mostraron que los progenitores con mejor alianza intrasistema obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas en la dimensión de *Seguridad* en las primeras sesiones individuales y en las primeras sesiones conjuntas. En las sesiones conjuntas, las puntuaciones en las dimensiones de *Enganche* del progenitor que convive con el hijo y de *Conexión emocional* de ambos progenitores también fueron significativamente más altas. Los resultados del análisis cualitativo permitieron fundamentar un modelo del proceso de cambio en la alianza intrasistema basado en tres categorías principales (o fases) que ocurrieron secuencialmente: (1. *Narrativas de conflicto*, 2. *Narrativas de corresponsabilidad* y 3. *Narrativas de oportunidad*) y una categoría que apareció de manera recurrente a lo largo de las sesiones (0. *Contextualización*). Cinco subcategorías emergieron en un movimiento recursivo dentro de las categorías 1 y 2 (el terapeuta: *procuró el equilibrio en la exposición de perspectivas individuales, reconoció el sufrimiento y esfuerzo, promovió posiciones alternativas ante los reproches, destacó la posición vulnerable del hijo y fomentó la recuperación de la responsabilidad parental*).

**Discusión:** Los resultados son consistentes con investigaciones previas sobre la intervención en casos de alta complejidad. Además, nuestra investigación contribuye a la intervención específica con progenitores separados en conflicto, aportando nuevos elementos facilitadores del cambio en la alianza intrasistema. Describimos implicaciones y recomendaciones para la práctica clínica, así como limitaciones y sugerencias para continuar con esta línea de investigación.

## *Abstract*

### *The therapeutic alliance in family therapy with separated parents in conflict: a model of the within-system process of change*

**Background:** Research has shown that the within-system dimension of the therapeutic alliance in family therapy (i.e. a family's shared sense of purpose about working together in therapy) is critically important and especially challenging when there is a conflict among family members. Despite the increasing prevalence of high-conflict separated -or divorced- parents with a child at risk referred to family therapy services, there is a lack of empirical research on how therapists can facilitate co-parental collaboration in therapy. Thus, the shift from a negative to a positive within-system alliance is poorly understood.

**Aim:** The overall aim of this dissertation is to analyze the initial therapeutic alliance in family therapy with high-conflict separated parents and identify facilitating elements of change in order to develop a grounded model of how parents shift from a problematic to a positive within-system alliance.

**Methodology:** We sampled 16 family therapy cases (32 parents) from a public healthcare hospital in Barcelona, Spain. In every case, individual sessions were first held with each parent, followed by conjoint sessions with both parents. From a systemic perspective and considering the complex nature of the object of study, we used a mixed-method approach integrating observational and qualitative data. First, based on the *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA-o) ratings, we divided the total number of cases into two groups, depending on the presence or absence of parents' positive indicators in the *Shared Sense of Purpose* dimension. Second, we quantitatively described and compared the initial therapeutic alliance of the two groups. Third, to deeper explore the within-system alliance process of change, we completed the discovery-oriented phase of the Task Analysis methodology. To do so, we qualitatively analyzed and compared the transcription of successful and unsuccessful events and developed a Model based on the identified key elements.

**Results:** The results from the quantitative analysis showed that the parents with better within-system alliance had significantly higher *Safety* ratings in both their first individual and first conjoint sessions. In the conjoint sessions, *Engagement* (of the parent who lives with the child) and *Emotional Connection* ratings also proved to be significantly greater. The results from the qualitative analysis suggested a model of the within-system alliance process of change grounded in three main categories -or stages- that occurred sequentially (1. *Narratives of conflict*, 2. *Narratives of co-responsibility* and 3. *Narratives of opportunity*) and a category that appeared in different moments across the task resolution (0. *Contextualization*). Five sub-categories emerged in a recursive movement within categories 1 and 2 (the therapist: *pursued a balance in sharing individual perspectives of both parents, acknowledged their suffering and effort, promoted alternatives to blaming, highlighted the vulnerability of the child and encouraged the recovery of parental responsibilities*).

**Discussion:** Results are consistent with prior research on intervention with challenging families. Our research contributes to the specific intervention with high-conflict separated parents by adding newly identified facilitating elements. Implications and recommendations for practice are described along with limitations and suggestions to continue this line of research.

# Índice

## Introducción

---

<b>1. Motivación personal, justificación y contribuciones .....</b>	<b>27</b>
<b>2. Paradigma y perspectiva de investigación .....</b>	<b>35</b>
<b>3. Estructura de la tesis doctoral .....</b>	<b>41</b>

## Marco teórico

---

<b>4. La alianza terapéutica .....</b>	<b>45</b>
4.1. Definición y desarrollo histórico en psicoterapia .....	45
4.2. La alianza terapéutica en terapia familiar y de pareja .....	50
4.2.1. Consideraciones y características diferenciales .....	51
4.2.2. Aportaciones teóricas y conceptualización .....	53
4.2.3. Definición de la alianza intrasistema o intrafamiliar .....	57
4.2.4. El modelo SOATIF .....	59
4.3. Evaluación de la alianza terapéutica .....	63
4.3.1. Instrumentos para evaluar la alianza terapéutica en terapia individual .....	63
4.3.2. Instrumentos para evaluar la alianza terapéutica en terapia conjunta .....	65
4.4. La investigación en alianza terapéutica .....	67
4.4.1. Relación entre la alianza terapéutica y el resultado final .....	68
4.4.2. Factores que influyen en la construcción de la alianza terapéutica .....	74
4.4.2.1. Factores asociados a los pacientes .....	74
4.4.2.2. Factores asociados al terapeuta .....	78
4.4.3. Alianzas problemáticas en terapia familiar .....	82
4.4.3.1. Alianzas divididas .....	82
4.4.3.2. Falta de alianza intrasistema .....	85
4.5. Alianza terapéutica con progenitores separados en conflicto .....	88
<b>5. Familias y separación conflictiva.....</b>	<b>93</b>
5.1. Teoría de las relaciones familiares .....	94
5.1.1. Conyugalidad y parentalidad .....	94

5.1.2. Dinámicas relacionales en la familia de origen .....	96
5.1.3. Prácticas Alienadoras Familiares .....	100
5.2. Coparentalidad .....	104
5.2.1. Definición y dimensiones de la coparentalidad .....	104
5.2.2. Asociación entre coparentalidad y salud mental de los hijos .....	107
5.3. Terapia familiar con progenitores separados en conflicto .....	109
<b>6. El estudio de procesos de cambio en psicoterapia .....</b>	<b>121</b>
6.1. Definición de investigación de proceso .....	121
6.2. Tipos de investigación de proceso .....	124
6.2.1. Investigación cuantitativa de proceso-resultado .....	124
6.2.2. Investigación cualitativa sobre factores útiles .....	125
6.2.3. Investigación con microanálisis secuencial .....	126
6.2.4. Investigación de eventos significativos .....	126
6.3. La metodología de <i>Task Analysis</i> .....	128
6.3.1. Definición, fases y pasos del <i>Task Analysis</i> .....	128
6.3.2. El <i>Task Analysis</i> en terapia familiar .....	132

## Desarrollo de la investigación

---

<b>7. Preguntas de investigación y objetivos .....</b>	<b>137</b>
7.1. Preguntas de investigación .....	137
7.2. Objetivos .....	138
7.2.1. Objetivo general .....	138
7.2.2. Objetivos específicos .....	138
<b>8. Metodología .....</b>	<b>141</b>
8.1. Diseño .....	141
8.2. Participantes .....	144
8.3. Material e instrumentos .....	150
8.4. Procedimiento .....	152
8.4.1. Procedimiento – Fase 1 .....	155
8.4.2. Procedimiento – Fase 2 .....	156
8.4.2.1. Selección de sesiones y eventos .....	157
8.4.2.2. Pasos previos al análisis de eventos .....	159

8.5. Análisis de datos .....	161
8.5.1. Análisis de datos – Fase 1 .....	161
8.5.2. Análisis de datos – Fase 2 .....	162
8.6. Criterios evaluativos de calidad .....	163
8.6.1. Fiabilidad del análisis mediante el SOATIF-o .....	164
8.6.2. Confiabilidad en el análisis de datos cualitativos .....	165
<b>9. Resultados .....</b>	<b>167</b>
9.1. Análisis descriptivo (Fase 1) .....	167
9.1.1. Descripción de las puntuaciones globales .....	167
9.1.2. Descripción de los indicadores específicos de cada dimensión .....	171
9.1.3. Identificación de alianzas problemáticas .....	197
9.2. Análisis comparativo (Fase 1) .....	198
9.2.1. Comparación de las puntuaciones globales de los progenitores .....	199
9.2.2. Comparación de las puntuaciones globales del terapeuta .....	201
9.3. Análisis cualitativo del proceso de cambio (Fase 2) .....	203
9.3.1. Elementos del Modelo en los Eventos Positivos .....	207
9.3.2. Comparación de los elementos del Modelo en los Eventos Negativos .....	237
<b>10. Discusión .....</b>	<b>241</b>
<b>11. Conclusiones / <i>Conclusions</i> .....</b>	<b>261</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>269</b>
<b>Apéndices .....</b>	<b>297</b>
Apéndice A: Lista de indicadores del SOATIF-o para el terapeuta .....	299
Apéndice B: Lista de indicadores del SOATIF-o para la familia .....	303
Apéndice C: Solicitud de consulta al equipo de terapia familiar .....	307
Apéndice D: Motivos de consulta .....	311
Apéndice E: Valoraciones del SOATIF-o para la división de grupos .....	315
Apéndice F: Marcadores de los Eventos Positivos y Negativos .....	317
Apéndice G: Contexto de la tarea ( <i>Task environment</i> ) .....	321
Apéndice H: Modelo teórico-racional ( <i>Rational Model</i> ) .....	323
Apéndice I: Red de elementos del Modelo de cambio y dimensiones del SOATIF .....	325



## Índice de tablas

Tabla 1.	Características de los paradigmas de investigación .....	36
Tabla 2.	Contribución de las dimensiones del SOATIF al progreso terapéutico .....	63
Tabla 3.	Diferencias entre Terapia y Mediación .....	112
Tabla 4.	Fases y pasos de la metodología de <i>Task Analysis</i> .....	130
Tabla 5.	Datos sociodemográficos de los participantes .....	146
Tabla 6.	Características descriptivas de cada caso .....	148
Tabla 7.	Puntuaciones globales obtenidas en el SOATIF-o para los Casos SIN indicadores positivos en la alianza intrasistema .....	170
Tabla 8.	Puntuaciones globales obtenidas en el SOATIF-o para los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema .....	171
Tabla 9.	Indicadores de los progenitores en la dimensión de Enganche en los Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema .....	173
Tabla 10.	Indicadores de los progenitores en la dimensión de Enganche en los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema .....	175
Tabla 11.	Indicadores de los progenitores en la dimensión de Conexión emocional en los Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema .....	176
Tabla 12.	Indicadores de los progenitores en la dimensión de Conexión emocional en Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema .....	178
Tabla 13.	Indicadores de los progenitores en la dimensión de Seguridad en los Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema .....	180
Tabla 14.	Indicadores de los progenitores en la dimensión de Seguridad en los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema .....	181
Tabla 15.	Indicadores de los progenitores en la dimensión de Compartir el propósito en los Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema .....	182
Tabla 16.	Indicadores de los progenitores en la dimensión de Compartir el propósito en los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema .....	183
Tabla 17.	Indicadores del terapeuta en la dimensión de Enganche en los Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema .....	185
Tabla 18.	Indicadores del terapeuta en la dimensión de Enganche en los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema .....	187
Tabla 19.	Indicadores del terapeuta en la dimensión de Conexión emocional en los Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema .....	189

Tabla 20.	Indicadores del terapeuta en la dimensión de Conexión emocional en los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema .....	191
Tabla 21.	Indicadores del terapeuta en la dimensión de Seguridad en los Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema .....	193
Tabla 22.	Indicadores del terapeuta en la dimensión de Seguridad en los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema .....	195
Tabla 23.	Indicadores del terapeuta en la dimensión de Compartir el Propósito en los Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema .....	196
Tabla 24.	Indicadores del terapeuta en la dimensión de Compartir el Propósito en los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema .....	196
Tabla 25.	Patrones de alianza dividida en las sesiones conjuntas para los Casos SIN indicadores positivos y en los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema .....	198
Tabla 26.	Estadísticos descriptivos de las puntuaciones de los progenitores en el grupo de Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema .....	199
Tabla 27.	Estadísticos descriptivos de las puntuaciones de los progenitores en el grupo de Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema .....	199
Tabla 28.	Comparaciones de las puntuaciones globales de los progenitores entre el grupo de Casos SIN indicadores positivos y el grupo de Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema .....	201
Tabla 29.	Estadísticos descriptivos de las puntuaciones del terapeuta según grupo .....	202
Tabla 30.	Comparaciones de las puntuaciones globales del terapeuta entre el grupo de Casos SIN indicadores positivos y el grupo de Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema .....	202
Tabla 31.	Elementos del Modelo de cambio positivo en la alianza intrasistema .....	206
Tabla 32.	Presencia de los elementos del Modelo de cambio en los Eventos Negativos .....	240

## Índice de figuras

Figura 1. Representación de la alianza intrasistema .....	58
Figura 2. Representación del modelo SOATIF .....	61
Figura 3. Dinámicas relacionales según el modelo bidimensional de la Teoría de las relaciones familiares de Linares .....	96
Figura 4. Representación de la relación parental y la relación coparental .....	106
Figura 5. Diseño de investigación .....	142
Figura 6. Procedimiento seguido en la Fase 1 .....	156
Figura 7. Procedimiento seguido en la Fase 2 .....	157
Figura 8. Resumen gráfico de los resultados del análisis comparativo .....	201
Figura 9. Modelo del proceso de cambio en la alianza intrasistema en terapia familiar con progenitores separados en conflicto .....	205



# Introducción

---



## 1. Motivación, justificación y contribuciones

---

Según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2016), en 2015 hubo 101357 sentencias de separación conyugal<sup>1</sup>, siendo Cataluña la que registró la mayor tasa, 2.6 por cada 1000 habitantes. Se constató que el 23.6% del total de casos fueron contenciosos y que más de la mitad de los progenitores separados tenían al menos un hijo en común. Estos datos muestran tendencias similares a años anteriores y se traducen en un gran número de parejas que requieren de la ayuda de los servicios públicos para afrontar la tarea de coordinar, no solo la división de los bienes materiales compartidos, sino también sus responsabilidades como progenitores. Además, cabe añadir que las estadísticas no suelen incluir otros tipos de familia, como las creadas a partir de una pareja de hecho.

Varios estudios han coincidido en destacar que la separación parental no tiene consecuencias negativas en la salud mental de los hijos, sin embargo, sí se han encontrado evidencias que asocian un peor ajuste psicológico de los hijos con el funcionamiento coparental conflictivo tras la separación (Hetherington, Bridges, & Insabella, 1998; Kelly & Emery, 2003). A menudo, los casos que presentan características de riesgo para la salud mental de los hijos (altos niveles de hostilidad, falta de comunicación, rechazo a mantener contacto con uno de los progenitores, psicopatología, etc.) son derivados a servicios terapéuticos. En la actualidad, las situaciones relacionadas con separaciones conflictivas consumen un gran número de recursos asistenciales (Neff & Cooper, 2004; Rodríguez &

---

<sup>1</sup> Por el enfoque clínico de la presente tesis, utilizaremos el término *separación* o *divorcio* de manera indistinta, para referirnos a procesos de *separación*, *divorcio* o *nulidad*.

Soto, 2015) y suponen un gran reto para los terapeutas familiares (Emery, Rowen, & Dinescu, 2014; Lebow & Rekart, 2007; Linares, 2015).

A principios de 2012, como alumna de la *Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, pude conocer en primera persona las dificultades que plantea la terapia familiar con progenitores separados en conflicto. Motivada por una sesión clínica presentada por el Dr. Juan Luis Linares, solicité colaborar en su grupo de trabajo sobre las complejas dinámicas que frecuentemente se observan en familias cuyos progenitores acuden tras un proceso de separación contenciosa. En aquel contexto, tuve la gran oportunidad de trabajar junto a reconocidos expertos, ampliando mi conocimiento sobre la teoría sistémica a través de su aplicación directa en la práctica clínica y participando en la conceptualización de las *Prácticas Alienadoras Familiares*, definidas como una variante de la manipulación trianguladora de los hijos en situaciones de divorcio conflictivo (Linares, 2015). Pude constatar que la complejidad de estos casos resultaba en una falta de implicación y compromiso de los progenitores, lo que acababa provocando retrasos y una consiguiente saturación de las listas de espera, así como el desgaste de los profesionales que les atendían.

En general, nos encontrábamos con familias que acudían sin una motivación clara para colaborar en un proceso terapéutico. Sin embargo, la experiencia clínica en la *Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* también nos permitía observar que, en algunas sesiones, a pesar del conflicto y la reticencia inicial, se conseguía iniciar un proceso terapéutico. En esas ocasiones, se apreciaba un cambio en la actitud de los progenitores, que accedían a emprender conjuntamente una terapia familiar enfocada desde los planteamientos de la escuela sistémica. Pese a que la terapia no se planteaba como un proceso en el que se requiriese la participación de ambos progenitores en todas las sesiones, era necesario procurar un mínimo acuerdo inicial para asegurar la implicación y complicidad de todos los miembros relevantes del sistema familiar. Comparando aquellas sesiones en las que se conseguía una colaboración con aquellas en las que no se lograba, me preguntaba: *¿cómo podemos explicar ese cambio relacional entre los progenitores? ¿hay diferencias en la relación terapéutica que se establece en ambos tipos de casos? ¿qué mecanismos de cambio están presentes en aquellas sesiones en las que se inicia una colaboración entre los progenitores?*

Aquellas cuestiones sugerían que dotar a los terapeutas de herramientas útiles para facilitar la relación terapéutica en estos casos permitiría una mejora sustancial del servicio. Gracias a la Dra. Anna Vilaregut y a una de las líneas de investigación que lidera en el *Grup de Recerca de Parella i Família* (GRPF; SGR-953, AGAUR 2014) con el Dr. Carles Pérez-Testor como investigador principal, empecé a buscar respuestas en el estudio de la alianza terapéutica en terapia familiar de orientación sistémica.

Como señala la literatura científica, la importancia de construir vínculos de colaboración y alianzas terapéuticas sólidas con los pacientes ha demostrado ser un factor estrechamente vinculado con el éxito de la terapia (Friedlander, Escudero, Heatherington, & Diamond, 2011; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Lambert & Barley, 2001; Martin, Garske, & Davis, 2000) y especialmente importante en la fase inicial del tratamiento (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006; Glebova, et al., 2011; Piper et al., 1999; Yoo, Bartle-Haring, & Gangamma, 2016).

Propiciar el establecimiento de dichos vínculos es particularmente complejo en terapia familiar, puesto que requiere la atención constante a distintos niveles de relación. No solo es importante la alianza terapeuta-paciente, sino también la relación de colaboración entre los miembros del sistema familiar, es decir, la alianza intrasistema. La alianza intrasistema fue definida originariamente por Pinsof (1994, 1995) como la alianza dentro de la familia en relación a acudir a terapia y tiene una importancia crítica en el desarrollo del proceso terapéutico, tal y como demuestra un creciente número de estudios (p. ej., Abascal, 2011; Beck, Friedlander, & Escudero, 2006; Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008; Friedlander, Lambert, Escudero, & Cragun, 2008; Pinsof, Zinbarg, & Knobloch-Fedders, 2008; Lambert, Skinner, & Friedlander, 2012; Mateu, 2015).

La importancia de la dimensión intrasistema de la alianza queda recogida en el modelo SOATIF (*Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar*), concretamente en su dimensión *Sentido de Compartir el Propósito* (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006a). El SOATIF es una de las conceptualizaciones multidimensionales más recientes en el ámbito de la alianza terapéutica en terapia familiar. Al conocer su instrumento observacional, el SOATIF-o, vimos que resultaba idóneo para analizar la alianza terapéutica en los casos que íbamos tratando y registrando audiovisualmente en la *Escuela de Terapia Familiar del Hospital*

*de la Santa Creu i Sant Pau*. De ese modo, el modelo SOATIF nos proporcionó las bases teóricas y metodológicas para analizar la alianza terapéutica de todos los casos. Para procurar la correcta aplicación e interpretación del modelo, asistí a varias formaciones impartidas por el Dr. Valentín Escudero, uno de los autores del SOATIF, y realicé una estancia de investigación bajo su dirección en la UIICF (*Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar*, Ferrol).

El análisis con el SOATIF-o nos permitió describir, en términos de la alianza terapéutica, el contexto que subyacía al cambio en la colaboración de los progenitores. Sin embargo, para encontrar los elementos de cambio que se producían entre los indicadores específicos que proporcionaba el modelo SOATIF, requeríamos de un análisis de carácter más inductivo. Así, por la necesidad de describir en mayor detalle los componentes del proceso de cambio de la alianza intrasistema dentro de una misma sesión, decidimos realizar también un microanálisis cualitativo basado en la metodología de *Task Analysis* (Greenberg, 2007). Esta fase de la tesis se desarrolló en gran parte durante mi estancia en la *University at Albany, State University of New York (EUA)*, bajo la supervisión de la Dra. Myrna Friedlander, experta en investigación de proceso y otra de las autoras del SOATIF. Esta oportunidad me ofreció un entorno de trabajo inmejorable para profundizar en la combinación de observaciones realizadas mediante el SOATIF-o y los resultados que íbamos obteniendo a través del análisis minucioso del proceso de cambio. En último término, también me procuró la oportunidad de profundizar en la importancia de la aproximación metodológica a la investigación en nuestro ámbito. Esta es una inquietud que me ha desafiado a lo largo de mis años como estudiante: la distancia existente entre práctica e investigación en psicoterapia.

Pese a que esta tesis doctoral me ha permitido desplegar mi interés por el estudio y desarrollo de metodologías de investigación en psicoterapia, considero que éstas no deben ser entendidas al margen de un ejercicio de retroalimentación con y para la práctica clínica. En otras palabras, con esta tesis doctoral pretendemos demostrar el potencial de un planteamiento circular: *de la práctica a la investigación, de la investigación a la práctica*.

En el trabajo que presentamos, optamos por realizar un estudio de casos con un diseño mixto explicativo, centrado en descubrir el *qué* y el *cómo* a partir de la combinación de datos cuantitativos y cualitativos. Por un lado, los datos cuantitativos

nos han aportado un fundamento para la identificación deductiva de elementos de la alianza terapéutica que han caracterizado el proceso de cambio. En este sentido, hemos tenido en cuenta variables como el comportamiento del terapeuta, el comportamiento de la familia y la interacción de ambos durante el tratamiento. Por otro lado, el análisis cualitativo nos ha permitido explorar y describir, de manera inductiva, las resoluciones exitosas de eventos problemáticos en la alianza intrasistema. Con ello, hemos desarrollado las estrategias que proponemos a los terapeutas para facilitar una alianza intrasistema inicial entre los progenitores.

Si bien el establecimiento de una relación terapéutica cooperativa se ha definido como un proceso de alta complejidad en casos con progenitores separados en conflicto (p.ej., Johnston, Walters, & Friedlander, 2001; Lebow, 2008; Pinsof, 1995), las investigaciones empíricas al respecto son escasas y muchas preguntas siguen abiertas, principalmente aquellas relacionadas con el *cómo* propiciar los cambios positivos necesarios para desarrollar la terapia. En respuesta, nuestro estudio se sitúa en la *investigación de proceso*, que se presenta como una alternativa a la orientación tradicional de la *investigación de resultado* en psicoterapia, centrada exclusivamente en la mejora global y final del paciente (Greenberg, Heatherington, & Friedlander, 1996).

Con esta propuesta metodológica, y es una de las motivaciones personales detrás de esta investigación, hemos pretendido responder a las necesidades de la práctica clínica mediante un análisis riguroso de sus datos que fundamente el desarrollo de herramientas útiles para el trabajo de los psicoterapeutas. Así, esta tesis se alinea con las afirmaciones de un reciente artículo titulado *25 years of systemic therapies research: progress and promise* que advierte que cada vez hay más evidencias que respaldan la efectividad de las terapias de enfoque sistémico, pero son necesarias investigaciones que respondan al *cómo, para quién y bajo qué circunstancias* funcionan (Heatherington, Friedlander, Diamond, Escudero, & Pinsof, 2015). Para ello, recomiendan potenciar la colaboración entre los profesionales principalmente orientados a la práctica clínica y aquellos más involucrados en el área de la investigación en psicoterapia (p.359). En definitiva, consideramos que el futuro de la investigación en psicoterapia pasa por potenciar aquellos trabajos que, a partir de datos clínicos, proporcionen guías para la terapia.

En síntesis, esta tesis doctoral tiene el objetivo principal de analizar la construcción de la alianza terapéutica inicial en casos de terapia familiar con progenitores

separados en conflicto e identificar elementos facilitadores del cambio en la alianza intrasistema. Con ello, queremos proponer un modelo útil para la práctica profesional. Así, la contribución de esta investigación es la ampliación del conocimiento sobre el funcionamiento de la alianza terapéutica en estos casos y la propuesta de un modelo fundamentado para facilitar la tarea terapéutica de desarrollar una colaboración coparental en terapia. Ofrecemos una herramienta con una aplicación práctica tanto en el ámbito de la intervención terapéutica como en el ámbito de la formación y la supervisión de profesionales implicados en la asistencia a familias con un conflicto parental posdivorcio.

Parte de esta tesis doctoral ha sido presentada en publicaciones y comunicaciones en congresos. Además, los aprendizajes adquiridos durante estos años también me han dado la oportunidad de participar en otros trabajos, principalmente con contribuciones relacionadas con la metodología de investigación en psicoterapia. A continuación, listamos tanto aquellas publicaciones y presentaciones en congresos que forman parte de esta investigación como aquellas que se derivan indirectamente.

#### Publicaciones:

Günther, C., Vilaregut, A., Pérez-Testor, C., & Linares, J.L. (en prensa). Una revisión de la producción científica sobre alienación parental: implicación en la práctica profesional. *Revista de Psicopatología Clínica, Legal y Forense*.

Günther, C., Vilaregut, A., & Linares, J.L. (2015). Estudio cualitativo de una familia. En J. L. Linares (Ed.) *Prácticas Alienadoras Familiares. El Síndrome de Alienación Parental reformulado* (pp. 127-147). Barcelona: Editorial Gedisa.

Friedlander, M. L., Angus, L., Wright, S. T., Günther, C., Austin, C. L., Kangos, K., ... Khattra, J. (2016). "If Those Tears Could Talk, What Would They Say?" Multi-Method Analysis of a Corrective Emotional Experience in Brief Dynamic Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 27, 1-18.

Carratalà, E., Vilaregut, A., Schlanger, K., & Günther, C. (2016). Problem Solving Brief Therapy: a Case Conducted by John Weakland. *Revista de Psicoterapia*, 27, 217-232.

#### Presentaciones en congresos:

Günther, C., Vilaregut, A., Linares, J. L., & Carratalà, E. (2016). *Early Therapeutic Alliance in family intervention with high conflict divorced parents* (comunicación breve). 9th Congress of the European Family Therapy Association. Athens, Greece.

- Günther, C., Vilaregut, A., & Linares, J. L. (2016). *Challenging within-system alliances in Family Therapy with separated parents: an exploratory change-process research* (comunicación breve). 2nd International Research Conference on System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA). Bologna, Italy.
- Günther, C., & Vilaregut, A. (2015). *Metodologías de investigación en (y para) la Terapia Familiar* (mesa redonda: “*La investigación en terapia familiar. Ciencia y arte en evaluación*”). III Congreso Ibérico de Terapia Familiar. Cáceres, Spain.
- Günther, C., Vilaregut, A., & Linares, J. L. (2014). *Sharing the Sense of Purpose in high-conflict cases: a qualitative project* (comunicación breve). 1st International Research Conference on the SOFTA (System for Observing Family Therapy Alliances): Studying Family Therapy Alliances. Santiago, Spain.
- Günther, C., Vilaregut, A., Linares, J. L., & Carratalà, E. (2013). *Hacia una reformulación sistémica del Síndrome de Alienación Parental* (comunicación breve). IX Congreso Internacional Relates. Bilbao, Spain.
- Günther, C., & Vilaregut, A. (2013). *Parental Alienation and Parental Alienation Syndrome. A bibliographic and bibliometric review* (póster). 8th Congress of the European Family Therapy Association. Istanbul, Turkey.
- Carratalà, E., Schlanger, K., Diaz, G., Vilaregut, A., & Günther, C. (2016). *It's our time again! The Therapeutic Alliance of "Speaking the Client's language", learning from MRI's Problem Solving Brief Therapy* (taller). 9th Congress of the European Family Therapy Association. Athens, Greece.
- Austin, C., & Günther, C. (2015). *Theory-Based Technique: A Qualitative Analysis of Hanna Levenson's Perspective on the Unfolding Process of Change in her Work with "Ann"* (comunicación breve). 46th SPR International Annual Meeting - Society for Psychotherapy Research. Philadelphia, U.S.A.
- Carratalà, E., Vilaregut, A., Schlanger, K., & Günther, C. (2013). *Estilo terapéutico de John Weakland. Estudio exploratorio en Terapia Breve en Resolución de Problemas* (comunicación breve). IX Congreso Internacional Relates. Bilbao, Spain.
- Carratalà, E., Vilaregut, A., Schlanger, K., Günther, C., Mateu, C. (2013) *Therapeutic style and therapeutic alliance of Weakland in the work with families with a schizophrenic member: a case study* (comunicación breve). 8th Congress of the European Family Therapy Association. Istanbul, Turkey.



## 2. Paradigma y perspectiva de investigación

---

La importancia de explicitar la perspectiva de la que parte el investigador ha sido defendida como un criterio de calidad en las principales guías para el desarrollo de investigación cualitativa (Elliott, Fischer, & Rennie, 1999). Del mismo modo, el hecho de enmarcar una investigación dentro de unos determinados supuestos filosóficos, ha sido propuesto como indicador de calidad en investigaciones con diseño mixto (Creswell & Plano Clark, 2011). La presente tesis doctoral utiliza un diseño mixto con un gran peso en la interpretación de datos cualitativos desde una perspectiva sistémica. Por ese motivo, con el fin de contextualizar la investigación, incluimos en la introducción una breve exposición del posicionamiento que ha guiado su desarrollo.

Los paradigmas de investigación se han definido como el sistema de creencias básicas que guían al investigador (Guba & Lincoln, 1994). Tradicionalmente, éstos se han distinguido a partir de tres elementos fundamentales: (a) el posicionamiento que el investigador hace respecto a la naturaleza de la *realidad* (ontología), (b) el modelo de relación que se mantiene con aquello susceptible de ser estudiado (epistemología) y (c) las formas particulares que tiene para conocer esa *realidad* (metodología) (Lincoln & Guba, 1985).

Se han elaborado numerosas clasificaciones de los distintos paradigmas que guían a los investigadores en ciencias sociales. Creswell y Plano Clark, dos de los principales impulsores de los diseños mixtos de investigación, utilizan una división basada en cuatro paradigmas de investigación (o *worldviews*<sup>2</sup>): positivista, constructivista, participativo

---

<sup>2</sup> Creswell y Plano Clark (2011) proponen el uso del término *worldview* como sinónimo de *paradigm*, puesto que este último ha sido tradicionalmente asociado con la investigación exclusivamente cualitativa.

y pragmático (Creswell, 2003; Creswell & Plano Clark, 2011). En la Tabla 1 se resume brevemente la propuesta de los cuatro paradigmas, en función de las tres características que tradicionalmente han servido para su definición (supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos) y se añade un cuarto elemento, la *axiología*. La *axiología* hace referencia al papel que juegan los valores y los sesgos en la investigación y su estudio ha sido incluido por algunos autores a la hora de considerar las implicaciones políticas de la investigación (Morgan, 2014).

Tabla 1

*Características de los paradigmas de investigación (basado en Creswell, 2003; Creswell & Plano Clark, 2011)*

	<b>Paradigma Positivista</b>	<b>Paradigma Constructivista</b>	<b>Paradigma Participativo</b>	<b>Paradigma Pragmático</b>
<b>Ontología</b>	Realidad única e independiente	Múltiples realidades, importancia de los significados subjetivos de la experiencia	Realidades formadas por el contexto político	Sin dualismo estricto
<b>Epistemología</b>	Distancia e imparcialidad	Cercanía, interacción con los participantes	Colaboración entre investigador y participante	Depende de las preguntas y objetivos de investigación
<b>Metodología</b>	Proceso deductivo, medición	Proceso inductivo, comprensión	Proceso participativo, dirigido al cambio	Combinación de procesos deductivos e inductivos
<b>Axiología</b>	Sesgos controlados y eliminados	Sesgo asumido, interpretación	Negociación con los participantes	Múltiples perspectivas

Las diferentes aproximaciones a los métodos mixtos coinciden en considerar el papel primordial de las preguntas de investigación a la hora de elegir un diseño (Bryman, 2006; Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Plano Clark & Badiee, 2010; Morse, 2010; Tashakkori & Creswell, 2007). Desde el enfoque mixto, dependiendo de los objetivos del investigador, se utilizarán aquellos métodos (cuantitativos o cualitativos) y procedimientos (deductivos o inductivos) que proporcionen una mejor comprensión del problema de investigación.

Teniendo en cuenta la importancia otorgada a las preguntas de investigación, resulta comprensible la tendencia que existe a ubicar los diseños mixtos dentro del paradigma pragmático (Biesta, 2010; Creswell & Plano Clark, 2011; Johnson, Onwuegbuzie, & Turner, 2007). El trabajo de John Dewey ha sido propuesto como uno de los más útiles para indagar la complejidad filosófica detrás del pragmatismo (p. ej., Biesta, 2010; Morgan, 2014). Como desarrolla Morgan (2014), desde la corriente pragmática planteada por Dewey, la experiencia siempre conlleva un proceso de interpretación, en el que las creencias son interpretadas para generar acciones y las acciones son interpretadas para generar creencias. Aun así, sin caer en una explicación puramente racional, cognitiva e individualista, el pragmatismo propone una concepción de la experiencia formada de una manera contextual, emocional y social.

Desde el pragmatismo, la acción de investigar se entiende como una forma inevitable de experiencia, similar a la experiencia cotidiana, basada en las creencias y acciones de los investigadores. La experiencia de adquirir conocimiento implica una combinación de acción y reflexión (Biesta, 2010). Puesto que el paradigma pragmático defiende que el conocimiento siempre implica acción y participación, el objeto de conocimiento no preexiste al acto de conocer. Como clarifica Biesta (2010), desde el pragmatismo, el conocimiento se basa en las relaciones entre acciones y consecuencias (acción y reflexión) y no en un mundo situado “ahí fuera” (p. 112). En este mismo sentido, consideramos que ninguna observación está libre de interpretación.

Para terminar de ubicar el posicionamiento del que parte esta tesis doctoral, consideramos importante añadir un nivel más de concreción y distinguir el término *perspectiva* del de *paradigma*. Como propone la distinción sugerida por Valles (1999), “un *paradigma* suele englobar varias perspectivas teórico-metodológicas, y además se caracteriza por una serie de principios o supuestos generales (ontológicos, epistemológicos, metodológicos). Las *perspectivas* podrían denominarse también, si se prefiere, paradigmas de rango inferior” (p.52). Coincidiendo con Denzin y Lincoln (2012), consideramos que las perspectivas son sistemas menos desarrollados que los paradigmas y que, por lo tanto, permiten al investigador moverse con mayor facilidad.

Según la clasificación realizada por Patton (2002), una de las perspectivas de investigación es la *Teoría de Sistemas*, guiada por la pregunta fundamental: ¿Cómo y para qué este sistema, como un todo, funciona como lo hace? Desarrollada a partir de la *Teoría*

*General de Sistemas* (Von Bertalanffy, 1976), la corriente sistémica ha sido definida y aplicada en múltiples disciplinas. En el campo de la psicoterapia, el trabajo de Bateson (1972) ha sido considerado como una pieza clave sobre la que se construyeron las bases de la *terapia familiar sistémica* (Hoffman, 1981; Jackson, 1981; Keeney, 1979; Minuchin, 1974; Watzlawick, Beavin, & Jackson 1967; Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1974).

La tradición sistémica contempla el mundo de manera compleja y holística y, como su nombre indica, organiza sus fundamentos alrededor de la noción de *sistema*. Un sistema es “un conjunto de elementos, dotados de atributos y relacionados entre sí” (Linares, 2015, p.44) y se conceptualiza como un todo, mayor y distinto a la suma de sus partes. Aplicada a la psicoterapia, la perspectiva sistémica entiende la vida psíquica como el resultado de la organización individual de la experiencia relacional (Linares, 1996). El énfasis en los aspectos relacionales hace inevitable la conceptualización del individuo en relación a los sistemas con los que interactúa, siendo los más próximos la pareja y/o la familia. Así, los terapeutas sistémicos suelen optar por formatos de terapia conjunta, en los que participan más de una persona.

El terapeuta sistémico es parte del sistema terapéutico y su relación con el sistema consultante (ya sea por demanda individual, de pareja o familia) tiene una influencia en el devenir de una terapia. Coincidiendo con la propuesta de Linares (2015), consideramos que el terapeuta puede asumir su rol de *experto* en constante negociación con la familia, utilizando sus recursos de carácter cognitivo, pragmático y emocional. Desde este punto de vista, y volviendo al debate epistemológico, consideramos que el papel del terapeuta no difiere significativamente del papel del investigador que, de una u otra manera, utilizando sus recursos, realiza una aportación activa en el fenómeno tratado.

La perspectiva sistémica es ampliamente reconocida en la investigación con familias. Para poder abordar la complejidad de los sistemas familiares, varios autores han defendido los beneficios de utilizar diseños mixtos (Plano-Clark, Huddleston-Casas, Churchill, O’Neil Green, & Garret, 2008). De este modo, habiendo surgido directamente de una necesidad en el contexto de la terapia familiar, el presente estudio aplica las potencialidades de un diseño mixto en el que tanto la recogida como el análisis de datos se realizaron en coherencia con la perspectiva sistémica.

El presente estudio pone énfasis en la interpretación de datos cualitativos, siguiendo la postura que Howe (2004) define como *Mixed Methods interpretativism*. Asimismo, asumimos que el investigador es un *instrumento* de análisis (Moon, Dillon, & Sprenkle, 1990). Con el fin de proporcionar información relevante para la lectura de esta tesis doctoral y siguiendo las consideraciones sobre buenas prácticas en investigación cualitativa (Elliot et al., 1999), también hemos ofrecido datos específicos sobre la formación y experiencia de la investigadora principal en el capítulo *1. Motivación personal, justificación y contribuciones*.



## 3. Estructura de la tesis doctoral

---

Esta tesis doctoral está organizada en dos bloques.

El primer bloque, *Marco teórico*, recoge los antecedentes teóricos sobre los que se ha fundamentado esta investigación. A lo largo de tres capítulos (4. *La alianza terapéutica*, 5. *Familias y separación conflictiva*, y 6. *La investigación de procesos de cambio en psicoterapia*) realizamos una revisión actualizada de la literatura científica, con un foco principal en aquellas investigaciones procedentes del ámbito de la terapia familiar<sup>3</sup>. Particularmente, en el capítulo 5. *Familias y separación conflictiva*, presentamos la teoría sobre la que se ha sustentado el modelo de terapia familiar empleado en el abordaje de los casos analizados en esta tesis doctoral.

El segundo bloque, *Desarrollo de la investigación*, se inicia con el capítulo 7. *Objetivos y preguntas de investigación*. Seguidamente, en el capítulo 8. *Metodología*, detallamos las características del diseño mixto que hemos seguido, así como el procedimiento, análisis de datos y criterios evaluativos de calidad. En el capítulo 9. *Resultados*, exponemos los hallazgos de la investigación. En el capítulo 10. *Discusión*, comentamos los resultados en base a las preguntas de investigación y en relación a estudios previos. Además, se incluyen las limitaciones y líneas futuras de esta tesis doctoral. Finalmente, en el capítulo 11. *Conclusiones/conclusions*, enfatizamos las conclusiones finales de la presente tesis doctoral e incluimos su traducción en inglés.

---

<sup>3</sup> En el marco de esta tesis doctoral usaremos el término *terapia familiar* para hacer referencia a una terapia de enfoque principalmente sistémico. En caso de referirnos a una terapia que siga otra orientación, el enfoque será específicamente mencionado. Asimismo, bajo la expresión *terapia conjunta* incluiremos la terapia de pareja y familia.



## Marco teórico

---



## 4. La alianza terapéutica

---

La conceptualización de la *alianza* en psicoterapia (*alianza terapéutica* o *alianza de trabajo*) se ha ido desarrollando de manera progresiva desde principios del siglo XX. Pese a que el origen de su estudio se sitúa en la corriente psicoanalítica, su importancia es hoy en día reconocida por las principales escuelas psicoterapéuticas (Corbella & Botella, 2003). En este capítulo destacaremos algunas de las aportaciones que, tanto a nivel teórico como de investigación, han contribuido en el desarrollo del concepto y nos centraremos particularmente en su aplicación en el contexto de la terapia familiar.

### 4.1. Definición y desarrollo histórico en psicoterapia

Los orígenes de la idea de *alianza* (aunque no el término) se sitúan en la obra de Freud (1912), concretamente en su propuesta sobre los aspectos transferenciales en el psicoanálisis. La *transferencia* ha sido históricamente definida como el desplazamiento de afectos, impulsos o necesidades de una persona significativa a otra (p. ej., el analista). Freud (1912/1958) desarrolló el concepto de *transferencia positiva* o *inobjetable*, entendida como el aspecto de la transferencia que proporciona al paciente la motivación necesaria para el trabajo terapéutico (Safran & Muran, 2000). Así, diferenciando entre las actitudes positivas de las negativas en el proceso transferencial, los aspectos como el mantenimiento del interés o el entendimiento empático del analista (Freud, 1913) se empezaron a contemplar como elementos beneficiosos de la relación terapéutica. También en el concepto de *pacto analítico* (Freud, 1937) se destaca otro elemento, la necesaria colaboración entre el paciente y el analista, que hoy en día asociamos con la noción de alianza terapéutica.

En una revisión de las aportaciones de la tradición psicoanalítica a la conceptualización de la alianza terapéutica, Safran y Muran (2000), distinguen la emergencia de dos líneas teóricas. La primera, basada en la influencia de Ferenczi (1932) como el primer autor en sugerir que era esencial para los pacientes revivir el pasado problemático en la relación terapéutica y no sólo recordarlo. A esta línea se le suman los trabajos posteriores de autores como Winnicott (1965), Balint (1968) o Alexander en sus aportaciones sobre la experiencia emocional correctiva (Alexander & French, 1946). En la segunda línea se engloba la tradición de la *Psicología del Yo* (*ego psychological tradition*), que enfatiza la adaptación del ego a su entorno y en aspectos no transferenciales de la relación terapéutica.

De la mano de los Psicólogos del *Yo* se desarrolló la noción de *alianza*, tratando de destacar la interacción entre el analista y el paciente (Safran & Muran, 2000). Como afirma Escudero (2009a), aportaciones como las de Bibring (1937) o Sterba (1934) presentaron objeciones al principio de las *relaciones objetales*, por el cual *todo* lo que un paciente sentía en relación con el terapeuta es una reacción transferencial. Estos autores aportaron una perspectiva nueva, centrada en la adaptación del paciente a la realidad y en aspectos positivos de la relación terapéutica.

Sterba (1940) introdujo el papel de la identificación positiva del paciente con el terapeuta para trabajar hacia el logro de tareas terapéuticas. En su trabajo habló sobre la importancia de ayudar al paciente a formar una escisión terapéutica en el *Yo* entre sus funciones de observación y participación, para que los elementos basados en el principio de realidad del *Yo* pudieran transformarse en aliados del terapeuta en la tarea de introspección.

Zetzel (1956) fue la primera autora en proponer la alianza terapéutica como elemento esencial para la efectividad de cualquier intervención terapéutica (atribuyendo el término a Bibring, 1937, citado en Safran & Muran, 2000). Ella introdujo la distinción entre la parte neurótica de la transferencia, entendida como la resistencia al tratamiento y la transferencia como alianza terapéutica, entendida como la relación entre el paciente y el terapeuta. De esta manera, su trabajo inició la distinción entre la relación terapéutica y los sentimientos transferenciales en terapia (Doran, 2016). Aun así, como se desarrolla con mayor detalle en la revisión realizada por Corbella y Botella (2003), hay autores que no siguieron esa línea y fueron

partidarios de no distinguir la alianza de la transferencia, puesto que la relación terapeuta-paciente es la manifestación de la transferencia neurótica del paciente y separar ambos conceptos reduciría la importancia de la interpretación de la transferencia, uno de los principios básicos de la teoría psicoanalítica (Gelso & Carter, 1985).

Como puntualizan Friedlander et al. (2006a), en este momento del desarrollo histórico de la relación terapéutica aparece un reconocimiento al rol del terapeuta, más allá de una conceptualización de éste como lienzo blanco en el que se plasmaban las distorsiones del paciente. En esta línea destacamos a Greenson (1967), que conceptualizó el término de *alianza de trabajo* como la capacidad del paciente para trabajar conjuntamente con el terapeuta hacia la consecución de los objetivos previstos en la terapia. Además de la alianza de trabajo, Greenson (1971), propuso otros dos componentes para definir la relación: los sentimientos de transferencia-contratransferencia entre el terapeuta y el paciente, y la *relación real*. Ésta última fue definida como la respuesta mutua entre el paciente y el terapeuta que incluye percepciones no distorsionadas, simpatía, confianza y respeto del uno por el otro. En este punto, Muran y Safran (1998) sitúan el momento de la equiparación del papel de la alianza de trabajo al de la interpretación de la transferencia y, con ello, la apertura de nuevas posibilidades para que los analistas adoptasen otras posturas no tan centradas en la neutralidad.

En esta línea, según Safran y Muran (2006), el reconocimiento de la alianza terapéutica proporcionó flexibilidad entre los terapeutas psicoanalíticos, en un contexto que hasta el momento daba poco margen para la adaptación a las necesidades únicas de cada paciente. Consecuentemente, desarrollos más recientes del pensamiento psicoanalítico, orientados hacia una perspectiva más relacional, han extendido el énfasis en la subjetividad, interacción y participación, permitiendo adoptar otras posiciones. Como anota Doran (2016), el giro hermenéutico en la teoría psicoanalítica y el creciente interés por el modelo relacional, hicieron tomar conciencia de que la experiencia de una relación terapéutica es central para el cambio terapéutico. El ideal del terapeuta situado en una posición de neutralidad (psicología de una persona) cambió, otorgando mayor importancia a la diada terapéutica

(psicología de dos personas) y, consecuentemente, la relación terapéutica emergió como un importante tema de estudio (Safran, Crocker, McMain, & Murray, 1990).

Como afirman Corbella y Botella (2003), más allá de la corriente psicoanalítica, el concepto de *alianza terapéutica* ha sido aceptado hoy en día por la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas. En el enfoque humanista, por ejemplo, Rogers (1951) desarrolló la *Terapia Centrada en el Cliente*, desde la cual se posicionó la relación terapéutica como factor crucial en el proceso de cambio. Según el autor, el terapeuta debía tener tres características fundamentales: ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al cliente<sup>4</sup>. Aunque el establecimiento del vínculo terapéutico siempre ha sido el pilar de la tradición humanista, modelos más recientes, como la terapia de proceso experiencial (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993; Watson & Greenberg, 1994), han adoptado el concepto de alianza de forma explícita en sus trabajos. Éstos últimos han enfatizado la importancia de la relación terapéutica, distinguiendo entre los aspectos colaborativos de trabajo y el vínculo, entendido como el componente afectivo de la alianza que resulta de la experiencia de percibir a un terapeuta seguro, acogedor y empático (Watson & Greenberg, 1994). Desde esta perspectiva, un ambiente seguro y cómodo es una condición necesaria para facilitar el trabajo terapéutico (Greenberg et al., 1993; Lietaer, 1992; Rennie, 1992).

La tradición cognitivo-conductual ha estado menos centrada en los aspectos referentes a la relación terapéutica, pero, como afirma Doran (2016), en las últimas décadas ha otorgado cada vez mayor importancia a la alianza de trabajo en sus tratamientos estandarizados. Safran y Muran (2000), identifican tendencias similares en la terapia grupal, estratégica o en la terapia familiar. Atendiendo al propósito de la presente tesis, ésta última será comentada con mayor detalle en el apartado siguiente.

Pese a que cada escuela terapéutica ha conceptualizado la relación terapeuta-paciente/cliente con énfasis y matices distintos, ha habido valiosas aportaciones que la han defendido como un elemento que abarca todas las orientaciones en psicoterapia. Strupp (1973), fue uno de los pioneros en proponer este aspecto. Describió la alianza como un elemento decisivo y aplicable más allá de la psicoterapia psicoanalítica.

---

<sup>4</sup> A lo largo de toda la tesis doctoral, utilizaremos los términos *cliente* y *paciente* de manera indistinta, tratando de respetar la palabra usada por cada autor. En el contexto hospitalario en el que se desarrolla esta tesis doctoral, *paciente* es el término más comúnmente usado.

Describe la relación terapéutica como una situación de aprendizaje por identificación e imitación, con componentes experienciales y cognitivos, en el que el paciente debe estar abierto a la influencia del terapeuta (Henry & Strupp, 1994).

Otros autores como Luborsky (1976) y Bordin (1979) desarrollaron sus teorías en base a una conceptualización panteórica de la alianza terapéutica. Luborsky (1976), en un trabajo más cercano a la noción psicodinámica, describió dos tipos de alianza en función del momento de la terapia. La *alianza tipo 1*, que tiene lugar al inicio del proceso, se caracteriza por la sensación que experimenta el paciente de apoyo y ayuda que proporciona el terapeuta. La *alianza tipo 2*, situada en fases posteriores, basada en la sensación de trabajo conjunto para la superación del malestar del paciente y consecución de los objetivos terapéuticos.

Bordin (1979), en cambio, se alejó más claramente de las premisas psicodinámicas y propuso la que hoy en día se considera la definición más heurística y con mayor influencia en la concepción de la alianza en psicoterapia (Escudero, 2009a). Su modelo transteórico define la alianza de trabajo como una actitud colaborativa entre el paciente y el terapeuta y, por lo tanto, difiere de las concepciones unidireccionales centradas en el paciente. El desarrollo de la alianza según Bordin (1979, 1994) se fomenta en base a tres procesos interrelacionados:

- (1) *El acuerdo acerca de las metas del tratamiento.* La búsqueda conjunta con el paciente del objetivo de cambio que mejor captura las dificultades y las frustraciones en relación a su historia.
- (2) *El acuerdo sobre las tareas necesarias para alcanzar las metas.* Las tareas son entendidas como actividades específicas (explicitadas o no) con las que el paciente tiene que comprometerse para beneficiarse del tratamiento.
- (3) *El vínculo entre el terapeuta y el paciente.* La calidad de los lazos afectivos mutuos de intercambio de confianza y respeto, necesarios para sostener el trabajo terapéutico.

Las tres dimensiones mencionadas se influyen la una a la otra. Es decir, la calidad del vínculo afectivo tiene una repercusión en la medida en la que el paciente y el terapeuta serán capaces de negociar el acuerdo sobre los objetivos y las tareas y, de la misma manera, la habilidad para negociar sobre los objetivos y las tareas afecta a la

calidad del vínculo. Como señalan Safran y Muran (2000), la concepción de Bordin destaca la naturaleza compleja, dinámica y multidimensional de la alianza.

Doran (2016), en una reciente revisión sobre la evolución y perspectivas de la alianza de trabajo, concluye que la definición panteórica de Bordin es la más utilizada hasta la fecha. El énfasis en la colaboración y el consenso son las características más distintivas de la conceptualización moderna de la alianza (Horvath et al., 2011).

Revisiones recientes señalan una tendencia creciente a entender la alianza como un proceso más centrado en la *negociación* de desacuerdos y tensiones en el contexto terapéutico. En este sentido, se describen las llamadas *rupturas* de la alianza, entendidas como los deterioros en la alianza, y cuya reparación (es decir, volver al nivel de alianza pre-ruptura) puede comportar oportunidades para mejorar los resultados terapéuticos (Safran & Muran, 2000, 2006).

## **4.2. La alianza terapéutica en terapia familiar y de pareja**

Aunque no es imprescindible, los terapeutas que trabajan desde enfoques relacionales suelen optar por la convocatoria conjunta de dos o más miembros de una misma familia en sesión (familia nuclear, pareja conyugal, díada parental, fratría, etc.). La perspectiva desde la que entienden el síntoma y los problemas lleva implícito un interés por trabajar, en la medida de lo posible, con todos los actores. Este hecho tiene consecuencias evidentes en la construcción de alianzas de trabajo. Como afirma Escudero (2009a), la creación de la relación terapéutica en terapia familiar implica múltiples niveles de relación que el terapeuta debe considerar y manejar adecuadamente.

El trabajo terapéutico con una pareja o una familia tiene, por lo tanto, una complejidad añadida que lo diferencia de la terapia individual. En esta sección se expondrán aspectos específicos de la alianza en terapia conjunta, sin obviar aquellos que comparte con modalidades individuales. En primer lugar, situaremos las particularidades que deben considerarse a la hora de pensar en el establecimiento de la relación terapéutica en contextos de terapia conjunta. Seguidamente, dedicaremos un apartado a las aportaciones que distintos autores han hecho a la conceptualización de

la alianza terapéutica en la terapia familiar. Reservaremos un apartado final para definir el constructo central de esta tesis: la alianza intrasistema (o intrafamiliar).

#### 4.2.1. Consideraciones y características diferenciales

Sprenkle y Blow (2004) proponen tres factores comunes y únicos de la terapia familiar: (1) la *conceptualización relacional*, entendida como la traducción de las dificultades en términos relacionales, que incluyan la compleja red de influencias recíprocas presentes en la interacción humana; (2) el *sistema de tratamiento directo extendido*, que se forma cuando los terapeutas familiares involucran presencialmente a otras personas además del paciente identificado en terapia (el sistema de tratamiento indirecto estaría formado por las personas que, aunque pueden influir o ser influidas en el transcurso de la terapia, no están físicamente presentes en sesión); y (3) la *alianza terapéutica extendida*, desde la cual la relación terapéutica debe ser conceptualizada en base a la necesaria formación de una alianza con cada miembro de la familia y, a la vez, con el conjunto de la familia como un todo.

Tanto la experiencia clínica como la investigación reflejan la complejidad de la construcción de la alianza terapéutica en terapia familiar, no sólo por el número de personas involucradas, sino también por la diversidad e incluso contradicción de las expectativas y motivaciones de los distintos participantes en relación a la terapia (Escudero, 2009a). En terapia conjunta es común que se encuentren distintas definiciones del problema y posiciones en conflicto que dificulten el desarrollo de la dinámica de colaboración necesaria. Además, al contrario de lo que ocurre en terapia individual, los miembros que acuden conjuntamente a terapia no pueden controlar lo que otros deciden desvelar (Friedlander et al., 2006a), de manera que la relación se produce en un escenario más incontrolable y, con ello, de mayor inseguridad.

Para equilibrar la situación, los terapeutas familiares deben mantener una alianza terapéutica a múltiples niveles de manera simultánea y atendiendo a las diferencias en el desarrollo de la misma (Beck et al., 2006). Por lo tanto, establecen simultáneamente alianzas a nivel individual (miembro-terapeuta) y a nivel grupal (familia-terapeuta) (Friedlander et al., 2011; Friedlander et al., 2006a; Rait, 1998, 2000).

Escudero (2009a) destaca dos aspectos a considerar dentro de la complejidad de la dinámica de las relaciones iniciales con las familias en terapia: (1) la estructura de poder de la familia, bajo la que algunos miembros pueden estar en posiciones de mayor vulnerabilidad y (2) el grado del conflicto, ya que muy a menudo las familias buscan ayuda (o son derivadas) en el momento en el que el conflicto entre sus miembros se encuentra en fase aguda. Además, al contar con la presencia de varias personas involucradas en un mismo conflicto, hay que tener en cuenta la posibilidad de que se produzcan situaciones en las que alguno de los participantes (o incluso todos, en casos derivados externamente) no participe de manera voluntaria (Friedlander et al., 2006a, Relvas & Sotero, 2014; Sotero, 2016; Sotero, Major, Escudero, & Relvas, 2016).

Dentro de las consideraciones a la hora de establecer un vínculo con la familia en terapia, consideramos útil atender a las cinco actitudes iniciales más comunes que expone Escudero (2009b): (1) *actitud solícita y/o responsable*, cuando la familia o una parte de ésta solicita ayuda, identificándose como parte del problema y/o la solución; (2) *actitud demandante*, cuando un miembro o parte de la familia piden ayuda para otro, sin verse como parte implicada en la solución del problema; (3) *actitud visitante*, cuando acuden a la terapia por una presión familiar o externa y, sin reconocer ninguna necesidad de ayuda, muestran una actitud pasiva; (4) *actitud "rehén"*, cuando, además de asistir por obligación, muestran una actitud cerrada y hostil; finalmente (5) *actitud "fugitiva"*, cuando existe una evitación por asistir a terapia. Como explica el autor, es frecuente encontrarse al mismo tiempo con varias de las actitudes mencionadas dentro de una misma familia.

Como resulta fácil imaginar, la sesión inicial, en la que los miembros de la familia se reúnen por primera vez frente al terapeuta, puede comportar una situación tensa. Como afirman Friedlander et al. (2006a), los asistentes pueden estar más interesados en la construcción del problema del resto de miembros de la familia que en la visión del terapeuta. Además, hay que tener en cuenta que la comunicación entre terapeuta y familia estará enmarcada a su vez en el tipo de comunicación de la propia familia (Escudero, 2009a). Por lo tanto, será primordial la construcción de un contexto seguro (Escudero et al., 2008; Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2009) y también la transformación de las visiones individuales del problema, dando

paso a narrativas interpersonales, relacionales o sistémicas (Coulehan, Friedlander, & Heatherington, 1998; Sluzki, 1992).

La literatura al respecto es consistente en resaltar la naturaleza compleja de la alianza en terapia familiar (Friedlander et al., 2008a). Se trata de un contexto en el que la alianza no depende únicamente de la relación del terapeuta con los miembros de la familia, sino que también influye la interrelación entre ellos (Friedlander et al., 2006a; Pinsof, 1994; Rait, 1998). Como afirma Pinsof (1994), una característica de la terapia familiar es que, en cualquier momento del proceso, hay múltiples alianzas que interactúan sistémicamente. Hablamos, por lo tanto, de un proceso dinámico y con múltiples influencias, que es percibido de manera distinta en función de sus participantes y el momento de la terapia (Beck et al., 2006; Friedlander et al., 2011; Glebova et al., 2011; Horvath & Symonds, 1991).

Como afirma Rait (2000), uno de los mayores retos para los terapeutas familiares es aprender cómo manejar múltiples alianzas en un ambiente caracterizado por el conflicto, la emotividad, la vulnerabilidad y la amenaza. Por ello, los terapeutas familiares tienen que estar preparados, tanto a nivel práctico como conceptual, para propiciar condiciones que faciliten la formación de una buena alianza terapéutica en contextos complejos (Carpenter, Escudero, & Rivett, 2008).

#### **4.2.2. Aportaciones teóricas y conceptualización**

Como se ha expuesto, la terapia familiar tiene unas características que hacen necesarias algunas distinciones en el establecimiento de la alianza terapéutica respecto a las modalidades en las que se trabaja con una sola persona. Aun así, el proceso que ha guiado su conceptualización no puede ser entendido sin examinar antes la evolución histórica del constructo de la alianza y sus inicios centrados en la terapia individual, expuestos previamente (apartado 4.1. *Definición y desarrollo histórico en psicoterapia*). Como recoge Abascal (2011), gracias a los resultados de la investigación sobre terapia individual que pusieron de relieve la importancia de la alianza terapéutica, la terapia familiar fue introduciendo el constructo en sus modelos teórico-prácticos.

Destacan las aportaciones de corte experiencial de autores como Satir (1964) o Whitaker (1976). Satir (1964) señaló la importancia de crear un ambiente seguro en terapia. Propuso la calidez, el apoyo y la colaboración mutua como factores imprescindibles que el terapeuta debía promover para que las familias pudiesen arriesgarse a iniciar un proceso terapéutico. También sugirió la necesidad de unirse a la familia como un sistema, mostrando comprensión a través de una actitud imparcial. En esta línea, Whitaker (1976) subrayó la unión con la familia como un factor crítico en la terapia. Según el autor, el terapeuta debía ganarse la confianza de la familia para unirse a ella y, desde esa posición, promover el cambio sistémico.

Alejado de las posturas de corte experiencial, Bowen (1976) introdujo la relación terapéutica en su enfoque multigeneracional. Desde su perspectiva, el terapeuta debe mantenerse neutral y diferenciado. Mantuvo que, para ser efectivo, un terapeuta no puede implicarse emocionalmente o corre el peligro de pasar a formar parte de triángulos relacionales. Defendiendo también la necesaria neutralidad del terapeuta se sitúan las aportaciones de la escuela de Milán (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1986).

Un autor destacado en los fundamentos de la terapia familiar, Minuchin (1974), propuso una visión más flexible desde la cual el terapeuta debía *acomodarse* a la familia, pero también mantener una posición de liderazgo. En sus propias palabras: “[El terapeuta] debe adaptarse en grado suficiente a la organización familiar para ser capaz de incorporarse a ella, pero también debe conservar la libertad de intervenir de un modo que cuestione la organización de la familia, obligando a sus miembros a acomodarse a él de un modo que facilitará el movimiento en dirección a los objetivos terapéuticos” (p.205). El proceso de *unión* con la familia es defendido por Minuchin como una condición necesaria para el éxito de la terapia.

De Shazer (1986) denota un cambio en el modelo sistémico de *Terapia breve centrada en soluciones*, que ha llevado a no dar por sentado que una particular respuesta cooperativa del paciente requiere un tipo particular de respuesta cooperativa por parte del terapeuta, sino que los terapeutas tienen un papel como promotores de la conducta de respuesta. Por lo tanto, “en la primera sesión se pone énfasis en establecer una buena relación y desarrollar o promover la cooperación” (p.86).

En enfoque narrativo de White y Epston (1993) también ha realizado valiosas aportaciones a la discusión sobre la relación terapéutica en terapia familiar. Basados en el construccionismo social, estos autores defienden una posición igualitaria entre los participantes de la terapia, rechazando el rol de experto. En el contexto terapéutico, se debe establecer una conversación colaborativa que permita los procesos de *deconstrucción* o *externalización* de las narrativas opresivas, para reconducir el discurso en un sentido conciliador y adoptar posiciones fuera de las fuentes de dificultad. En este proceso, destacan la importancia de promover la confianza y mantener una actitud de genuina curiosidad, sin imponer verdades.

Pinsof y Catherall (1986) mencionan también otras aportaciones que consideraron la relación familia-terapeuta como las de Ackerman (1966) o Sluzki (1975) pero, a pesar de ello, subrayan la falta de una teoría explícita sobre el rol de la alianza en terapia familiar.

Varias revisiones coinciden en posicionar el trabajo de Pinsof (1994, 1995; Pinsof & Catherall, 1986) como una pieza crucial en la conceptualización sistémica de la alianza terapéutica (Corbella & Botella, 2003; Escudero, 2009a; Friedlander et al., 2006a; Friedlander et al., 2011; Rait, 2000). Pinsof y Catherall (1986) fueron los primeros en introducir formalmente el concepto en el campo de la terapia de familia y pareja. Tomando como referencia el trabajo de Bordin (1979) en alianza individual e integrándolo en un marco sistémico, diferenciaron entre dos dimensiones:

- (1) La *dimensión de contenido*, en la que englobaron los componentes de la conceptualización de Bordin (tareas, metas y vínculos) como las tres grandes esferas en las que la alianza se expresa más claramente.
- (2) La *dimensión interpersonal*, que concibe la alianza como un fenómeno que no se manifiesta tan solo en la relación terapeuta-paciente, sino en la relación entre el terapeuta y otros miembros relevantes del sistema.

En *The Integrative Psychotherapy Alliance*, Pinsof y Catherall (1986) identifican la existencia de tres niveles en la alianza en el contexto de la terapia familiar. En el nivel inferior sitúan la alianza que el terapeuta tiene con cada miembro, la *alianza individual* (*the individual Alliance*). En el nivel más alto,

localizan la alianza que el terapeuta tiene con todo el sistema familiar, la *alianza con todo el sistema (the whole system alliance)*. En el nivel intermedio, ubican la alianza que el terapeuta tiene con cada subsistema (paretal, hijos, etc.), la *alianza subsistema (the subsystem alliance)*. Ninguna de las alianzas, según los autores, puede ser considerada de manera aislada y sin tener en cuenta su circularidad e influencia recíproca. En ese mismo trabajo, Pinsof y Catherall definen la alianza como:

*“That aspect of the relationship between the therapist system and the patient system that pertains to their capacity to mutually invest in, and collaborate on, the therapy [la parte de la relación entre el sistema del terapeuta y el sistema del paciente que pertenece a su capacidad de invertir y colaborar en la terapia]”* (p. 139).

La aportación diferencial del trabajo de Pinsof y Catherall (1986) radica en el hecho de haber destacado el terreno social en el que ocurre la alianza y haberla definido en un contexto de causalidad recíproca: definen una alianza entre dos sistemas, no solo entre dos personas, indistintamente del número de pacientes directamente involucrados en la terapia.

Gaston (1990) describió cuatro dimensiones de la alianza que también son aplicables a la terapia conjunta. Propuso una definición de la alianza basada en: (1) los vínculos entre el paciente y el terapeuta, (2) la motivación y capacidad del paciente para trabajar de manera eficaz, (3) la involucración empática del terapeuta y (4) el acuerdo entre el terapeuta y el paciente sobre las tareas y las metas.

Posteriormente, Pinsof (1994, 1995) hizo otra aportación de gran relevancia en la conceptualización de la alianza terapéutica en terapia familiar y añadió una nueva dimensión: la *alianza intrasistema (within-system alliance)*, es decir, la alianza entre los miembros de la familia. Así, la *dimensión interpersonal* de su modelo quedó constituida en base a cuatro componentes básicos: (1) la *alianza individual*, (2) la *alianza subsistema*, (3) la *alianza con todo el sistema* y (4) la *alianza intrasistema*. Ésta última tiene un papel central en nuestra investigación y por ello, nos detendremos a definirla con mayor detalle en el apartado siguiente.

Más recientemente, e integrando muchas de las propuestas anteriores, Friedlander et al. (2006a, 2009) han desarrollado el modelo multidimensional SOATIF (Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar

o *SOFTA – System for Observing Family Therapy Alliances*). Este modelo (e instrumento observacional) incluye la dimensión *Sentido de compartir el propósito en la familia*, que se refiere específicamente a lo que Pinsof (1994, 1995) llamó alianza intrasistema, además de otras tres dimensiones que hacen referencia al *Enganche en el proceso terapéutico*, la *Conexión emocional con el terapeuta* y la *Seguridad dentro del sistema terapéutico*. Más adelante expondremos con detalle las características y dimensiones del modelo SOATIF, en el que basamos nuestra investigación (apartado 4.2.4. *El modelo SOATIF*).

#### 4.2.3. Definición de la alianza intrasistema o intrafamiliar

Como hemos avanzado, la alianza en terapia conjunta se desarrolla en un contexto que no depende solo de la relación del terapeuta con los miembros de la familia, sino que también influye la interrelación entre ellos, al margen del terapeuta (Friedlander et al., 2006a; Pinsof, 1994; Rait, 1998). Esta dimensión intrafamiliar de la alianza, es decir, la alianza entre los miembros de la familia, fue definida originalmente por Pinsof (1994, 1995) como alianza intrasistema (*within-system alliance*). Posteriormente, los aspectos relacionados con la alianza interna de la familia o pareja se han agrupado bajo el nombre de *allegiance* (Symonds, & Horvath, 2004), *loyalty* (Garfield, 2004) o *Sentido de compartir el propósito* desde el modelo SOATIF (Friedlander et al., 2006a). Aunque sin establecer relación con la alianza terapéutica, algunos autores utilizan la expresión *communal coping* para referirse al hecho de abordar conjuntamente una situación problemática, viéndola como *nuestra* en lugar de *tuya* o *mía* (Rohrbaugh, 2014).

Pese a que la alianza intrasistema se añadió como un cuarto componente en el modelo planteado por Pinsof y Catherall (1986), Pinsof (1994) aclara que la alianza intrasistema no es solo otro (cuarto) nivel de la alianza, sino que la alianza intrasistema define una posición distinta de las alianzas individuales y de subsistema. Es decir, como ilustra la Figura 1, la alianza intrasistema puede existir entre individuos, entre subsistemas o entre individuos y subsistemas. Además, Pinsof (1994, 1995) añade que la alianza intrasistema también puede existir dentro de un sistema terapéutico, refiriéndose a la relación entre el terapeuta y su supervisor o entre los miembros de un equipo terapéutico.

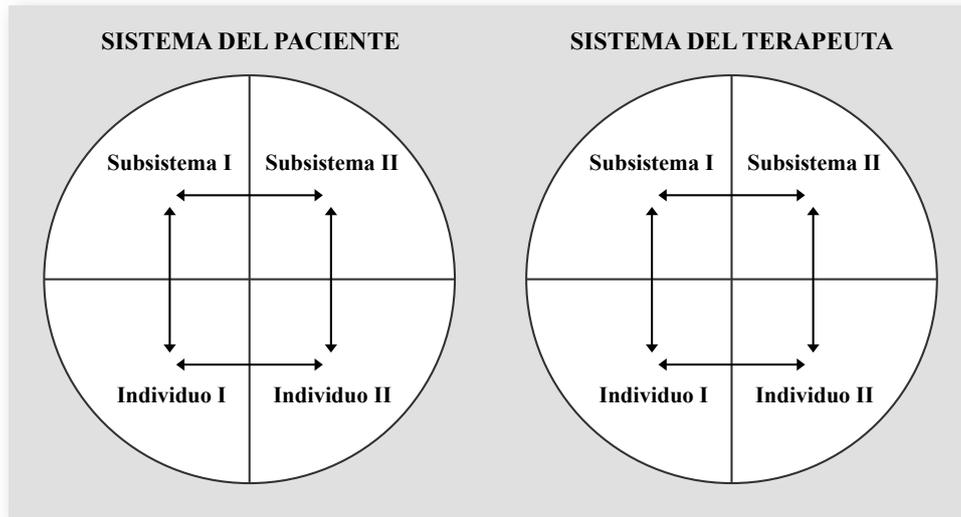


Figura 1. Representación de la alianza intrasistema (Pinsof, 1994, p. 180)

El grado en el que los miembros de la familia se sienten cómodos los unos con los otros en el contexto terapéutico es un aspecto primordial en la alianza en terapia familiar (Friedlander et al., 2011). A pesar de que esta conceptualización *extendida* de la alianza terapéutica ha sido planteada como un factor común único de la terapia familiar (Sprenkle & Blow, 2004), tradicionalmente la investigación al respecto se ha centrado en la alianza entre sistemas, quedando inexplorada la dimensión intrasistema (Anderson & Johnson, 2010). Estudios más recientes han proporcionado evidencias empíricas que apoyan la importancia de la alianza intrasistema, como mostraremos en el apartado 4.4. *La investigación en alianza terapéutica*.

En el marco de esta tesis doctoral, la alianza intrasistema se conceptualiza en base al modelo SOATIF (dimensión conjunta: *Sentido de compartir el propósito*; Friedlander et al. 2006a, 2006b, 2009) y se focaliza en la relación dentro del subsistema parental, es decir, la alianza entre los progenitores. Más concretamente, este estudio se centra en la alianza intrasistema entre progenitores separados en conflicto. En el apartado siguiente explicamos con mayor detalle las características y dimensiones del modelo SOATIF.

#### 4.2.4. El modelo SOATIF

El modelo conceptual de alianza SOATIF (Friedlander et al., 2005a, 2005b, 2006a, 2006b, 2009) incluye las características diferenciales de la terapia sistémica con parejas y familias e integra también aspectos comunes de cualquier modalidad de psicoterapia (Escudero, 2009a). Dicho modelo ha sido desarrollado simultáneamente en español (SOATIF, Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar) y en inglés (SOFTA, *System for Observing Family Therapy Alliances*). Además, se han creado dos instrumentos de evaluación asociados al mismo: uno en versión autoinforme (SOATIF-s) y otro observacional (SOATIF-o, y su apoyo informático, el e-SOATIF) (ver apartado 4.3.2. *Instrumentos para evaluar la alianza terapéutica en terapia conjunta*).

Friedlander et al. (2006a, 2009) definen el modelo SOATIF en base a las cuatro características siguientes:

- (1) *Transteórico*: el modelo conceptual se posiciona en una visión de la alianza como un factor común en psicoterapia. Su desarrollo se llevó a cabo de manera inductiva, con la intención de no limitarlo a un único enfoque teórico ni a una única escuela de terapia familiar. No obstante, reconocen los autores, “la naturaleza de nuestra formación, experiencia y desarrollo profesional, nuestros contextos culturales y de trabajo, y los tipos de terapia grabadas en vídeo utilizadas para desarrollar el SOATIF, han influido inevitablemente en su diseño” (Friedlander et al., 2009, p.53).
- (2) *Observable*: el modelo SOATIF se desarrolló simultáneamente con su instrumento observacional, el SOATIF-o. La configuración del modelo se basó en la selección de conductas observables en sesión, tanto por parte de los miembros de las familias como del terapeuta. Los autores asumen que, en general, “las conductas sociales manifiestan pensamientos y sentimientos de fondo acerca de las relaciones interpersonales” (Friedlander et al., 2009, p.54) y el SOATIF se basa, en concreto, en las conductas verbales y no verbales que se identificaron como manifestaciones de pensamientos y sentimientos subyacentes en referencia a la alianza.

- (3) *Interpersonal*: Haciendo alusión al axioma clásico de Watzlawick et al. (1967), “no es posible no comunicar”, Friedlander et al. (2006a, 2009) ponen de manifiesto la importancia de la interacción y la comunicación en el contexto terapéutico. Las sesiones de terapia son contextos interpersonales de un gran valor comunicativo. De este modo, el modelo SOATIF surge con la intención de reflejar “tanto lo complejo como lo único que caracteriza a la terapia familiar y de pareja” (Friedlander et al., 2009, p.59). Aun así, con excepción de una de sus dimensiones (*Sentido de compartir el propósito* en la terapia), también es aplicable a la terapia individual (Friedlander et al., 2006a).
- (4) *Multidimensional*: El modelo SOATIF es multidimensional en dos sentidos. En primer lugar, en el modelo quedan representados tanto el terapeuta como el sistema familiar. En segundo lugar, los distintos descriptores conductuales reflejan una conceptualización de la alianza agrupada en cuatro dimensiones (*Enganche en el proceso terapéutico*, *Conexión emocional con el terapeuta*, *Seguridad dentro del sistema terapéutico* y *Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia*). Cada una de las dimensiones, a su vez, está compuesta por contribuciones positivas y negativas. Aunque las dimensiones son entendidas como procesos dinámicos e interrelacionados, cada una proporciona información específica y no redundante acerca de la alianza terapéutica.

Como ya hemos avanzado, las cuatro dimensiones del SOATIF son: (1) *Enganche en el proceso terapéutico*, (2) *Conexión emocional con el terapeuta*, (3) *Seguridad dentro del sistema terapéutico* y (4) *Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia*. Las dos primeras hacen referencia a los aspectos de la relación terapéutica destacadas por Bordin (1979, 1994), es decir, las tareas de la terapia y los lazos emocionales con el terapeuta, respectivamente. La tercera y cuarta dimensión representan aspectos diferenciales de la terapia de pareja y familia. En concreto, la última dimensión, *Sentido de compartir el propósito*, “se refiere específicamente a lo que Pinsof (1995) definió como alianza intrasistema” (Escudero, 2009a, p. 255). En la Figura 2 se representa gráficamente el modelo SOATIF según Escudero (2009a) y seguidamente se incluye la transcripción literal de la definición que los autores hacen de cada una de las dimensiones.

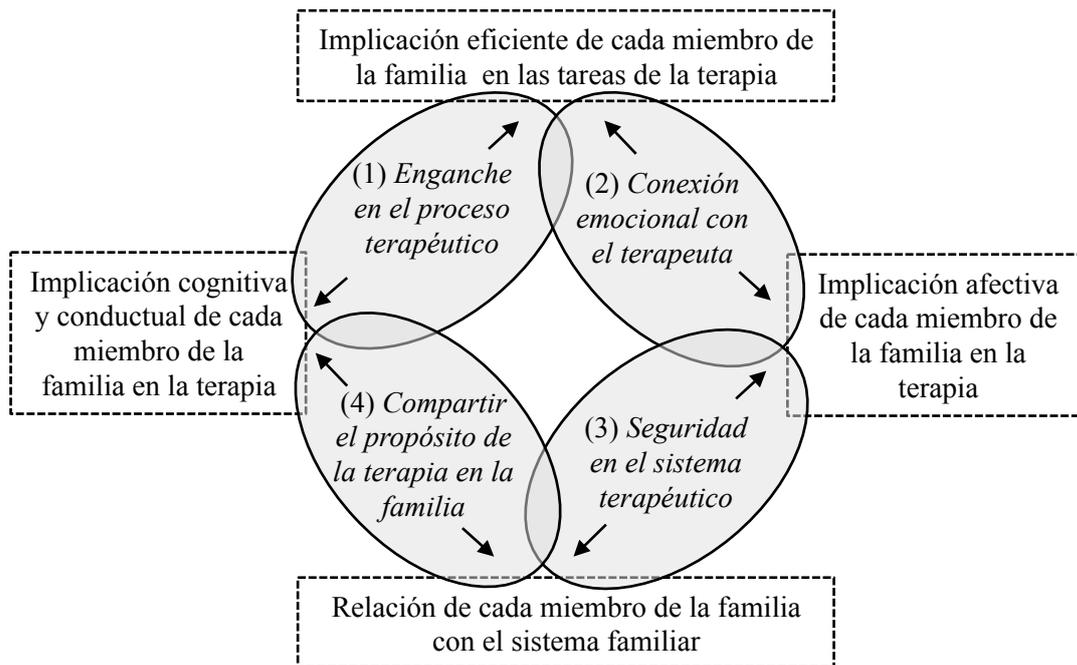


Figura 2. Representación del modelo SOATIF (adaptado de Escudero, 2009a, p. 255).

- (1) *Enganche en el proceso terapéutico* (en adelante, *Enganche*): “El cliente le ve sentido al tratamiento, se transmite la sensación de estar involucrado en la terapia y trabajando coordinadamente con el terapeuta, que los objetivos y las tareas en terapia pueden discutirse y negociarse con el terapeuta, que tomarse en serio el proceso es importante, que el cambio es posible” (Friedlander et al., 2005a, p.8).
- (2) *Conexión emocional con el terapeuta* (en adelante, *Conexión emocional*): “El cliente ve al terapeuta como una persona importante en su vida, casi como a un miembro de la familia; sensación de que la relación se basa en la confianza, afecto, interés y sentido de pertenencia; de que al terapeuta le importa de verdad y que ‘está ahí’ para el cliente, de que el cliente y el terapeuta comparten una visión del mundo (por ejemplo, que tienen perspectivas vitales o valores similares), que la sabiduría y experiencia del terapeuta son relevantes” (Friedlander et al., 2005a, p.8).
- (3) *Seguridad dentro del sistema terapéutico* (en adelante, *Seguridad*): “El cliente ve la terapia como un lugar en el que puede arriesgarse, estar abierto a nuevas cosas, ser flexible; sensación de confort y expectativa hacia las nuevas

experiencias y aprendizajes que pueden ocurrir, de que hay cosas buenas que provienen de estar en terapia, que el conflicto dentro de la familia puede manejarse sin hacerse daño, que no es necesario estar a la defensiva” (Friedlander et al., 2005a, p.9).

- (4) *Sentido de Compartir el Propósito de la terapia en la familia* (en adelante, *Compartir el propósito* o alianza intrasistema): “Los miembros de la familia se ven a sí mismos como trabajando en colaboración para mejorar la relación familiar y conseguir objetivos comunes para la familia; sentido de solidaridad en relación con la terapia (‘estamos juntos en esto’), de que valoran el tiempo que comparten en la terapia; esencialmente un sentimiento de unidad dentro de la familia en relación con la terapia” (Friedlander et al., 2005a, p.9).

Para terminar esta sección, nos parece de gran utilidad incluir una explicación en forma de tabla en la que Friedlander et al. (2006a, 2009) describen la manera en que las dimensiones del modelo SOATIF influyen en el proceso terapéutico (Tabla 2). En su propuesta, los autores consideran cuatro aspectos genéricos o tareas en el proceso de terapia conjunta (representados en las columnas de la Tabla 2). Estas tareas, cuyo orden es orientativo y no rígido, son comentadas en base a: (a) las dimensiones del SOATIF que se espera que tengan un papel más destacado, (b) los resultados que se espera obtener y (c) el foco sistémico sobre el que se basa cada tarea. Para consultar ejemplos de contribuciones que el terapeuta puede hacer a cada una de las dimensiones de la alianza, se puede encontrar la lista completa de indicadores en el Apéndice A. Del mismo modo, hemos incluido la lista completa de indicadores de la familia en el Apéndice B.

Tabla 2

*Contribución de las dimensiones del SOATIF al progreso terapéutico (adaptado de Friedlander et al., 2006a, 2009)*

	<b>Tareas del proceso de terapia conjunta</b>			
	<b>Establecer condiciones favorables para la relación terapéutica</b>	<b>Negociar las metas con la pareja o familia</b>	<b>Completar las tareas terapéuticas y lograr el cambio</b>	<b>Generalizar el cambio (finalización)</b>
<b>Dimensiones del SOATIF que intervienen</b>	<i>Conexión emocional y Seguridad</i>	<i>Enganche y Compartir el propósito</i>	<i>Enganche</i>	<i>Seguridad y Compartir el propósito</i>
<b>Resultados esperados (en términos de alianza)</b>	Creación de confianza y apertura	Colaboración con el terapeuta y entre la familia	Participación activa en los procedimientos y tareas de la terapia; reconocimiento del cambio	Confianza en el mantenimiento del cambio y en la capacidad de resolver problemas nuevos
<b>Foco sistémico</b>	Entre sistemas (terapeuta-miembro de la familia) e intrasistema	Entre sistemas (terapeuta-miembro de la familia) e intrasistema	Entre sistemas (terapeuta-miembro de la familia) e intrasistema	Intrasistema

### 4.3. Evaluación de la alianza terapéutica

#### 4.3.1. Instrumentos para evaluar la alianza terapéutica en terapia individual

El último meta-análisis publicado por Horvath et al. (2011) sobre la relación entre alianza terapéutica individual y resultado final incluye 201 estudios en los que se utilizaron más de 30 medidas distintas de la alianza. Las cuatro medidas más utilizadas a través de los estudios son las que a continuación describimos.

*California Psychotherapy Alliance Scale* (CALPAS; Marmar, Weiss, & Gaston, 1989). Refleja las dimensiones teorizadas por Gaston (1990) en cuatro escalas: (1) Escala de capacidad de trabajo del paciente, (2) Escala de compromiso del paciente, (3) Escala de comprensión y participación del terapeuta y (4) Escala de consenso en la estrategia de trabajo. Consta de 24 ítems, seis por cada una de las

dimensiones. Cuenta con una versión para el terapeuta (CALPAS-T), otra para el paciente (CALPAS-P) y otra para un observador clínico (CALPAS-R).

*Helping Alliance Questionnaire* (HAq; Alexander & Luborsky, 1986). Es una medida de autoinforme de la fuerza de la alianza desde la perspectiva del paciente. Contiene 11 ítems que se reparten en dos escalas: (1) Alianza Tipo 1: la percepción que tiene el paciente del terapeuta como alguien competente que puede proporcionarle ayuda y (2) Alianza Tipo 2: la percepción del paciente del tratamiento como un proceso de trabajo conjunto con el terapeuta hacia los objetivos. El HAq fue revisado por Luborsky et al. (1996), eliminando 6 ítems y añadiendo 14 que contemplaban aspectos de la teoría de Bordin (1979). El cuestionario revisado incluye una versión para el paciente (HAq-II-P) y una para el terapeuta (HAq-II-T). El HAq-II ha sido adaptado en población española por Andrade-Golzález y Fernández-Liria (2015a).

*Vanderbilt Psychotherapy Process Scale* (VPPS; Gomes-Schwartz, 1978; O'Malley, Suh & Strupp, 1983). Como recogen Suh, Strupp y O'Malley (1986), un amplio equipo de investigadores contribuyó en el desarrollo de la VPPS, como parte del *Vanderbilt Psychotherapy Project*. Originariamente constaba de 80 ítems divididos en 8 dimensiones: (1) Participación del paciente, (2) Hostilidad del paciente, (3) Sufrimiento psíquico del paciente, (4) Exploración del paciente, (5) Dependencia del paciente, (6) Exploración del terapeuta, (7) Calidez y amabilidad del terapeuta, (8) Actitudes negativas del terapeuta. Posteriormente se desarrolló una versión focalizada en la alianza, la *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (VTAS; Hartley & Strupp, 1983). Ésta consta de 44 ítems referentes al paciente, al terapeuta y a la interacción entre ambos organizados en seis factores: (1) Clima positivo, (2) Resistencia del paciente, (3) Intromisión (*intrusiveness*) del terapeuta, (4) Motivación del paciente, (5) Responsabilidad del paciente y (6) Ansiedad del paciente.

*Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath & Greenberg, 1986, 1989). Se han desarrollado tres versiones de la WAI, cada una de las cuales contiene 36 ítems. Dos de las versiones son autoinformes para el paciente (WAI C) y para el terapeuta (WAI T), la tercera es una versión para observadores externos (WAI O). Todos los ítems se dividen en tres subescalas: tareas, metas y vínculo, mostrando la influencia de la teoría de Bordin (1979) en la construcción de la escala. También existe la versión reducida, la WAI-S (*Working Alliance Inventory - Short version*; Tracey &

Kokotovic, 1989), que contiene 12 ítems, divididos en las subescalas: (1) Desarrollo de vínculos, (2) Acuerdo en las metas y (3) Acuerdo en las tareas. El WAI-S ha obtenido buenas características psicométricas en su versión española (Corbella, Botella, Gómez, Herrero & Pacheco, 2011). Asimismo, la validación española del WAI ha mostrado resultados satisfactorios, tanto en su versión larga (Andrade-González & Fernández-Liria, 2015b) como corta (Andrade-González & Fernández-Liria, 2016).

Pese a que existen numerosos instrumentos para evaluar la fuerza de la alianza terapéutica, los meta-análisis que se han centrado en estudiar la relación de la alianza con el cambio terapéutico, coinciden en afirmar que no hay diferencias significativas entre las distintas medidas (Horvath et al., 2011; Martín et al., 2000).

#### **4.3.2. Instrumentos para evaluar la alianza terapéutica en terapia conjunta**

Según el último meta-análisis realizado por Friedlander et al. (2011) sobre 24 estudios, las medidas más usadas en los estudios que evalúan la relación entre alianza en terapia conjunta y cambio terapéutico son la *Couple Therapy Alliance Scale* (CTAS) y la *Family Therapy Alliance Scale* (FTAS), dos escalas que forman parte de la *Integrative Psychotherapy Alliance Scale* (IPAS; Pinsof & Catherall, 1986).

La *Integrative Psychotherapy Alliance Scale* (IPAS; Pinsof & Catherall, 1986) es un instrumento en formato autoinforme, diseñado para evaluar la fuerza de la alianza desde la perspectiva del paciente. Reflejando la definición de la alianza de los autores, la IPAS contempla dos dimensiones: la dimensión de contenido y la dimensión multidimensional. La primera abarca las tres dimensiones derivadas de la teoría de Bordin (1979): tareas, metas y vínculos. La segunda incluye las dimensiones interpersonales: Yo-terapeuta, Otros-terapeuta y Grupo-terapeuta. La dimensión intrasistema fue añadida posteriormente en la versión revisada (IPAr; Pinsof, 1994). LA IPAr supuso una revisión de todas sus escalas. La CTASr y la FTASr quedaron compuestas por 40 ítems con 11 ítems de carácter intrasistema, la ITASr se formó por 36 ítems, con 10 de carácter intrasistema. Se han desarrollado versiones reducidas de todas las escalas (Pinsof et al., 2008).

Otras escalas usadas en los estudios contemplados en el trabajo de Friedlander et al. (2011) son la WAI-Co (Symonds, 1999, citado en Symonds & Horvath, 2004), una versión de la escala individual WAI para terapia conjunta; la VTAS-R, una versión reducida de la *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* revisada para terapia conjunta (Shelef & Diamond, 2008) y el Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF o SOFTA, *System for Observing Family Therapy Alliances* (Friedlander et al., 2006a, 2006b, 2009). A continuación se describen brevemente sus principales características.

Por un lado, algunos estudios utilizan la versión para terapia conjunta del *Working Alliance Inventory* (WAI-Co; Symonds, 1999 citado en Symonds & Horvath, 2004), basada en la concepción de la alianza descrita por Bordin (1979). Ésta consta de 63 ítems y tiene una versión para el terapeuta y otra para los pacientes. En la versión del paciente, cada ítem es valorado desde la perspectiva individual y conjunta para captar la relación con el terapeuta. La versión del terapeuta contiene ítems paralelos a los de la versión de la pareja, divididos en tres secciones separadas, éstas proporcionan una evaluación de la alianza del terapeuta con cada uno de los miembros de la pareja y con la pareja en conjunto.

Por otro lado, algunas investigaciones miden la alianza utilizando la versión reducida de *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (VTAS-R; Shelef & Diamond, 2008), aunque se trata de una medida que no fue originalmente creada para terapia familiar. El VTAS-R es un instrumento observacional que consta de cinco ítems divididos en dos grupos: los que reflejan comportamientos del paciente y los que reflejan procesos conjuntos del terapeuta y el paciente. En el primer grupo se sitúan los ítems: (1) Indica que el terapeuta le proporciona comprensión y apoyo, (2) Parece identificarse con el método de trabajo del terapeuta, asumiendo parte de la tarea terapéutica y (3) Actúa de manera desconfiada o defensiva con el terapeuta. En el segundo grupo se engloban los dos últimos ítems: (4) Comparten un punto de vista común sobre la definición, posibles causas y potenciales soluciones sobre el problema del paciente y (5) Están de acuerdo sobre las metas y las tareas para la sesión.

Finalmente, otro de los instrumentos utilizados es el *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA, Friedlander et al., 2006a, 2006b) o Sistema para la Observación de las Alianzas en la Terapia Familiar (SOATIF). El instrumento

SOATIF parte de un modelo conceptual que lleva su mismo nombre, que hemos presentado anteriormente (ver apartado 4.2.4. *El modelo SOATIF*). Cuenta con una versión de autoinforme (SOATIF-s) y una versión para observadores externos (SOATIF-o), ambas atienden a aspectos de la alianza asociados tanto al terapeuta como a la familia. Además, se ha desarrollado un soporte informático, el e-SOATIF (Escudero, Friedlander, & Heatherington, 2011)<sup>5</sup>. La versión SOATIF-s se compone de 16 ítems, mientras que el SOATIF-o consta de 43 indicadores (Apéndice A) que reflejan las contribuciones del terapeuta (positivas o negativas) y 44 indicadores (ver Apéndice B) que hacen referencia a comportamientos de los miembros de la familia en referencia a la alianza (también, positivos o negativos). Ambas listas de indicadores se agrupan en cuatro dimensiones: (1) *Enganche*, (2) *Conexión emocional*, (3) *Seguridad* y (4) *Compartir el propósito*. Como destaca el meta-análisis mencionado previamente (Friedlander et al., 2011), el SOATIF fue la única medida de la revisión que incluyó el elemento de *Seguridad*.

#### 4.4. La investigación en alianza terapéutica

La alianza terapéutica ha sido defendida por muchos autores como el ingrediente esencial para promover el cambio terapéutico (Horvath & Bedi, 2002; Lambert & Barley, 2001; Lambert & Simon, 2008; Norcross, 2002) y, como tal, es uno de los temas más investigados en psicoterapia en la actualidad (Doran, 2016; Horvath et al., 2011). En una revisión reciente, Doran (2016) explica este creciente interés como una respuesta a las investigaciones que no han encontrado diferencias significativas en la efectividad de los principales tratamientos psicológicos provenientes de distintas orientaciones teóricas (Lambert & Bergin, 1994; Luborsky et al., 2002; Stiles, Shapiro, & Elliott, 1986; Smith, Glass, & Miller, 1980; Wampold, Imel, & Miller, 2009).

La equivalencia entre los efectos de distintos tipos de psicoterapia se ha atribuido a los llamados *factores comunes* (Imel & Wampold, 2008; Wampold, 2001), definidos como las variables que, sin estar ligadas a ningún modelo particular, propician el cambio en psicoterapia. Aunque se han identificado varios factores

---

<sup>5</sup> La versión informática del SOATIF (e-SOATIF), el manual con las directrices de evaluación y ejemplos prácticos se encuentra disponible en [www.softa-soatif.com](http://www.softa-soatif.com)

comunes (Tracey, 2010), la alianza es el que ha presentado resultados más sólidos hasta la fecha (Doran, 2016).

En terapia familiar también hay numerosos ejemplos que respaldan la potencia de la relación terapéutica desde las fases más iniciales del proceso terapéutico. A continuación, describiremos varios ejemplos que han ayudado a darle peso empírico a la importancia de la alianza terapéutica en el contexto de la psicoterapia, poniendo énfasis en aquellos relacionados con la terapia familiar. Para ello, organizaremos el apartado en base a las preguntas que han resultado de particular interés para los investigadores: ¿Qué relación hay entre la alianza terapéutica y el resultado final? ¿Qué factores influyen en la construcción de la alianza? y ¿Qué características presentan las alianzas problemáticas?

#### **4.4.1. Relación entre la alianza terapéutica y el resultado final**

La investigación de proceso-resultado, es decir, aquella dedicada a identificar los aspectos del proceso terapéutico relacionados con una mejora al final del tratamiento, ha sido consistente en destacar la importancia de la alianza terapéutica como variable predictiva del éxito terapéutico (Horvath & Symonds, 1991; Lambert & Barley, 2001; Martin et al., 2000).

Investigaciones al respecto han señalado que la fuerza de la alianza puede explicar una proporción considerable del éxito de la terapia. Por ejemplo, Krupnick et al. (1996), en una comparación entre distintos tipos de psicoterapia y terapia farmacológica en depresión, atribuyó el 21% de la variación en el éxito de la terapia a la contribución del paciente a la alianza terapéutica. Johnson y Talitman (1997), en un estudio de terapia de pareja encontraron que 22% de la variación del resultado se podía explicar en base a las puntuaciones de la pareja en alianza terapéutica.

En terapia individual, distintos meta-análisis centrados en la relación entre alianza y resultado terapéutico han obtenido medidas significativas del efecto similares. A continuación, comentaremos cuatro de ellos en orden cronológico.

En primer lugar, Horvath y Symonds (1991), analizaron los resultados de 24 estudios que relacionaron la calidad de la alianza con el resultado final. Obtuvieron

una asociación moderada pero fiable entre una buena alianza y un resultado positivo ( $r = .26$ ). Encontraron que la alianza puede ser evaluada de manera fiable por observadores externos, terapeutas o los mismos pacientes, aunque fueron las evaluaciones de éstos últimos las que mostraron una correlación más fuerte con el resultado, seguida de la de los observadores externos. Señalaron que las evaluaciones realizadas al inicio y al final de la terapia predecían, más que las evaluaciones a mitad de tratamiento, el resultado final. Finalmente, no encontraron que el tipo de terapia o la duración de la misma tuviesen un efecto significativo en la relación alianza-resultado.

En segundo lugar, Martin et al. (2000) compararon 79 investigaciones y también encontraron una relación significativa moderada pero consistente entre alianza y resultado final ( $r = .22$ ). No encontraron diferencias significativas en función del tipo de tratamiento o del momento de la terapia en el que se evaluó la fuerza de la alianza. Al contrario que el meta-análisis mencionado en primer lugar, Martin et al. (2000) no encontraron diferencias en función del evaluador. Es decir, la relación alianza-resultado no varió dependiendo de si la alianza fue evaluada por los pacientes, terapeutas u observadores. Sin embargo, concluyeron que la visión de los pacientes tiende a cambiar menos a lo largo del tratamiento que la de los terapeutas u observadores. Según los autores, este último hallazgo tiene implicaciones claras para la terapia: “Puesto que los pacientes tienden a ser consistentes en su percepción de la alianza a lo largo del tratamiento, es más probable que tengan una percepción positiva de la alianza al terminar si la percepción fue positiva al inicio. Así, los terapeutas deben ser efectivos en el establecimiento de alianzas positivas desde el inicio del proceso” (p. 447).

En tercer lugar, en una revisión actualizada que incluyó 90 estudios, Horvath & Bedi (2002) encontraron una relación significativa ( $r = .21$ ) entre la alianza y los resultados beneficiosos de la terapia. En la línea del meta-análisis de Horvath y Symonds (1991), señalaron que las evaluaciones de los pacientes y los observadores externos estaban más relacionadas con el resultado final que las realizadas por los terapeutas. Encontraron resultados similares en función del momento de la terapia en el que la alianza fue medida.

Finalmente, en un meta-análisis más reciente que ha incluido 201 estudios, Horvath et al. (2011) han encontrado, nuevamente, una relación significativa entre alianza y cambio terapéutico positivo ( $r = .275$ ). Los resultados de este estudio corroboran datos anteriores que evidenciaban que el impacto de la alianza terapéutica es independiente de la fuente de evaluación de la alianza (paciente, terapeuta u observador externo), el tipo de tratamiento, la medida empleada y el momento de la terapia en el que se evalúe. Los resultados de este estudio concluyen, en palabras de los propios autores: “*The quality of the alliance matters*. [La calidad de la alianza es importante]” (p.13).

Además de los mencionados, centrándose en aspectos concretos de la alianza, los resultados del meta-análisis de Tryon y Winograd (2011) han concluido que el acuerdo entre terapeuta y paciente sobre los objetivos y las tareas fomenta el éxito terapéutico.

En terapia familiar, el meta-análisis publicado por Friedlander et al. (2011) ha mostrado resultados casi idénticos a los encontrados en terapia individual (Horvath et al., 2011). Incluyendo 24 estudios, Friedlander et al. (2011), han obtenido una asociación significativa entre alianza y resultado final con un tamaño del efecto pequeño-moderado ( $r = .26$ ). Separando los estudios según la modalidad de terapia, han encontrado un tamaño del efecto de .24 en las 17 investigaciones focalizadas en terapia familiar y uno de .37 en el caso de los 7 estudios en terapia de pareja. La mayoría de las investigaciones analizadas, evaluaron la alianza al inicio de la terapia y pocas lo hicieron en distintas fases del proceso (inicial, intermedia y final). En este mismo estudio, los autores destacan tres fenómenos de especial importancia en terapia conjunta: (1) la frecuencia de desequilibrios en las alianzas individuales de cada miembro, (2) la importancia de garantizar la *Seguridad* y (3) la necesidad de conseguir una buena alianza intrasistema.

Como demuestra la evidencia científica, la alianza es un factor relacionado con el cambio terapéutico, consistente en distintos modelos de tratamiento. Aun así, los resultados en referencia al momento en el que se evalúa la relación alianza-resultado deben ser interpretados con cautela. En la línea que señalan autores como Castonguay et al. (2006) o Escudero (2009a), uno de los aspectos pendientes en la investigación es la dirección de la asociación entre la alianza y el resultado final. Es

decir, aun no se ha clarificado si el resultado está influido por la alianza terapéutica o si, al revés, la percepción de los pacientes sobre la alianza se ve influida por los beneficios del tratamiento. Como recoge Friedlander et al. (2006a), los informes al final de la terapia tienden a mostrar una relación muy alta con el resultado, aunque la percepción en ese punto del proceso podría estar influida por los beneficios ya experimentados. Por esta razón, algunos autores advierten que, para afirmar que la alianza es la causa de un buen resultado, los efectos de la terapia tienen que ser evaluados en un momento muy posterior a la evaluación de la alianza (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis, & Gelf, 1999).

En relación a la evaluación de la alianza en fases iniciales, varias investigaciones han señalado que la alianza temprana es un indicador de pronóstico del resultado superior a las medidas de alianza de sesiones intermedias o finales (Horvath & Symonds, 1991; Barber et al., 1999; Castonguay, Goldfried, Wisner, Raue, & Hayes, 1996; Horvath & Luborsky, 1993). En esta línea, se ha encontrado relación entre la alianza temprana y el abandono de la terapia (Constantino, Castonguay, & Schut, 2002; Kokotovic & Tracey, 1990; Piper et al. 1999; Plotnicov, 1990, citado en Horvath & Lyborsky, 1993).

Las evidencias son claras a la hora de destacar la importancia de prestar atención a la alianza tan pronto empiece la terapia (Castonguay et al., 2006). Por ejemplo, Glebova et al. (2011) han confirmado la importancia de la primera sesión en la construcción de la alianza terapéutica e incluso apuntan la posible influencia del primer contacto telefónico. Del mismo modo, en un estudio reciente en terapia familiar, Yoo et al. (2016) han hallado que la alianza terapéutica evaluada en la primera sesión en terapia familiar predice mejor el abandono de la terapia que el valor de la alianza medido en sesiones posteriores. Además, hay que considerar que algunas evidencias afirman que la percepción inmediata que las parejas tienen del terapeuta (formadas durante la primera sesión) se mantiene estable hasta la mitad del tratamiento (Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2007).

Otro aspecto importante de la relación alianza-resultado en terapia conjunta tiene que ver con la comparación entre la alianza de las distintas figuras que acuden a terapia. En este sentido, el género y los roles familiares han sido objeto de estudio como moderadores de la relación entre la alianza y el resultado de la terapia. En

referencia a la influencia del género en terapias con parejas heterosexuales, la alianza con el hombre tiende a estar más asociada con el resultado (Anker, Owen, Duncan, & Sparks, 2010; Glebova et al., 2011; Bourgeois, Sabourin, & Wright, 1990; Brown & O'Leary, 2000; Symonds & Horvath, 2004) que la alianza con la mujer (Quinn, Dotson, & Jordan, 1997). Symonds & Horvath (2004) discuten estas diferencias en base a las relaciones de poder y al frecuente rechazo de los hombres a involucrarse en la terapia en contraposición a la mayor disponibilidad de las mujeres a trabajar en los objetivos de la terapia sin priorizar tanto su relación con el terapeuta.

Estudios más recientes añaden datos interesantes sobre la relación entre el género, la alianza y el resultado de la terapia. Éstos diferencian entre la mejora individual y la mejora medida en términos relacionales. Knobloch-Fedders et al. (2007) han encontrado que la alianza de la mujer predice una mejora en las medidas de sufrimiento conjunto de la pareja. Además, la respuesta al tratamiento también se asocia positivamente con la valoración de las mujeres sobre la alianza de sus parejas. Del mismo modo, han concluido que cuando la alianza del marido con el terapeuta es más fuerte que la de la mujer en la octava sesión, la pareja muestra un mayor progreso. En definitiva, los resultados confirman que la alianza terapéutica en tratamiento conjunto está compuesta por distintos subsistemas cuya valoración es útil a la hora de predecir el éxito del tratamiento. Conclusiones muy similares han obtenido Anderson y Johnson (2010) al examinar la relación entre la alianza terapéutica y el progreso terapéutico tomando la pareja como unidad de análisis y no sólo las puntuaciones individuales. Este último estudio ha encontrado efectos de ambos miembros en las medidas de sufrimiento relacional, mientras que la asociación entre alianza terapeuta-paciente y sufrimiento psicológico individual es significativa en el caso de la mujer.

En cuanto a los roles familiares, algunas investigaciones han encontrado que la alianza con los progenitores, en comparación con la de hijos que presentan síntomas, predice mejor la finalización completa del tratamiento (Pereira, Lock, & Oggins, 2006; Shelef & Diamond, 2008). Robbins, Turner, Alexander y Pérez (2003) no han encontrado diferencias entre la influencia de la alianza de los hijos y los progenitores, concluyendo que los casos que completan el tratamiento tienen mayores niveles de alianza en general. Aun así, sus resultados muestran que los casos que

abandonan el tratamiento tienen más desequilibrios en los niveles de alianza. Shelef, Diamond, Diamond, & Liddle (2005) han encontrado que la alianza de los hijos adolescentes predice el resultado de la terapia en aquellos casos en los que la alianza con los progenitores es moderada o muy fuerte. También centrados en terapia de familias con hijos adolescentes, Friedlander, Kivlighan y Shaffer (2012) concluyeron que los progenitores juzgaron el progreso de la terapia en función de su percepción sobre la implicación y comodidad del hijo en el proceso, mientras que los adolescentes valoraron el progreso de acuerdo con su propia experiencia. Todos estos estudios demuestran la compleja interdependencia de la alianza en terapia conjunta.

No obstante, los estudios presentados no reflejan la influencia que tiene en el resultado final la sensación de confort entre los miembros de la familia o su nivel de acuerdo en asistir conjuntamente a la terapia. Centrándonos en los aspectos conjuntos de la alianza en terapia familiar, resultan de especial interés los resultados de la investigación llevada a cabo por Friedlander, Lambert & Muñiz de la Peña (2008b). Las autoras probaron un modelo basado en la *Seguridad* y la alianza intrasistema como mediadores del cambio. Encontraron que la alianza intrasistema medió la relación entre la seguridad observada en los progenitores en la sesión 1 y la mejora percibida en la sesión 3. En otras palabras, “los progenitores que se arriesgaron y exploraron temas de manera no defensiva en la primera sesión (es decir, mostraron *Seguridad*), facilitaron el *Sentido de compartir el propósito* de la terapia (es decir, la alianza intrasistema) que, posteriormente, influyó en su percepción de mejora” (p.123). El papel de la seguridad y la alianza intrasistema como prerrequisitos para el cambio terapéutico ha sido también validado por estudios basados en análisis secuencial (Abascal, 2011; Mateu, 2015).

#### 4.4.2. Factores que influyen en la construcción de la alianza terapéutica

Como hemos mostrado en el apartado anterior, las conclusiones de las *investigaciones de proceso-resultado* son firmes a la hora de situar la alianza terapéutica como una variable fundamental para explicar el cambio terapéutico. De ahí que también hayan surgido *investigaciones de proceso* que, independientemente del resultado final de la terapia, han centrado su interés en identificar variables que afectan positiva y negativamente a la construcción de la alianza. Los estudios realizados al respecto han indagado tanto en características de los pacientes como de los terapeutas. Asimismo, se han diferenciado entre factores pretratamiento y contribuciones que ocurren en el contexto de las sesiones de psicoterapia.

A continuación, destacaremos las investigaciones que se han centrado tanto en factores asociados a los pacientes como a los terapeutas. Aunque se exponen de manera separada, nuestra comprensión de la alianza se basa en una indisoluble y compleja interacción entre todos los participantes. Cabe apuntar que, como afirman Friedlander et al. (2011), “en cierto modo, la colaboración de los pacientes depende del enfoque teórico del terapeuta” (p.30) y lo mismo se podría decir de las aportaciones del terapeuta. Nuestra revisión se centrará, por lo tanto, en una selección de aquellos factores más señalados acorde con el enfoque sistémico de la terapia familiar y de pareja.

##### 4.4.2.1. Factores asociados a los pacientes

Constantino et al. (2002) destacan la inconsistencia de los resultados de las investigaciones que han explorado el valor predictivo de algunas características sociodemográficas de los pacientes en la calidad de la alianza. Couture et al. (2006), por ejemplo, no han encontrado una asociación significativa entre las variables sociodemográficas y las puntuaciones en alianza. Aun así, una de las características individuales más ampliamente consideradas en las investigaciones sobre alianza terapéutica es el género. En esta línea, Cannolly-Gibbons et al. (2003) han concluido que las mujeres alcanzan una mayor alianza terapéutica en la décima sesión.

En el ámbito de la terapia conjunta, Werner-Wilson (1997) ha encontrado que las mujeres presentan puntuaciones más altas de alianza terapéutica en terapia de pareja que en terapia familiar, mientras que los hombres obtienen resultados inversos. En un estudio posterior centrado en una tarea específica de la alianza, Werner-Wilson, Simmerman y Price (1999) añaden que las mujeres son más activas a la hora de introducir temas a tratar en la sesión en terapia de pareja, mientras los hombres muestran ser más activos en la misma tarea en el contexto de la terapia familiar. Estos resultados son explicados por los autores en base a posibles razones relacionadas con los roles de género y el poder como: (1) la terapia de pareja es más congruente con la socialización de las mujeres que de los hombres, (2) es más probable desafiar las desigualdades de poder en terapia de pareja que en terapia familiar, (3) las mujeres pueden sentirse culpadas por los problemas familiares en terapia familiar, (4) las mujeres pueden estar menos predispuestas a introducir objetivos individuales en terapia familiar que en terapia de pareja, (5) los hombres pueden sentirse más prestigiosos en terapia familiar puesto que los terapeutas los invitan a estar más involucrados en los procesos familiares.

Thomas, Werner-Wilson y Murphy (2005) afirman que la fuerza de la alianza terapéutica en terapia de pareja pasa por una delicada gestión de los comportamientos intrasesión que, en varias ocasiones, están mediados por el género. Utilizando las tres dimensiones del instrumento WAI (metas, tareas y vínculo) y basándose en terapia con parejas heterosexuales, el estudio presenta varias conclusiones. En primer lugar, en referencia al miembro masculino de las parejas heterosexuales, concluyen que las declaraciones negativas emitidas por parte de la mujer predicen una alianza negativa en el hombre. En este sentido, los hombres parecen esperar que los terapeutas les proporcionen protección ante las críticas de la pareja. En palabras de las autoras, “incluso en la primera sesión, los terapeutas pueden necesitar el establecimiento de un contexto para la discusión que sea diferente de lo que ocurre en casa” (p.31). Sin embargo, la alianza de los hombres se ve positivamente asociada con el hecho de recibir retos (*challenging statements*), tanto por parte del terapeuta como de la pareja. Como explican, ambos tipos de mensajes (afirmaciones negativas y retos) pueden parecer similares, pero difieren en la manera en la que son percibidos. Los mensajes negativos tienden a ser interpretados como carencias individuales y, por el contrario, los retos pueden contribuir a articular una posición y sentimientos en referencia a un

tema particular. Así, los terapeutas que ayudan a transformar este tipo de mensajes pueden favorecer la alianza con los miembros masculinos de la pareja.

En segundo lugar, en referencia al miembro femenino de la pareja heterosexual, Thomas et al. (2005) han encontrado que, al contrario que en el caso de los hombres, las declaraciones negativas de las parejas no influyen en la alianza terapéutica con las mujeres. Aun así, los retos propuestos por el terapeuta se relacionan positivamente, concretamente en las dimensiones referentes a las tareas y el vínculo. Por el contrario, los retos propuestos por sus parejas tienen un efecto negativo en las mismas dimensiones. El estudio señala que las mujeres pueden no querer recibir ese tipo de mensajes de sus parejas puesto que ya los reciben en el contexto cotidiano.

Finalmente, concluyen Thomas et al. (2005), que los comportamientos que reflejan que la pareja se está sincerando tienen efectos positivos en la alianza con ambos géneros. De este modo, los terapeutas que crean un ambiente seguro en el que se puedan expresar pensamientos y sentimientos, propician el buen vínculo con ambos miembros de la pareja.

Horvath (1991, citado en Horvath & Luborsky, 1993) propone tres categorías para clasificar las características de los pacientes que tienen un impacto en el desarrollo de la alianza terapéutica: (1) las capacidades o habilidades interpersonales, (2) las dinámicas intrapersonales y (3) características diagnósticas.

En relación a su funcionamiento interpersonal previo al tratamiento, varias investigaciones han encontrado factores de los pacientes que influyen en el desarrollo de la alianza. Eltz, Shirck y Sarlin (1995) han demostrado que las experiencias de maltrato, los problemas relacionales y las expectativas interpersonales negativas se asociaron con bajas puntuaciones de alianza. Estos resultados son consistentes con estudios previos que han mostrado la relación entre alianzas bajas y otros problemas interpersonales como actitudes defensivas (Gaston, Marmar, Thompson, & Gallagher, 1988), escasas expectativas de éxito (Ryan & Cicchetti, 1985), baja calidad de las relaciones sociales (Moras & Strupp, 1982) o relaciones familiares deficientes (Kokotovic & Tracey, 1990). Estudios más recientes, también han concluido que factores como tener menos problemas interpersonales de carácter hostil (Cannolly-

Gibbons et al., 2003) o la calidad de las relaciones pasadas y presentes (Hersoug, Monsen, Havik, & Hoglend, 2002; Saunders, 2001) son predictores de la fuerza de la alianza terapéutica. Concretamente en terapia de pareja, los niveles de confianza en el otro (Johnson & Talitman, 1997) y un menor malestar conyugal (Johnson & Talitman, 1997; Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2004; Mamodhousen, Wright, Tremblay, & Poitras-Wright, 2005) también se han relacionado con alianzas terapéuticas más positivas.

En cuanto a los factores de carácter intrapersonal, varios aspectos se han asociado con alianzas más favorables. Entre éstos están el hecho de sentirse cómodo en la intimidad (Kivlinghan, Patton, & Foote, 1998) o las buenas expectativas de mejora antes del tratamiento (Cannolly-Gibbons et al. 2003). Además, Saunders (2001), en un estudio que explora la relación entre características pretratamiento de los pacientes y el vínculo terapéutico, ha encontrado que factores como la baja autoestima o la desesperanza hacen que sea más difícil sentir comprensión por parte del terapeuta y amabilidad dentro del sistema terapéutico.

Centrándose en casos de terapia familiar, Lambert & Friedlander (2008) han concluido que los progenitores menos reactivos desde el punto de vista emocional tienden a sentirse más seguros y cómodos en terapia conjunta. Es decir, éstos tienen menos dificultades para sentirse vulnerables, tomar riesgos interpersonales y explorar los problemas familiares de manera conjunta y no defensiva. En esta investigación también se afirma que el nivel de *diferenciación del yo*, es un buen predictor de la fuerza de la alianza, conclusión a la que también han llegado Knerr et al. (2011). En otras palabras, la capacidad para equilibrar el funcionamiento emocional, la intimidad y la autonomía en las relaciones es un factor que también influye a la hora de construir el vínculo terapéutico. Además, se ha demostrado una relación significativa entre los niveles de estrés y la alianza terapéutica (Knerr & Bartle-Haring, 2010; Knerr et al., 2011).

En un estudio basado en análisis secuencial de los comportamientos de los participantes en sesiones de terapia familiar y de pareja, Friedlander et al., (2008a), han corroborado que las alianzas son más fuertes cuando los miembros de la familia responden de manera favorable a las contribuciones del terapeuta relacionadas con la construcción de la alianza. Aun siendo tratados por el mismo terapeuta, los casos con

resultados negativos muestran menos respuesta positiva ante los intentos de desarrollar una buena alianza terapéutica.

En lo que concierne a las características diagnósticas, varios estudios coinciden en afirmar que los síntomas de los pacientes no tienen un impacto significativo en la formación de la alianza, tanto en terapia individual (Cannolly-Gibbons et al., 2003; Hersoug et al., 2002; Saunders, 2001) como en terapia de pareja y familia (Knobloch-Fedders et al., 2007; Mamodhoussen et al., 2005).

Finalmente, cabe destacar las últimas investigaciones que relacionan la alianza terapéutica con la voluntariedad en procesos de terapia familiar. Como ya hemos mencionado, en terapia familiar es relativamente frecuente encontrarse con casos o miembros de la familia que no han llegado por iniciativa propia. Este hecho puede deberse tanto a una derivación externa como al hecho de encontrarse con participantes que están involucrados en una terapia familiar sin considerarse parte del problema o la solución. Sotero et al. (2016), en un estudio sobre 40 familias vistas en terapia familiar breve, muestran que la alianza de las familias voluntarias es significativamente más fuerte que la alianza de las familias involuntarias al inicio de la terapia. Sin embargo, a partir de la cuarta sesión, las diferencias se reducen. Los resultados refuerzan el hecho de considerar más determinante, en el desarrollo de la alianza, la presión soportada por los pacientes que la entidad que deriva el caso (Moore, Tambling, & Anderson, 2013; Relvas & Sotero, 2014).

#### ***4.4.2.2. Factores asociados al terapeuta***

El estudio del papel del terapeuta en el desarrollo de alianzas positivas se ha focalizado tanto en determinadas características personales del terapeuta como en actitudes y comportamientos dentro del contexto terapéutico. Asimismo, la percepción que los pacientes tienen de sus terapeutas ha demostrado tener un potente efecto en la construcción de la relación terapéutica.

Algunas investigaciones se han centrado en factores interpersonales del terapeuta como la influencia de las actitudes hostiles con uno mismo (Henry, Strupp, Butler, Schacht, & Binder, 1993), el apoyo social percibido o la comodidad con la intimidad (Dunkle & Friedlander, 1996) o la influencia que tiene la relación del

contenido de la sesión con cuestiones personales no resueltas de los terapeutas (Rosenberger & Hayes, 2002). Aun así, Castonguay et al. (2006) advierten de la necesidad de más estudios al respecto para alcanzar conclusiones sólidas sobre la influencia de las características interpersonales del terapeuta en la construcción de la relación terapéutica.

La influencia de otras variables como la diversidad cultural en el desarrollo de la relación terapéutica también han sido objeto de estudio. Chao, Steffen y Heiby (2012) concluyen que la similitud étnica entre terapeuta y paciente puede aumentar la alianza terapéutica y resaltan la falta de investigación sobre alianza terapéutica en contextos multiculturales. Factores como usar intervenciones respetuosas y culturalmente sensibles son imprescindibles para la construcción de la alianza en contextos multiculturales (Jackson-Gilford, Liddle, Tejeda & Dakof, 2001; Kindsvatter & Lara, 2012). En terapia familiar Pandya y Herlihy (2009) sugieren que ciertos aspectos de la alianza deben ser considerados con mayor precaución, concretamente los referentes a la *Seguridad* y la *Conexión emocional*. Como explican Friedlander et al. (2006a), los terapeutas efectivos son capaces de crear conexión emocional con sus clientes por encima de las diferencias que puedan existir entre ellos.

El nivel de experiencia del terapeuta también ha sido una de las variables estudiadas. Dunkle y Friedlander (1996), en un estudio realizado sobre 73 terapeutas, no encontraron que el grado de experiencia fuese predictor de la alianza terapéutica medida en base a la percepción de los pacientes al inicio del tratamiento. Resultados muy similares a los obtenidos posteriormente por Kivlighan et al. (1998) y Hersoug, Hoglend, Monsen y Havik (2001). Sin embargo, este último estudio ha encontrado que la formación de los terapeutas se relaciona positivamente con la alianza cuando ésta es evaluada por los terapeutas, y no por los pacientes. En definitiva, como Corbella y Botella (2003) concluyen en una revisión teórica de las principales contribuciones al estudio de la alianza, las evidencias no permiten afirmar una relación significativa entre experiencia del terapeuta y alianza terapéutica.

En una revisión de 25 estudios que identificaron aportaciones positivas de los terapeutas a la alianza en el contexto intrasesión, Ackerman y Hilsenroth (2003) han encontrado poca variabilidad entre los resultados provenientes de distintas

orientaciones teóricas. Respondiendo a la necesidad de clarificar los comportamientos del terapeuta que contribuyen a la alianza terapéutica, los autores identifican los resultados comunes a lo largo de las investigaciones y los resumen en los dos grupos siguientes:

- (1) *Atributos personales*: flexible, experimentado, honesto, respetuoso, confiable, seguro, mostrar interés, despierto, amable, acogedor y abierto.
- (2) *Intervenciones técnicas*: exploración, profundidad, reflexión, mostrar apoyo, resaltar logros, ofrecer interpretaciones precisas, facilitar la expresión de sentimientos, ser activo, mostrarse comprensivo, prestar atención a la experiencia de los pacientes.

Como ya hemos avanzado, consideramos que todas las aportaciones a la alianza, tanto aquellas asociadas a los pacientes como las que parten de los terapeutas, deben ser comprendidas en un contexto de interacción. En este sentido, Ackerman y Hilsenroth (2003), en el mismo estudio de revisión mencionado, también señalan la importancia de la interacción paciente-terapeuta a la hora de definir la alianza terapéutica.

La terapia conjunta posee un mayor grado de complejidad, considerando que la interacción se produce con frecuencia entre más de dos participantes. Como subrayan Blow, Sprenkle y Davis (2007), los terapeutas de pareja y familia necesitan poseer una gran habilidad para mantener a todas las partes involucradas, teniendo en cuenta que el deterioro de la alianza con un miembro posiblemente conllevará daños en la relación terapéutica con el resto. Con el fin de dotar a los profesionales de información pertinente, varias investigaciones se han centrado en las características de los terapeutas que fomentan una buena relación con las familias en terapia. Tal vez por la necesidad de describir la complejidad del fenómeno, muchas investigaciones al respecto se han basado en metodologías cualitativas. A continuación, destacamos algunas de ellas.

Sells, Smith y Moon (1996), realizaron un estudio de enfoque etnográfico basado en las percepciones de los pacientes sobre la efectividad de los terapeutas. Éste resalta la importancia de ciertas cualidades del terapeuta como el humor, la calidez y la sinceridad. Los pacientes percibieron estar más compenetrados y confiar

más en sus terapeutas cuando éstos no se mostraron rígidos ni demasiado formales, por el contrario, factores como la informalidad o la actitud relajada ayudaron a establecer mejores relaciones terapéuticas. Estudios más actuales, como el de James, Cushway y Fadden (2006), también han comprobado que mostrar autenticidad es un aspecto crucial para que los terapeutas puedan conseguir un compromiso por parte de la familia y una relación terapéutica adecuada.

Christensen, Russell, Miller y Peterson (1998) entrevistaron a 24 parejas en referencia al proceso de cambio experimentado en terapia. En cuanto al papel del profesional en la relación terapéutica, las parejas encontraron útil el trabajo del terapeuta cuando éste les guio hacia nuevas maneras de pensar, sentir y expresarse. Los autores identifican, como requisitos para el cambio en terapia, la percepción de una atmósfera de seguridad y esperanza, tratando a los miembros de manera equitativa. Además, destacan la importancia de que el terapeuta pueda normalizar, interpretar, mediar, retar y mantener a la pareja centrada en el trabajo y, sobre todo, demostrar imparcialidad en la interacción con cada miembro.

Bischoff y McBride (1996), analizaron las entrevistas realizadas a 18 sistemas consultantes (familias, parejas o individuos) que acudieron a un servicio de terapia de pareja o familia. Los resultados demuestran que los pacientes esperan que el terapeuta tome el control de la dirección del proceso terapéutico. No obstante, los pacientes solo confían en la experiencia del terapeuta cuando también perciben empatía, preocupación genuina, respeto y comprensión en la relación terapéutica. Las conclusiones de este estudio van en la misma línea que las mostradas anteriormente por Kuehl, Newfield y Joanning (1990), al plantear que los pacientes valoran que los terapeutas sean cariñosos y comprensivos y que, a la vez, sean capaces de generar recomendaciones pertinentes.

Si bien se podrían dar una lista inacabable de factores asociados a los terapeutas que contribuyen en el desarrollo de la alianza, la revisión de Blow et al. (2007) concluye que la flexibilidad parece ser una cualidad clave. Los terapeutas familiares deben estar preparados para afrontar una gran variedad de escenarios relacionales y, por ese motivo, la capacidad de adaptación a cada caso es fundamental. De este hecho se desprende la necesidad de incluir el entrenamiento de habilidades que fomenten la alianza en la formación de los terapeutas. Estudios como

el de Carpenter et al. (2008) demuestran que el entrenamiento en aspectos teóricos y habilidades observacionales tiene una influencia apreciable en estudiantes de psicoterapia. También hay trabajos que analizan y proponen materiales docentes para utilizar en contextos de terapia de pareja en los que la observación de casos reales puede no estar al alcance (Aznar-Martínez, Pérez-Testor, Davins-Pujol, Aramburu, & Salamero, 2014).

#### **4.4.3. Alianzas problemáticas en terapia familiar**

Friedlander, Heatherington y Escudero (2016b), en una reciente revisión de investigaciones sobre mecanismos de cambio en terapia familiar, destacan dos líneas en las que actualmente se centra el estudio de las alianzas problemáticas: (1) las alianzas *divididas* o *desequilibradas* y (2) la baja colaboración entre los miembros del sistema familiar, es decir, la falta de alianza intrasistema. Ambos fenómenos son situaciones particulares de la terapia conjunta y suponen un gran reto para los terapeutas. En este apartado presentaremos los aspectos conceptuales básicos de estos dos fenómenos, así como investigaciones relacionadas.

##### **4.4.3.1. Alianzas divididas**

Las rupturas en la alianza terapéutica se han definido como el deterioro en la calidad de la relación entre terapeuta y paciente, pudiendo variar en intensidad, duración y frecuencia (Safran et al., 1990). Pese a que se han propuesto modelos de intervención para reparar rupturas de la alianza en terapia individual (Safran, Muran, & Samstag, 1994), se ha prestado menos atención a las rupturas en casos de la terapia de pareja y familia. Un tipo de ruptura, único de la terapia conjunta, es la *alianza dividida* (Escudero, Boogmans, Loots, & Friedlander, 2012).

Pinsop y Catherall (1986), plantearon por primera vez la diferencia entre una *alianza intacta* (*intact alliance*) y una *alianza dividida* (*split alliance*). La alianza intacta ocurre cuando todos los miembros de la familia tienen actitudes positivas hacia la terapia o el terapeuta. Por el contrario, cuando se produce una *alianza dividida*, los miembros de la familia difieren en sus posturas hacia el terapeuta (vínculo emocional) o la terapia (en referencia a las metas y las tareas a llevar a cabo).

En esta última situación, según Pinsof y Catherall (1986), algunos pueden tener actitudes positivas y otros, negativas o neutrales (p. 139).

Robbins et al. (2003) redefinieron el concepto como *alianzas desequilibradas* (*unbalanced alliances*), demostrando que las diferencias entre las puntuaciones de alianza de los miembros de la familia en la primera sesión tienen un efecto perjudicial en el transcurso de la terapia.

En una definición más reciente, partiendo de las dimensiones del modelo SOATIF, Friedlander et al. (2006a) han concretado la definición de *alianza dividida* como una diferencia notable en la *conexión emocional* de cada miembro con el terapeuta. Esta propuesta centra las *alianzas divididas* en los desacuerdos entre los pacientes sobre la persona del terapeuta y no sobre la terapia, como queda recogido en la definición original de Pinsof y Catherall (1986). En cambio, las discrepancias en relación a la terapia quedan recogidas en otro patrón problemático distinto, la baja alianza intrasistema (o bajo *Sentido de compartir el propósito*, según la terminología del modelo SOATIF). Friedlander et al. (2006a) advierten que ambos problemas en la alianza (alianza dividida y baja alianza intrasistema) pueden solaparse. Sin embargo, es más probable que la resistencia se manifieste más fuertemente en un proceso que en el otro.

Heatherington y Friedlander (1990a) validaron empíricamente el concepto, encontrando *alianza dividida* en un porcentaje de casos entre el 14% y el 43% en terapia de pareja y entre el 42% y el 75% en terapia familiar. Estudios posteriores han confirmado que se trata de un fenómeno frecuente en terapia conjunta (Knobloch-Fedders et al., 2007; Mamodhousen et al., 2005; Muñiz de la Peña, Friedlander, & Escudero, 2009). La investigación de Coupland y Serovick, (1999) encontró un porcentaje menor de *alianzas divididas* en terapia de pareja, un 6%, que fue asociado con el hecho de haber centrado la sesión en una tarea concreta (la construcción del genograma familiar) que fomentó una actitud común entre la pareja acerca de sus alianzas individuales con el terapeuta.

Para comprobar empíricamente la presencia de divisiones en la alianza, los estudios definen operacionalmente la *alianza dividida* en función de la diferencia entre puntuaciones de los propios pacientes, tomando la desviación típica como

unidad (Beck et al., 2006; Heatherington & Friedlander, 1990a; Knobloch-Fedders et al., 2004, 2007; Mamodhoussen et al., 2005; Muñiz de la Peña et al., 2009). Así lo han hecho Muñiz de la Peña et al. (2009) en un estudio que ha comprobado el grado de consistencia entre las evaluaciones de los propios pacientes y las realizadas por observadores externos, demostrando que las *alianzas divididas* pueden ser detectadas a través de los indicadores comportamentales del instrumento SOATIF-o. Además, esta investigación establece diferencias de grado leve, moderado o severo en la *alianza dividida*, de acuerdo con la siguiente definición (p.138):

- (1) *Alianza dividida leve*: se produce una diferencia de al menos un punto en las puntuaciones de la dimensión del SOFTA-o *Conexión Emocional*, sin quedar ninguna de las puntuaciones con un valor inferior a 0.
- (2) *Alianza dividida moderada*: se produce una diferencia de al menos un punto en las puntuaciones de la dimensión del SOFTA-o *Conexión Emocional*, siendo al menos una de las puntuaciones inferior a 0.
- (3) *Alianza dividida severa*: se produce una diferencia de al menos dos puntos en las puntuaciones de la dimensión del SOFTA-o *Conexión Emocional*, siendo al menos una de las puntuaciones inferior a 0.

En un estudio posterior, también basado en las puntuaciones del instrumento SOATIF-o, Abascal (2011) ha considerado problemática una *alianza dividida* cuando al menos la puntuación global de un miembro es negativa, siendo el resto neutrales o positivas.

Aunque las *alianzas divididas* no han quedado claramente asociadas con el abandono de la terapia (Bartle-Haring, Glebova, Gangamma, Gafsky, & Delaney 2012; Flicker, Turner, Waldron, Brody, & Ozechowski, 2008; Friedlander et al., 2008a; Knobloch-Fedders et al., 2007; Muñiz de la Peña et al., 2009), cuando se producen de manera repetida y en grados severos, tienden a ir acompañadas de bajos resultados en terapia (Beck et al., 2006; Friedlander et al., 2008a).

En su propuesta, Pinsof y Catherall (1986) hipotetizaron que, ante una *alianza dividida*, el terapeuta debería potenciar la alianza con el sistema con más poder, para mantener la alianza con todo el sistema suficientemente fuerte como para que la

familia siguiese trabajando en terapia. Del mismo modo, pronosticaron que una alianza con el subsistema más débil (por ejemplo, el hijo) acompañada de una alianza negativa con el subsistema más poderoso (por ejemplo, los progenitores), comportaría una terminación prematura o un resultado terapéutico deficiente. En la línea de encontrar estrategias para prevenir *alianzas divididas*, Beck et al. (2006) proponen mantener sesiones individuales con los distintos miembros de la familia en el curso del tratamiento, permitiendo que el terapeuta establezca relaciones de seguridad y conexión con cada uno. Escudero et al. (2012) también han propuesto la importancia de fomentar la *Seguridad* y la *Conexión emocional* en la resolución de rupturas y desequilibrios en la alianza.

No obstante, otras investigaciones han sugerido que también hay que considerar la posibilidad de que las divisiones estén relacionadas con condiciones previas a la terapia (Muñiz et al., 2009). Por ejemplo, Knobloch-Fedders et al. (2004), afirman que las alianzas divididas en la primera sesión tienen una relación significativa con conflictos en la historia de la familia de origen.

#### **4.4.3.2. Falta de alianza intrasistema**

Otro tipo de alianza problemática ocurre en las relaciones dentro del sistema familiar, cuando hay una falta de colaboración entre los miembros ya sea por desacuerdos en la definición del problema, los objetivos o el valor de la terapia conjunta (Friedlander et al., 2016b). El aspecto intrasistema de la alianza, originariamente conceptualizado por Pinsof (1994), parece tener una importancia crítica, pero es un fenómeno que todavía no se conoce en profundidad (Lambert et al., 2012).

La mayoría de la investigación en alianza terapéutica ha seguido los pasos de la terapia individual, focalizándose casi exclusivamente en la alianza entre sistemas, dejando inexplorada la dimensión intrasistema (Anderson & Johnson, 2010). A pesar de ello, cada vez hay más evidencias empíricas que sugieren la necesidad de profundizar en el estudio de la alianza intrasistema. Más allá de la relación alianza-resultado, varios estudios coinciden en destacar la asociación concreta entre la dimensión intrasistema y el progreso psicoterapéutico (Abascal, 2011; Beck et al.,

2006; Escudero et al., 2008; Friedlander et al., 2008a, 2008b; Mateu, 2015; Pinosof et al., 2008; Smerud & Rosenfarb, 2008; Symonds & Horvath, 2004). Resultan de especial relevancia para fundamentar esta tesis doctoral las investigaciones que aportan datos sobre cómo la falta de alianza intrasistema supone una amenaza para el buen desarrollo del proceso terapéutico familiar.

Smerud y Rosenfarb (2008), en un estudio basado en el abordaje familiar en el tratamiento de la esquizofrenia, muestran una asociación significativa entre la fuerza en la alianza intrasistema y la disminución de la necesidad de medicación de rescate. Como comentan los autores, los datos de esta investigación sugieren que el desarrollo de alianzas intrasistema positivas puede mejorar la calidad de las relaciones familiares y jugar un papel importante en la prevención de los síntomas psicóticos.

Escudero et al. (2008), en un estudio sobre la relación entre la percepción de alianza de los pacientes y el resultado final, han obtenido resultados que permiten concluir que la alianza intrasistema es la dimensión que con mayor frecuencia se asocia con el progreso terapéutico. Además, afirman los autores, dicha dimensión fue la única en la que se experimentaron mejoras a lo largo del tratamiento. En la misma línea, Friedlander et al. (2008a), han encontrado que las familias que no muestran mejora son aquellas que, en comparación con las que sí muestran mejora, obtienen más valoraciones negativas en la alianza intrasistema.

Otros estudios basados en análisis secuencial han afirmado que una buena alianza entre los miembros de la familia, juntamente con la sensación de seguridad en terapia, son condiciones indispensables para que los pacientes muestren un cambio positivo (Abascal, 2011; Mateu, 2015). Otras investigaciones también han sugerido que las familias con baja alianza intrasistema tienden a sentirse inseguras en terapia conjunta (Lambert & Friedlander, 2008). Friedlander et al. (2008b) han esclarecido la relación de ambas dimensiones (*Sentido de compartir el propósito* o alianza intrasistema y *Seguridad*) con el resultado final. En su estudio, Friedlander et al. (2008b) han comprobado la significación estadística en la relación “Seguridad-mejora a través de *Sentido de compartir el propósito*” (p.122). En otras palabras, han confirmado que una alianza intrasistema favorable en la primera sesión facilita la relación entre la dimensión de *Seguridad* y la mejora percibida por los progenitores a partir de la tercera sesión (Seguridad → Alianza Intrasistema → Mejora).

Beck et al. (2006), además de encontrar una relación entre alianza intrasistema y buen resultado, han identificado contribuciones positivas y negativas a la alianza intrasistema, entrevistando individualmente a los miembros de cuatro familias tras la primera sesión. Los pacientes señalan como útil el hecho de: (1) tener confianza mutua y (2) compartir objetivos comunes, formulados en términos sistémicos e interpersonales. En cuanto a las contribuciones negativas, éstos destacan: (1) la percepción de un clima inseguro en el que se producían atribuciones de culpa, (2) el desacuerdo con el resto de miembros acerca de los objetivos o incertidumbre acerca de las metas de los otros o propias, (3) la diferencia en los motivos para considerar la necesidad de ayuda y (4) la falta de comunicación abierta acerca del propósito, valor o curso del tratamiento. De las conclusiones de esta investigación se desprende que la conceptualización lineal de objetivos, es decir, focalizada en un solo individuo, propicia la aparición de bajas alianzas intrasistema.

En una investigación más reciente y pionera en el análisis en profundidad de la alianza intrasistema, Lambert et al. (2012) han analizado cualitativamente cinco casos representativos de alianzas intrasistema problemáticas. Un análisis del contenido de las sesiones ha permitido identificar tres aspectos esenciales e interrelacionados de la dimensión intrasistema de la alianza. Así, en los casos con buena alianza intrasistema, los miembros de la familia (1) están de acuerdo en la naturaleza del problema y los objetivos de la terapia, (2) se sienten conectados los unos a los otros para hacer frente a sus preocupaciones y (3) encuentran un sentido a la terapia conjunta para abordar el problema. Los resultados sugieren que, ante la falta de uno o varios de estos aspectos, la sesión puede fácilmente convertirse en una lucha entre los participantes.

Además, basándose en los indicadores del instrumento SOATIF-o, Lambert et al. (2012) señalan algunos comportamientos por parte del terapeuta que resultan especialmente útiles a la hora de reforzar la alianza intrasistema como: fomentar el compromiso, promover el soporte mutuo, animar a que los miembros de la familia se pregunten los unos a los otros por sus respectivas perspectivas y destacar lo que los participantes tienen en común.

#### **4.5. Alianza terapéutica en casos con progenitores separados en conflicto**

Nuestra experiencia clínica nos permite corroborar las palabras de Pinsof (1995) cuando afirma que las familias con progenitores separados son “los sistemas más idiosincrásicos y complejos” (p.129). En el contexto de una separación conflictiva, es común que la terapia familiar se perciba en términos de ganador-perdedor y eso dificulte el establecimiento de una alianza intrasistema o *Sentido de compartir el propósito* (Friedlander, 2006a). Como subraya Linares (2015), la lógica de las demandas que frecuentemente acompaña a estos casos fomenta la visión enfrentada entre los progenitores y choca con la filosofía terapéutica, basada en la comprensión y la negociación. Además, el rencor, frecuente entre los progenitores separados en conflicto, ha sido definido como uno de los sentimientos más costosos de manejar en terapia y puede constituir una amenaza para el buen pronóstico (Campo, 2007).

Pese a las dificultades que conlleva la terapia con estas familias, la bibliografía focalizada en la alianza terapéutica con progenitores en conflicto es escasa. Sin embargo, recientes estudios como la tesis de máster presentada por Hynes (2015) o publicaciones a las que haremos mención en este apartado, sugieren que se trata de un tema que empieza a suscitar interés. Todo ello, refuerza los objetivos marcados en esta tesis doctoral y nuestra motivación de contribuir en el desarrollo de herramientas útiles para el trabajo terapéutico en terapia familiar con progenitores separados en conflicto.

Como hemos descrito en el apartado anterior, la falta de alianza intrasistema se considera una de las principales causas de alianza problemática y es un tema cada vez más tratado en la investigación en psicoterapia. Esta tesis doctoral se enmarca en ese creciente interés y se focaliza en la particularidad de la terapia con progenitores separados en conflicto. Pese a que los estudios suelen incluir el análisis de casos variados, entre los que se incluyen distintos tipos de familias participantes (casos con progenitores juntos, separados, familias monoparentales, etc.), algunas aportaciones han considerado la particularidad de la terapia en situaciones posdivorcio.

Pinsof (1995), destacó la dificultad de establecer la alianza terapéutica con familias *binucleares*, es decir, con progenitores separados. Debido a la frecuente

hostilidad en estas familias, propuso como estrategia clave la flexibilidad del terapeuta. Planteó la idoneidad de realizar sesiones individuales con cada progenitor antes de programar visitas conjuntas, con el objetivo de establecer alianzas adecuadas con cada uno de los miembros de la pareja parental, estrategia que también han sugerido Friedlander et al. (2006a) para el trabajo con familias en conflicto.

Lebow (2008), partiendo de la definición de Pinsof (1994), destaca la falta de alianza intrasistema de estas familias. El autor afirma que, como en toda terapia, el establecimiento de una buena alianza terapéutica en casos con parejas separadas es esencial, pero subraya la complejidad del proceso, especialmente cuando hay una falta de alianza entre los miembros de la pareja. En una serie de propuestas para la *terapia familiar integrativa* con parejas separadas en conflicto, Lebow (2005, 2008; Lebow & Rekart, 2007) destaca la importancia de reparar los desequilibrios en la alianza, para evitar así que la relación favorable con un miembro sea percibida como una alianza en contra del otro. Para ello, se basa en la concepción de *alianza multipartial* de Boszormenyi-Nagi (1974, citado en Lebow & Rekart, 2007), recalcando el esfuerzo que el terapeuta debe realizar en mostrarse imparcial a la vez que afectuoso. Propone el establecimiento de una conexión con cada uno de los miembros de la pareja parental sin emitir juicios de valor y fomentando una sensación de seguridad que permita compartir sentimientos.

La necesidad de establecer alianzas múltiples y equilibradas ha sido destacada también por propuestas centradas en el tratamiento de triangulaciones severas de los hijos en el conflicto parental posdivorcio. En estos contextos, Johnston, Walters, & Friedlander (2001), matizan la necesidad de motivar activamente al progenitor más cercano al hijo, puesto que la participación de éste suele presentar más dificultades que la del progenitor que quiere recuperar la relación con el hijo. Desde la teoría de Linares (2012), se advierte la importancia del proceso inicial de *acomodación* y construcción de una relación significativa que, en familias con relaciones de corte simétrico, debe basarse en la neutralidad del terapeuta, “entendiendo por tal que todos los miembros relevantes del sistema lo perciban como aliado” (p. 177).

El estudio de Friedlander, Heatherington, Johnson y Skowron (1994), aunque no está específicamente focalizado en la alianza terapéutica, tiene implicaciones para el desarrollo de la alianza intrasistema con familias en conflicto. En éste, los autores

realizan una investigación del proceso de cambio positivo en el establecimiento de un compromiso conjunto en la terapia. Para ello, se basan en ocho eventos de cambio, extraídos de casos derivados por un hijo con problemas de comportamiento (entre los que se incluyen motivos como la mala relación con los padrastros o las nuevas parejas de los progenitores). Los resultados proporcionan un modelo centrado en el proceso de cambio que se produce desde una desvinculación de la familia en la terapia hasta la recuperación del compromiso en la terapia. Se identifican cinco pasos: (1) reconocimiento de las contribuciones individuales a la desvinculación, (2) comunicación entre los miembros acerca de los pensamientos y sentimientos sobre la desvinculación, (3) reconocimiento de los sentimientos del otro, (4) nueva definición de la desvinculación y (5) reconocimiento de una motivación para recuperar el vínculo y el compromiso en la terapia. Algunos de los pasos del modelo (concretamente el 1 y el 4) son similares a los que anteriormente habían identificado Heatherington y Friedlander (1990b) en un estudio realizado mediante *Task Analysis* en el ámbito de la terapia familiar estructural.

En un trabajo más reciente, Friedlander, Lee, Shaffer y Cabrera (2014) analizan el caso de una familia cuyos progenitores, separados, mantienen una relación tensa y concretan objetivos opuestos para la terapia. La estrategia terapéutica se basa en la definición de una meta común, reducir la rabia de su hija preadolescente, y en la reformulación del comportamiento rebelde de la hija como reacción a la crisis entre los progenitores. En este estudio también se destaca la importancia de fomentar la sensación de seguridad de la familia en el trabajo con casos en conflicto (Friedlander et al., 2006a).

Aunque no focalizadas en el estudio de casos con progenitores separados, algunas investigaciones sobre terapia familiar con *clientes involuntarios* han incluido también este tipo de casos entre sus participantes. Sotero (2016), basándose en las dimensiones del modelo SOATIF, han mostrado que los terapeutas que trabajan con familias inicialmente reticentes a estar en terapia suelen realizar más contribuciones referentes a fomentar el *Enganche* y el *Sentido de compartir el propósito* en la primera sesión. Aun así, igual que ocurre con los niveles de alianza de las familias (Sotero et al., 2016), las contribuciones tienden a igualarse a partir de la cuarta sesión. Las implicaciones para el trabajo clínico con estas familias destacan la utilidad de que

el terapeuta explore el nivel de presión experimentado por los miembros de la familia. Destacan también la importancia de crear un ambiente seguro y establecer una alianza intrasistema desde el principio de la terapia. En esta misma línea, Friedlander et al. (2006a) también afirman que uno de los primeros objetivos en la terapia con familias en conflicto es conseguir un “*minimally workable Shared sense of purpose* [*Sentido de compartir el propósito mínimamente viable*] (p. 201). Para ello, es importante considerar aspectos como el acuerdo de respeto mutuo, la no imposición de tareas y no permitir los reproches o atribuciones de culpa. Asimismo, citando a Relvas y Sotero (2014), es fundamental “que se consiga co-construir un contexto de intervención colaborativo en el cual todos se sientan implicados” (p.97).

Finalmente, cabe destacar que la revisión de estudios nos permite reforzar que “alianza y técnica [...] no pueden considerarse dos tipos distintos de actividad en terapia. La técnica es una actividad, la alianza es una manera de caracterizar la actividad” (Hatcher & Barends, 2006, p. 294). Defendiendo esta idea, Heatherington, Escudero y Friedlander (en prensa) han ilustrado el solapamiento entre técnica y alianza en un trabajo titulado “*Where the Alliance and Systems Theory Meet: Relationship and Technique in Brief Family Therapy* [Donde la alianza y la teoría se encuentran: relación y técnica en terapia familiar breve]”. Este estudio se basa en un caso de una familia en conflicto cuyos progenitores declaran estar “*emocionalmente divorciados*”. A través de detallados ejemplos extraídos de la práctica clínica, los autores demuestran cómo el plan estratégico del terapeuta no es efectivo si no va acompañado de contribuciones que fomentan la alianza terapéutica.



## 5. Familias y separación conflictiva

---

Un análisis temático de las revistas científicas especializadas en terapia familiar, realizado por Carr (2008), constató un aumento de publicaciones relacionadas con diversos aspectos del proceso de separación en el contexto familiar. De manera coherente con la creciente prevalencia de separaciones conyugales, las investigaciones se han ido ocupando de identificar y comprender los factores predictores de un buen ajuste tras el divorcio a nivel individual, familiar y social.

Considerando la influencia que tiempo, espacio y cultura ejercen sobre la definición de la infancia y el funcionamiento familiar en situaciones de divorcio (James & James, 1999), consideramos importante contextualizar las premisas que nos han guiado como clínicos e investigadores. En este capítulo expondremos los fundamentos básicos del modelo de terapia familiar que hemos empleado en la interpretación de los casos incluidos en esta tesis doctoral.

Dedicaremos el primer apartado a exponer la *Teoría de las relaciones familiares* de Linares (1996, 2002, 2007, 2012). Asimismo, definiremos las *Prácticas Alienadoras Familiares* (Linares, 2015) como una compleja dinámica presente en casos altamente conflictivos. Incluiremos también un apartado para definir la coparentalidad y revisar estudios que demuestran su relación con la salud mental de los hijos. Finalmente, repasaremos varias propuestas que han ofrecido recursos para la terapia familiar en casos con progenitores separados en conflicto.

## 5.1. Teoría de las relaciones familiares

### 5.1.1. Conyugalidad y parentalidad

Linares (2012) define la personalidad como “la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en diálogo entre pasado y presente, y encuadrada por un sustrato biológico y por un contexto cultural” (p.94). Como añade el autor, en el desarrollo de la personalidad juega un papel crucial el fenómeno que él denomina *nutrición relacional* o, dicho de otro modo, la vivencia de ser amado. Se trata de un fenómeno subjetivo y complejo en el que los elementos cognitivos (el pensar), emocionales (el sentir) y pragmáticos (el hacer) que responden a esa estima y valoración, deben ser percibidos como tales por la persona objeto de ellos. Desde esta perspectiva, las experiencias relacionales nutricias constituyen el motor del desarrollo sano del individuo.

La teoría de Linares (1996, 2012) mantiene que el proceso de construcción de la personalidad se ve determinado por la influencia de dos elementos decisivos: la narrativa y la identidad. La narrativa se define como “la atribución de significado a la experiencia relacional” (Linares, 2012, p. 96), mientras que la identidad corresponde a aquellas narrativas que la persona acepta como definitorias de sí misma. De este modo, tanto la narrativa como la identidad, y con ellas la personalidad, se construyen *en relación* y, por lo tanto, desde las experiencias más tempranas del individuo. La *familia de origen* se convierte en un escenario relacional de gran trascendencia, en el que se producen intercambios influyentes sobre el desarrollo narrativo e identitario.

Siguiendo con la teoría de Linares (1996, 2002, 2007, 2012), la dinámica relacional de una familia puede definirse en base a dos dimensiones familiares que reflejan las relaciones que una pareja mantiene entre sí y las que les unen a sus hijos. Éstas son, respectivamente, la *conyugalidad* y la *parentalidad*. Dichas dimensiones representan funciones relativamente independientes, aunque mutuamente influenciadas.

Por un lado, según Linares (2002), la conyugalidad se sustenta en una reciprocidad cognitiva, emocional y pragmática. Es decir, se basa en un acuerdo de la pareja que implica reconocimiento y valoración (elementos cognitivos), cariño y ternura (elementos emocionales) así como aspectos como el deseo y la sexualidad (elementos

pragmáticos). La dimensión conyugal refleja, en definitiva, cómo los miembros de la pareja se relacionan y su capacidad de resolver de modo razonable los conflictos internos. Como añade el autor (Linares, 2012), se trata de una dimensión que no depende del estado civil de la pareja, puesto que, en el caso de producirse una separación conyugal, el contacto por el bienestar de los hijos pasa a situarse en el terreno de la *posconyugalidad*.

Por otro lado, la parentalidad recoge la manera en la que las funciones parentales son ejercidas. De un modo similar a la dimensión conyugal, la relación parento-filial también se sustenta en componentes cognitivos, como el reconocimiento, o emocionales, como el cariño o la ternura. En cuanto a los componentes pragmáticos, Linares (1996, 2012) destaca las funciones de *sociabilización*, mediante las cuales los progenitores ayudan en el establecimiento del contacto del hijo con la sociedad, desde un punto de vista protector (cómo defenderse del entorno) y normativo (cómo tratar a los otros). Éstas funciones no solo se transmiten de un modo discursivo, sino que los progenitores actúan como agentes y vehículos de mensajes de sociabilización.

Ambas dimensiones, conyugalidad y parentalidad, pueden situarse en un *continuum*. De acuerdo con el modelo planteado por Linares (2012), la conyugalidad se puede inscribir entre dos polos: la *armonía* y la *disarmonía*. Del mismo modo, la dimensión parental puede situarse entre un polo positivo, la *conservación primaria*, y un polo negativo, el *deterioro primario*. La parentalidad puede estar primariamente conservada o deteriorada, con una cierta independencia del estado de la conyugalidad, pero también puede verse secundariamente afectada por el impacto de una conyugalidad disarmónica.

Linares (2012) afirma que una conyugalidad (o posconyugalidad) armoniosa y una parentalidad preservada facilitan la construcción de una personalidad madura y equilibrada en los hijos. No obstante, de la combinación de las dos dimensiones también pueden surgir distintas atmósferas relacionales que, en sus versiones negativas más extremas, lleguen a propiciar situaciones de maltrato psicológico familiar y psicopatología.

### 5.1.2. Dinámicas relacionales en la familia de origen

La Figura 3 representa de manera gráfica los cuatro espacios que resultan del cruce de las dos relaciones familiares, parentalidad y conyugalidad (Linares, 1996, 2012). Los cuatro cuadrantes reflejan distintas dinámicas relacionales en la familia de origen y pueden evolucionar a lo largo de las etapas del ciclo vital.

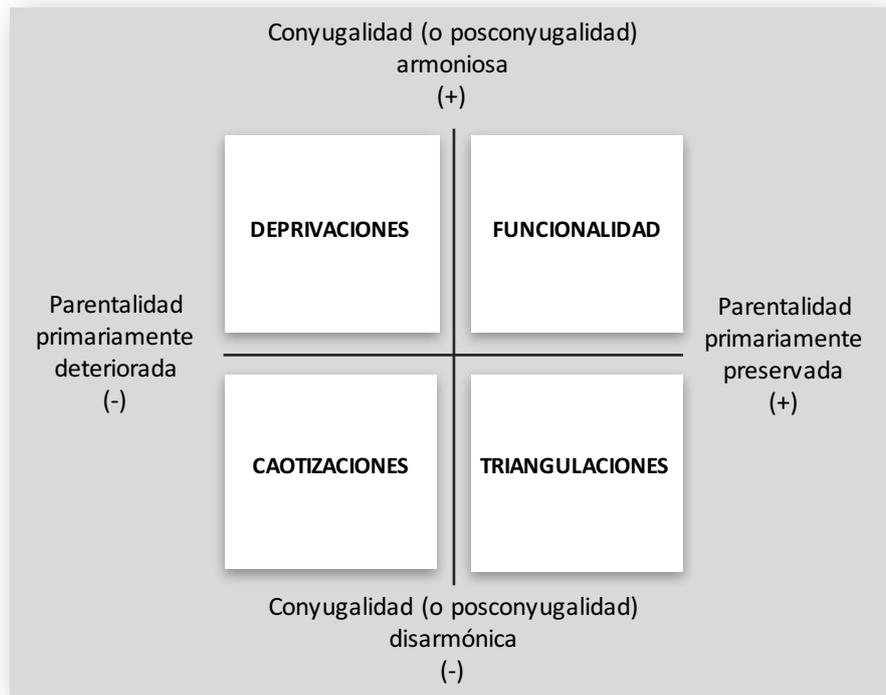


Figura 3. Dinámicas relacionales según el modelo bidimensional de la Teoría de las relaciones familiares de Linares (1996, 2012).

De los cuatro cuadrantes, el situado en la parte superior derecha (Figura 3) es el que corresponde a la *funcionalidad*. Es decir, el contexto relacional caracterizado por una conyugalidad (o posconyugalidad) armoniosa y una parentalidad primariamente preservada es el que ofrece más posibilidades de aportar una nutrición relacional satisfactoria. Bajo tales condiciones, los progenitores tienen una buena capacidad de resolver los conflictos que viven como pareja, mientras que los hijos se sienten queridos, bien tratados y perciben que los progenitores resuelven bien sus diferencias (Linares, 2007, 2012). Sin embargo, como puntualiza Linares (2012), la atmósfera relacional funcional garantiza una condición básica positiva, “pero eso no quiere decir

que otros factores, en el insoslayable contexto de la complejidad eco-sistémica, no puedan interferirla de múltiples maneras” (p. 70).

En el cuadrante superior izquierdo (Figura 3), definido por una conyugalidad armoniosa y una parentalidad primariamente deteriorada, Linares (2012) ubica las *deprivaciones*. Se trata de situaciones relacionales en las que los progenitores, pese a gestionar de manera resolutiva sus conflictos como pareja, desarrollan dinámicas carenciales desde el punto de vista de la nutrición relacional de sus hijos. Las dificultades de los progenitores para cumplir con sus funciones parentales pueden expresarse en niveles desmesurados de exigencia con los hijos que, al no recibir compensación proporcional a sus esfuerzos, pueden desarrollar baja autoestima y culpabilidad. Otra pauta relacional deprivadora se produce ante la existencia de una combinación de rechazo e hiperprotección, en la que los progenitores hacen llegar mensajes contradictorios, sin satisfacer la necesidad de valoración auténtica del hijo. Esta dinámica puede propiciar la aparición de una profunda desconfianza en las relaciones interpersonales.

En el cuadrante inferior izquierdo (Figura 3) se sitúan las *caotizaciones*, enmarcadas en unas condiciones relacionales deficitarias en ambas dimensiones: conyugalidad disarmónica y parentalidad primariamente deteriorada. Los hijos inmersos en situaciones mantenidas de fracaso en la relación conyugal y parental pueden experimentar carencias significativas de nutrición relacional que repercutan negativamente en su desarrollo. No obstante, como detalla Linares (2012), la lógica eco-sistémica impone la aparición de mecanismos compensatorios, tanto internos como externos a la familia, que, ante la carencia relacional, ofrecen recursos alternativos (abuelos, vecinos, instituciones sociales, etc. que son capaces de intervenir de forma adecuada a las necesidades de los hijos). Pese a estar ubicadas en el terreno más carencial, gracias a estos posibles recursos, “las *familias multiproblemáticas* que pueblan mayoritariamente este territorio de las caotizaciones, pueden no evolucionar por las pendientes más destructivas” (Linares, 2015, p.23).

Por último, en el cuadrante inferior derecho (Figura 3) se definen las *triangulaciones*. Éstas se ubican, según Linares (1996, 2012), en un terreno relacional en el que la conyugalidad es disarmónica y la parentalidad está primariamente preservada. En contextos trianguladores, los progenitores se muestran inicialmente

implicados en el bienestar y la salud de sus hijos, pero son incapaces de controlar el impacto negativo de los problemas conyugales. En esa dinámica, se pueden dar situaciones en las que los progenitores impliquen a los hijos en su disputa conyugal, produciéndose una situación de disfuncionalidad. Cuando esto ocurre, la parentalidad inicialmente preservada se deteriora a causa del impacto de la disarmonía conyugal, convirtiéndose en una parentalidad secundariamente deteriorada.

Las triangulaciones han sido un tema de estudio fundamental desde las bases de la terapia familiar sistémica (Hoffman, 1981). Minuchin (1974) introdujo el concepto de *triada rígida* para designar la estructura familiar caracterizada por los límites difusos entre el subsistema parental en conflicto y los hijos. Desde el modelo que en este apartado nos ocupa y como se sitúa en la Figura 3, Linares (1996, 2002, 2012, 2015) describe los cuatro tipos de triangulaciones que a continuación resumimos:

- (1) *Triangulación manipulatoria*. Corresponde a una dinámica en la que los progenitores con dificultades prolongadas en las funciones conyugales, envían mensajes a los hijos requiriendo de algún modo su colaboración. Los hijos pueden experimentar conflictos de lealtades y temor a sufrir pérdidas relacionales significativas. Las triangulaciones no aparecen en todas las situaciones de disarmonía conyugal, ni tampoco responden a acciones conscientes. Se trata de dinámicas evitables mediante el control de las emociones, el conocimiento de las consecuencias negativas y, eventualmente, con el uso de recursos terapéuticos. En sus versiones más extremas, las triangulaciones manipulatorias se han descrito como dinámicas subyacentes a los trastornos neuróticos en los que aparecen síntomas ansiosos como reacción a las propuestas de alianza en el juego relacional de los progenitores.
- (2) *Triangulación desconfirmadora*. Se trata de una modalidad de triangulación en la que se evidencia el fracaso del reconocimiento de uno de los miembros de la tríada o, dicho de otro modo, se manifiesta la negación relacional de su existencia. Teniendo en cuenta una relación de tres personas (A, B y C), en palabras de Linares (2012), “la triangulación desconfirmadora (de B) se arma cuando A niega implícitamente su previa relación privilegiada con B, acaparada por una relación [...] con C” (p. 130). Según la teoría de Linares,

este tipo de triangulaciones suelen situar en la posición desconfirmada a un hijo y, en sus variantes más graves, subyacen al desarrollo de trastornos psicóticos.

- (3) *Triangulación equívoca*. Se produce cuando progenitores muy distanciados consideran que *el otro* se ocupa de las necesidades de la crianza del hijo y, por consiguiente, el hijo se encuentra en territorio de nadie desde el punto de vista relacional. Como puntualiza Linares (2002), es una situación que ocurre más a menudo en familias cuyos progenitores están separados, aunque puede producirse también en familias en convivencia. El contexto carencial hace que con frecuencia se desarrolle una desconfianza de los hijos hacia el mundo adulto y que su sociabilidad se dirija casi exclusivamente hacia los iguales, en una atmósfera relacional estancada en la adolescencia perpetua.
- (4) *Triangulación complementaria*. Linares (2002) ubica este tipo de dinámicas específicamente en situaciones de abuso sexual y, por lo tanto, las define como una excepción con respecto a la regla general que vincula las triangulaciones con las relaciones simétricas de la pareja parental y a la coalición con un tercero (generalmente el hijo). En este caso, la triangulación se establece en un contexto de desigualdad de la pareja parental, cuando uno de los progenitores establece una relación de explotación y favoritismo con el hijo víctima de abusos.

Siguiendo la teoría de las relaciones familiares de Linares (1996, 2002, 2007, 2012), las deprivaciones, caotizaciones y triangulaciones conforman tres fuentes de maltrato psicológico y son los contextos subyacentes en el desarrollo de distintos trastornos psicopatológicos (trastorno depresivo, trastornos de la vinculación social, trastornos psicóticos, etc.).

Con la finalidad de validar empíricamente las hipótesis teóricas de Linares (1996, 2002, 2007, 2012) y sustentar un diagnóstico relacional acorde con su teoría, se ha consolidado una línea de investigación liderada por el GRPF de la FPCEE Blanquerna (URL), centrada en el desarrollo del *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas* (CERFB). En el campo de la evaluación familiar, el

CERFB es actualmente el único instrumento capaz de evaluar y diferenciar simultáneamente la conyugalidad y la parentalidad, discriminando entre dinámicas funcionales y disfuncionales. Fue inicialmente validado en población general española con resultados que han alentado su aplicación clínica (Ibáñez, 2016; Ibáñez, Linares, Vilaregut, Virgili, & Campreciós, 2012). En esta línea de investigación, recientemente se han presentado evidencias de la utilidad del CERFB en la evaluación de la conyugalidad y la parentalidad en los trastornos de la conducta alimentaria (Campreciós, 2016; Campreciós, Vilaregut, Virgili, Mercadal, & Ibáñez, 2014). Asimismo, está en curso la validación y determinación de su aplicabilidad clínica en otras poblaciones tales como los trastornos por consumo de sustancias (Mercadal, Vilaregut, Campreciós, & Virgili, 2013) o los trastornos del espectro psicótico. Paralelamente, el CERFB ha suscitado interés internacional y, siguiendo la misma trayectoria, está pendiente la publicación de la versión italiana (Vilaregut et al., en revisión) y la validación de la traducción portuguesa realizada por Pozzobon, Linares, Argimon, Falceto y Marin (2015).

### 5.1.3. Prácticas Alienadoras Familiares

En una reciente compilación, fundamentada en una amplia casuística y experiencia clínica, Linares (2015) ha desarrollado el concepto de *Prácticas Alienadoras Familiares* (PAF) como una variante incluida en el terreno de las triangulaciones en familias con progenitores separados. Siguiendo con el esquema anteriormente descrito en la Figura 3, las PAF se sitúan en el cuadrante inferior derecho y, por lo tanto, en un contexto definido por una conyugalidad disarmónica y cuyo impacto deteriora secundariamente una parentalidad primariamente preservada. Es decir, en palabras de Linares (2015) “unos padres mal avenidos, que inicialmente se interesaban de forma razonable por el bienestar de sus hijos, pueden sucumbir al deseo de implicarlos como aliados en su lucha por la supremacía en la resolución de los conflictos que los enfrentan” (p. 24). Las PAF se plantean como una reformulación sistémica del polémicamente denominado *Síndrome de Alienación Parental* (Gardner, 1985, 1987, 1992), que a continuación describiremos brevemente a fin de contextualizar la posterior definición de las PAF.

Gardner (1985, 1987, 1992) definió el *Síndrome de Alienación Parental* (SAP) como una alteración que se presenta en procesos de rupturas conyugales conflictivas, en la que los hijos desprecian, censuran, critican y rechazan a uno de sus progenitores, en una valoración negativa e injustificada. Bajo la definición de SAP, los progenitores se constituyen como: *progenitor alienante* y *progenitor alienado*. Según Gardner, la expresión del síndrome se reconoce a través de ocho síntomas primarios: (1) campaña de denigración, (2) justificación débil al desprecio en forma de argumentos irracionales, (3) ausencia de ambivalencia afectiva, (4) aparición del *fenómeno del pensador independiente*, en el que se afirma que la decisión es exclusivamente suya, (5) apoyo incondicional al progenitor alienante, (6) ausencia de culpa hacia la crueldad del rechazo, (7) aparición de argumentos y escenarios prestados y (8) prolongación del rechazo a la familia extensa y entorno del progenitor rechazado. Estos síntomas, a su vez, variarían en función de su intensidad, dando lugar a tres tipos de alienación: ligera, moderada y severa.

Pese a que la definición del SAP fue publicada hace más de 25 años, su polémica se ha mantenido (Bernet & Baker, 2013) y ha sido motivo de debate, principalmente por la petición de algunos autores de incluir el SAP como categoría diagnóstica en la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Asociación Americana de Psiquiatría, APA, 2013). Finalmente, el SAP no se ha considerado un diagnóstico psicopatológico oficial, pero aparecen algunas referencias en el DSM-5 relacionadas con el fenómeno que se describe en situaciones de rechazo de un hijo a mantener contacto con uno de sus progenitores. En el último apartado de la *Sección II: Criterios y códigos diagnósticos*, se ubican *Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica* (APA, 2013, p.715) con especificaciones como *Problema de relación entre padres e hijos*, que recoge las situaciones clínicas en las que el principal objeto es establecer la calidad de la relación, o *Niño afectado por la relación parental conflictiva*, que se aplica cuando el objeto de atención clínica son los efectos negativos que una relación conflictiva entre los padres tiene sobre los hijos de la pareja.

Una de las críticas más severas que recibe el SAP es la falta de literatura científica que sustente su definición. Existe también otra línea crítica que apunta precisamente al riesgo iatrogénico del discurso científico en torno al SAP, basada, por ejemplo, en teorías foucaultianas del discurso (Blank & Ney, 2006).

Respondiendo al malestar que se genera a propósito de la definición del SAP, algunos estudios se han centrado en recoger la opinión de los profesionales involucrados en su manejo tanto jurídico como terapéutico. Baker (2007), en una encuesta realizada a 106 profesionales, ha observado un consenso general relacionado con la importancia de evaluar el SAP, así como aspectos de desacuerdo principalmente relacionados con su inclusión como categoría diagnóstica. Bow, Gould y Flens (2009), en una encuesta realizada a 448 profesionales, constatan un firme rechazo a la admisibilidad del concepto de SAP. En un estudio cualitativo de las vivencias de psicólogos trabajando con casos de alienación parental, Viljoen y Van Rensburg (2014) concluyen que los participantes definen su trabajo como complejo y destructivo, llegando a ser motivo de abandono en algunas ocasiones, por las dificultades comunes en la casuística y por la frustración generada a raíz de la constante controversia, entre otros factores. Investigaciones anteriores ya habían evidenciado este mismo impacto negativo (Garber, 2004).

En una reciente revisión de las publicaciones que han incluido los términos *Parental Alienation Syndrome* (PAS) y/o *Parental Alienation* (PA) entre los años 1985 y 2014, hemos podido concluir que, pese a ser una cuestión marcada por la controversia, es un tema de investigación recurrente, hecho que refleja una inquietud de los profesionales involucrados en casos con progenitores separados en conflicto. En esta misma revisión y tras analizar algunas características de las investigaciones empíricas incluidas, hemos podido concluir la falta de estudios que contemplen el fenómeno desde una óptica relacional e incorporen aportaciones basadas en la dinámica familiar en su conjunto (Günther et al., en prensa).

No obstante, en la literatura científica se encuentran revisiones críticas del SAP que apuestan por reformulaciones basadas en enfoques de orientación sistémica. Es el ejemplo de la propuesta de Kelly y Johnston (2001) titulada *The Alienated Child. A Reformulation of Parental Alienation Syndrome* [El niño alienado. Una reformulación del Síndrome de Alienación Parental]. Tras una detallada exposición de las contribuciones que pueden consolidar el fenómeno de la alienación, las autoras concluyen que no hay un único factor (como la manipulación de uno de los progenitores) que explique el rechazo de un hijo a mantener una relación previamente aceptada y significativa. Por el contrario, defienden que se trata de un fenómeno

complejo y multifactorial que requiere de una evaluación particular para cada hijo y familia.

Siguiendo con la visión sistémica y volviendo a la propuesta de Linares (2015), las PAF se definen como una variante en la manipulación trianguladora de los hijos en situaciones de separación conflictiva. Desde esta reciente reformulación, se propone abandonar la denominación de SAP por dos razones fundamentales. En primer lugar, porque las conductas descritas bajo esa denominación no cumplen los requisitos epistemológicos de síndrome (al no ser un conjunto de signos observables y síntomas experimentados por el individuo). En segundo lugar, por representar un sesgo reduccionista y parcial que establece un progenitor *bueno* (alienado) y otro *malo* (alienante). En consecuencia, Linares (2015, p. 40) define las PAF como un conjunto de situaciones relacionales caracterizadas por las siguientes premisas:

- (1) Actuaciones disfuncionales de ambos progenitores que, en ausencia de una pauta específica de maltrato físico, se constituyen respectivamente en “manipulador exitoso” (el alienador) y “manipulador fracasado” (el alienado).
- (2) Colaboración activa del hijo o los hijos, en progresiva dinámica de desconfianza, rechazo y huida hacia adelante.
- (3) Intervención partidista de miembros de las familias extensas.
- (4) Estimulación del conflicto por profesionales (abogados, jueces, psicólogos, etc.).
- (5) La responsabilidad de los distintos actores del juego alienador (padres, hijos, familiares y profesionales) varía en cada caso.

León, Franch y Linares (2015) en un estudio de caso específicamente focalizado en las PAF, concluyen varios factores característicos de esta dinámica familiar. En primer lugar, señalan una falta de proyecto común de la pareja y un deterioro rápido de la misma. En segundo lugar, identifican incompatibilidades en los modelos parentales ejercidos por ambos progenitores que, además, son vividos con una fuerte carga emocional. En tercer lugar, destacan el funcionamiento destructivo entre la pareja parental, sostenido por el uso de intermediarios litigantes. En cuarto lugar, subrayan las

creencias rígidas de la familia que mantienen el conflicto. En quinto lugar, demuestran la presencia de triangulaciones manipulatorias que, centradas en los desacuerdos en el ejercicio de la parentalidad, favorecen la aparición de un conflicto de lealtades en el hijo. En sexto y último lugar, concluyen que el hijo utiliza estrategias para adaptarse al conflicto familiar, fundamentalmente dirigidas a verificar la lealtad de sus progenitores.

A partir de la reformulación propuesta por Linares (2015), varios autores han presentado estrategias de intervención específicas para casos con dinámicas alienadoras. Éstas, juntamente con aportaciones más generales, serán presentadas más adelante en el apartado 5.3. *Terapia familiar con progenitores separados en conflicto*.

## 5.2. Coparentalidad

### 5.2.1. Definición y dimensiones de la coparentalidad

Partiendo de los componentes básicos de la teoría de Linares (1996), parentalidad y conyugalidad, Bolaños (2015) sitúa la coparentalidad como una dimensión de la parentalidad que también puede inscribirse en un *continuum* y estar más o menos conservada o deteriorada. En un reciente estudio de revisión, Lamela y Figueiredo (2016) destacan que, al tratarse de un constructo relativamente nuevo en psicología, no existe una única definición para el término *coparentalidad*. Una de las definiciones más ampliamente utilizadas es la de Feinberg (2003), que la describe como la manera en la que los progenitores y/o las figuras parentales colaboran y se relacionan entre sí al ejercer el rol parental. De manera similar, McHale (2007) conceptualiza la coparentalidad como el proyecto compartido entre las personas mutuamente responsables de la crianza de un hijo.

Pese a los matices, las distintas propuestas coinciden en enfatizar el hecho de que el ejercicio de la coparentalidad implica una responsabilidad compartida entre adultos en relación a la crianza de los hijos, independientemente de si estos son los progenitores biológicos o adoptivos, miembros de la familia extensa, parejas homosexuales o heterosexuales, parejas casadas, separadas, etc. (Feinberg, 2003; Lamela & Figueiredo, 2016; Marsanic & Kusmic, 2013; McHale, 2007). Algunos autores se han referido a la relación coparental con otros términos como *shared*

*parenting* (Deutsch, 2001), *parenting partnership* (Floyd & Zmich, 1991) o *parenting alliance* (Weissman & Cohen, 1985).

La terapia familiar sistémica ha representado tradicionalmente a las familias como sistemas complejos, compuestos por distintos subsistemas (parental, conyugal, fraterno, etc.). En efecto, el concepto de *coparentalidad* emerge de la noción de *subsistema ejecutivo* de Minuchin (1974), haciendo referencia a la gestión conjunta de las cuestiones que conciernen a la parentalidad compartida, pero separándose de los aspectos de la pareja (ya sean románticos, sexuales, emocionales, financieros, legales, etc.) que no mantienen relación con la crianza de los hijos (Feinberg, 2003). En esta línea, varios estudios demuestran que la coparentalidad es una dimensión con efectos específicos sobre el desarrollo de los hijos, incluso cuando se controlan otras variables como el nivel de estrés familiar, los estilos parentales individuales o la calidad de la relación conyugal (Caldera & Lindsey, 2006; Karreman, Van Tuijl, Van Aken, & Dekovic, 2008; Kolak & Vernon-Feagans, 2008; Teubert & Pinguart, 2010).

Mientras que la parentalidad describe los estilos y prácticas que cada figura parental aporta individualmente en su interacción con los hijos, la coparentalidad se focaliza en la dinámica relacional interparental referente al cuidado de los hijos comunes (Teubert & Pinguart, 2010). Dicho de otro modo, como sugieren Lamela & Figueiredo (2016) y como hemos representado gráficamente en la Figura 4, la parentalidad se relaciona con los intercambios verticales entre dos subsistemas familiares distintos (subsistema parental y subsistema filial) y la coparentalidad se refiere a los intercambios horizontales entre dos adultos socialmente responsables del desarrollo de uno o más hijos.

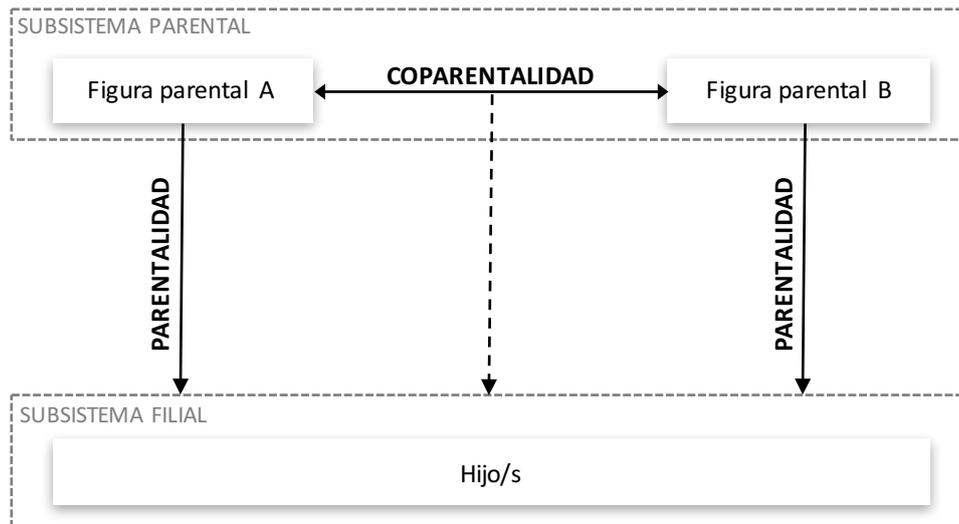


Figura 4. Representación de la relación parental y la relación coparental

El concepto de coparentalidad ha sido descrito como un constructo multidimensional por varios autores. Por ejemplo, Feinberg (2003) representa la coparentalidad a través de cuatro dimensiones interrelacionadas: (1) acuerdo/desacuerdo en los asuntos relacionados con la crianza, (2) división de las tareas relacionadas con la crianza, (3) apoyo/desautorización entre los padres, (4) manejo conjunto de las interacciones familiares. En una línea parecida, Margolin, Gordis y John (2001), han proporcionado evidencias que respaldan un modelo de coparentalidad basado en tres categorías: (1) cooperación, (2) conflicto y (3) triangulación. Integrando las distintas propuestas teóricas, Teubert y Pinquart (2010) proponen un modelo sustentado en las cuatro categorías que a continuación definimos.

- (1) *Cooperación*: grado en el que las figuras intercambian información sobre el hijo, se proporcionan apoyo y respeto el uno al otro y le comunican al hijo un clima de lealtad mutua.
- (2) *Acuerdo*: grado de similitud y acuerdo entre las respuestas de ambas figuras parentales ante temas relacionados con los hijos.
- (3) *Conflicto*: grado de discusión o pelea en referencia a la crianza de los hijos, así como el grado en el que se desautoriza o debilita a la otra figura parental a través de la crítica, menosprecio o la culpa.

- (4) *Triangulación*: incluye la formación de coaliciones entre el hijo y una de las figuras parentales y la involucración del hijo en los conflictos parentales.

### 5.2.2. Asociación entre coparentalidad y salud mental de los hijos

Las investigaciones son consistentes en afirmar la asociación entre la calidad de la relación coparental y el ajuste psicológico de los hijos (Lamela & Figueiredo, 2016). La relación entre las dos variables ha sido estudiada a lo largo de las principales etapas del desarrollo de los hijos. Concretamente, en edades preescolares, se ha demostrado que las relaciones coparentales deficitarias influyen en aspectos como la inhibición (Belsky, Putnam, & Crnic, 1996), la obediencia (Lindsay & Caldera, 2005), conductas de tipo externalizante (McHale & Rasmussen, 1998; Schoppe, Mangelsdorf, & Frosch, 2001) o internalizante (Jacobvitz, Hazen, Curran, & Hitchens, 2004). Asimismo, en edades escolares, varios estudios han encontrado relación entre carencias en la coparentalidad y problemas de atención en los hijos u otros síntomas tanto externalizantes como internalizantes (Jones, Shaffer, Forehand, Brody, & Armistead, 2003; Stright & Neitzel, 2003). En etapas adolescentes, las evidencias también demuestran que aspectos como el nivel de conflicto de los progenitores es un predictor de conductas de riesgo o antisociales de los hijos (Baril, Crouter, & McHale, 2007; Feinberg, Kan, & Hetherington, 2007) y con efectos sobre la percepción de los hijos acerca de la satisfacción con la vida (Teubert & Pinquart, 2011). En la misma línea, el estudio de Buehler y Welsh (2009) permite afirmar que las dinámicas de triangulación se asocian con problemas internalizantes en los hijos en edad adolescente.

Teubert y Pinquart (2010) han publicado el primer meta-análisis que evalúa la asociación entre la calidad de la relación coparental y el ajuste psicológico de los hijos. Basándose en 59 estudios, han comprobado la relación de cuatro dimensiones de la coparentalidad (cooperación, acuerdo, conflicto y triangulación) y el ajuste psicológico de los hijos, diferenciando entre cuatro factores como resultado (síntomas internalizantes, síntomas externalizantes, funcionamiento social y apego). El meta-análisis permite concluir que las distintas dimensiones de la coparentalidad son un predictor de buenos resultados (explicando entre un 1 y un 6% de la varianza). Especialmente, los niveles altos de cooperación y niveles bajos de conflicto coparental están asociados con una mejor salud mental de los hijos, ya sea en la etapa infantil o la

adolescencia. Aunque con tamaños del efecto pequeños, los resultados significativos se mantienen incluso después de controlar otros factores como la parentalidad individual o la calidad de la relación conyugal de la pareja parental.

Como hemos mencionado, el ejercicio de la coparentalidad existe más allá de si las figuras parentales mantienen también una relación conyugal. No obstante, las relaciones familiares son mutuamente influenciadas y dependientes del contexto. En situaciones posdivorcio, la percepción de que el otro progenitor ayuda en la crianza de los hijos se relaciona con la adaptación al divorcio y, especialmente, con su propia disposición a la coparentalidad (Yárnoz-Yaben, 2010). En esta línea, cada vez más investigaciones se centran en el estudio específico de la coparentalidad tras la separación de las figuras parentales y los factores que influyen en el desarrollo de los hijos en común.

El divorcio, como proceso de transición caracterizado por cambios estructurales, sociales y emocionales, se ha asociado con el ajuste psicológico de los hijos (Lansford, 2009; Nunes-Costa, Lamela, & Figueiredo, 2009). Actualmente, es ampliamente reconocida la conceptualización del divorcio como un proceso que empieza antes de la separación física y puede continuar después. Aunque, durante décadas, la separación parental se consideró una situación traumática, la creciente producción científica ha permitido concretar los factores que influyen negativamente en los hijos, identificando la exposición al conflicto interparental como uno de los más significativos (Arch, 2010). En esta línea, hay estudios que coinciden en destacar que las consecuencias psicológicas de los hijos tras la separación de sus progenitores no se deben al fin de la relación, sino a la dinámica y al ambiente familiar hostil que en ocasiones se genera en dichos contextos (Hetherington et al., 1998; Kelly & Emery, 2003).

Pese a que algunos estudios generales sobre coparentalidad incluyen parejas separadas entre sus participantes, una reciente revisión de Lamela y Figueiredo (2016) se ha focalizado únicamente en los estudios empíricos sobre coparentalidad tras la ruptura de la relación conyugal. En concordancia con los estudios sobre coparentalidad en parejas en convivencia, los autores concluyen que existe una asociación significativa entre la relación coparental de progenitores separados e indicadores generales de salud mental en los hijos (niños, adolescentes o adultos jóvenes). Concretamente, se destacan aportaciones como la de Macie y Stolberg (2003), cuyo estudio afirma que el

comportamiento coparental tras la separación explica entre un 15 y un 36% de la varianza de los indicadores como: problemas del comportamiento, autoestima, comportamiento antisocial o la presencia de síntomas ansiosos y depresivos. Del mismo modo, subrayan las conclusiones del estudio de Trinder, Kellet y Swift (2008), que respaldan la idea de que el bienestar psicológico de los hijos depende más de la buena relación de la pareja parental y la confianza mutua en las capacidades de crianza que de otros factores como el tiempo que el hijo pasa con cada uno de los progenitores.

La revisión sistemática de Lamela y Figueiredo (2016) también pone de manifiesto que la exposición al conflicto parental es la dimensión de la coparentalidad más fuertemente asociada con problemas de carácter externalizante a través de los distintos estudios. Como exponen Amato, Kane y James (2011), los adolescentes cuyos progenitores separados mantienen patrones de coparentalidad conflictivos suelen mostrar más problemas de comportamiento cuando son comparados con casos con progenitores con coparentalidad de tipo cooperativo. En la misma línea, varias evidencias afianzan la relación entre altos niveles de conflicto u hostilidad entre los progenitores separados y distintos problemas en los hijos, como somatización (Fabricius & Luecken, 2007) o bajos niveles de autoestima y dificultades para establecer relaciones íntimas en la edad adulta (Gasper, Stolberg, Macie, & Williams, 2008; Lau, 2007).

En definitiva, los distintos estudios destacan la importancia de considerar la relación coparental como un mecanismo crucial dentro del sistema familiar y con una clara influencia en el mantenimiento del bienestar psicológico de los hijos tras la separación de sus progenitores.

### **5.3. Terapia familiar con progenitores separados en conflicto**

De acuerdo con los datos presentados en el apartado anterior, las consecuencias negativas de una separación parental no deben ser atribuidas exclusivamente al fin de la relación, sino a una mala gestión de los posibles conflictos derivados. De hecho, desde el ámbito de la terapia familiar sistémica, se ha incorporado la ruptura de la pareja como una fase del ciclo vital familiar (Carter & McGoldrick, 1989). Se entiende, además, que un cierto grado de conflicto es inevitable en toda relación de pareja y su gestión puede

llegar a suponer beneficios en la relación (Gottman & Levenson, 2000; Gottman & Driver, 2005). No obstante, en algunos casos el conflicto se estanca en un nivel que resulta perjudicial para sus implicados directos e indirectos. Mitcham-Smith y Henry (2007) apuntan que un 8-12% de las parejas que se separan mantienen altos niveles de conflicto continuo, pasados tres años desde la separación. Por ello, consideramos importante concretar una definición de *conflicto*, separando aquellos niveles potencialmente nocivos de aquellos que se consideran intrínsecos a las relaciones familiares y a la gestión razonable de determinados procesos de transición como es la separación conyugal.

En un artículo dedicado a definir el concepto *high-conflict* (alta conflictividad), Anderson, Anderson, Palmer, Mutchler y Baker (2011) destacan el creciente interés por este campo de estudio. Los autores sugieren situar el conflicto a lo largo de un *continuum* cuyo extremo menos conflictivo contendría a las parejas más centradas en temas concretos y menos en el otro miembro de la pareja. En ese escenario, los problemas son negociados y resueltos por adultos responsables de su participación en la disputa y con confianza mutua. A medida que se avanza en el *continuum*, el foco se va dirigiendo más hacia la pareja y menos hacia otros motivos, con el consiguiente aumento de sentimientos como frustración, pesimismo o resentimiento. En el extremo de mayor conflictividad, se situarían los casos con menos intercambios positivos, en los que predominan sentimientos de impotencia, rabia y venganza hacia el otro miembro de la pareja. Anderson et al. (2011) proponen definir los casos con *alta conflictividad* a partir de dos grupos de atributos distintivos (p.16):

- (1) *Intercambios negativos generalizados*: caracterizados por recurrentes patrones de comunicación destructiva, actitud defensiva y de contra-ataque, dinámica de escalada en el conflicto, rechazo de los intentos de cambio continuos y atribuciones negativas.
- (2) *Ambiente hostil e inseguro*: afectos intensamente negativos, falta de seguridad, desconfianza mutua, reactividad emocional, triangulación y enredo.

Las parejas enmarcadas en situaciones de alta conflictividad consumen un gran número de recursos asistenciales. A menudo, los progenitores en conflicto tras un proceso de separación delegan en el sistema judicial las decisiones que les corresponden

como adultos socialmente responsables de sus hijos, aunque los profesionales coinciden en afirmar que es mejor que esas decisiones puedan ser tomadas de manera conjunta por los progenitores (Blaisure & Geasler, 1996). Según Neff y Cooper (2004), los procesos de alta conflictividad representan un 10% de la población que atiende el juzgado de familia y ocupan hasta un 90% de su tiempo. En este contexto, se ha experimentado la introducción y adaptación de nuevos roles, entre los que se encuentran profesionales de la salud mental. Como consecuencia de una evolución hacia una mirada más sistémica en los procesos legales sobre la custodia de los hijos, Emery et al. (2014) identifican actitudes más colaborativas por parte de los jueces y abogados, así como la inclusión de expertos en terapia familiar. Entre esta misma línea, Anderson et al. (2011) defienden la perspectiva sistémica como un foco idóneo para proporcionar atención clínica a dicha población, en caso de ser necesaria.

El campo de la mediación familiar ha sido tradicionalmente uno de los más prolíficos en el desarrollo de estrategias específicas para la resolución de conflictos posdivorcio (p. ej., Bolaños, 2000, 2008; Kelly, 2004; Emery, Sbarra, & Grover, 2005). A propósito de la introducción de distintos profesionales en la red asistencial que atiende a dichas familias, varios autores se han encargado de delimitar sus competencias, recursos y ámbitos de actuación. Katz (2006), por ejemplo, destaca las similitudes y diferencias básicas entre dos de los roles profesionales más comunes en la intervención familiar con parejas parentales en divorcios conflictivos: el mediador y el terapéutico. Una de las diferencias principales radica en el hecho de que “la mediación está diseñada para ayudar a la gente a tomar decisiones que pueden escribirse en un documento legal” (Katz, 2006, p. 96), mientras que ese no suele ser el objetivo principal en un contexto de terapia familiar. En la Tabla 3 se resume su propuesta de diferenciación básica entre las dos disciplinas.

Tabla 3

*Diferencias entre Terapia y Mediación (traducido de Katz, 2006, p. 96)*

	<b>Terapia</b>	<b>Mediación</b>
<b>Implica a las dos partes</b>	A veces	Siempre
<b>Objetivos</b>	Varían	Claramente definidos
<b>Insight</b>	Usado por los terapeutas y obtenido a través del cliente	Utilizado por el mediador para enmarcar y resolver temas
<b>Acercamiento histórico al problema</b>	A veces se utiliza el pasado para entender el problema	El pasado se usa para descubrir ejemplos de soluciones
<b>Sentimientos</b>	Respetados y a menudo trabajados	Respetados y reconocidos
<b>Utiliza un modelo de recursos</b>	A menudo	Siempre
<b>Uso de genogramas</b>	Multigeneracionales	Focalizados en las partes relevantes

A pesar de la distinción entre los procesos de terapia y mediación, ambos enfoques comparten herramientas potencialmente útiles en la intervención con familias en conflicto y así se refleja en el surgimiento de modelos híbridos, como la terapia mediadora o mediación terapéutica. Autores como Kruk (2011) afirman que un enfoque terapéutico en la mediación familiar ofrece una alternativa eficaz al planteamiento tradicional de la mediación y puede comportar la clave para alcanzar el establecimiento de una relación parental igualmente compartida.

Dentro del ámbito de actuación de los terapeutas familiares, Emery et al. (2014) señalan el reciente desarrollo de planteamientos específicos para atender a las dificultades que se presentan tanto a nivel emocional como en el ejercicio de la coparentalidad tras un divorcio, especialmente en aquellas familias en las que se instaure un alto nivel de conflicto. Distintos autores han contribuido a ofrecer recursos para la intervención familiar, tanto en formato conjunto como individual, dependiendo de si la situación permite reunir a la familia nuclear garantizando el bienestar del menor (O’Gorman, 2011).

Desde una perspectiva sistémica, asumimos que la noción de causalidad circular es imprescindible para analizar el funcionamiento disfuncional en una familia y romper las dinámicas que mantienen el problema. Así, nuestro principal interés como terapeutas no es averiguar si primero se dieron las dificultades del hijo y luego el conflicto coparental, sino encontrar puntos que permitan romper esos patrones circulares que

perpetúan el malestar. En concordancia, utilizamos todas aquellas estrategias terapéuticas disponibles. Pese a que consideramos que la lista de recursos para trabajar con familias con un hijo en riesgo y progenitores que mantienen un conflicto puede llegar a ser tan larga como la lista de recursos descritos a lo largo de la historia de terapia familiar, a continuación, nos centraremos en destacar algunas aportaciones recientes, planteadas para el trabajo específico con dichos casos.

Lebow (2003, 2005; Lebow & Rekart, 2007) ha presentado un modelo de intervención, centrado en las dificultades que presentan los casos de terapia familiar con progenitores separados en conflicto: el *Integrative Family Therapy approach targeted to disputes over child custody and visitation* (IFT-DCCV). El modelo parte de una serie de premisas básicas, tres de ellas referentes a la naturaleza de las dificultades de los casos a los que se dirige: (1) la base bio-psico-social del comportamiento, (2) la importancia del contexto y las dinámicas de causalidad circular y (3) la importancia de la psicopatología o fuentes de dificultad individuales que a menudo presentan las personas involucradas en estos casos, incluyendo trastornos de personalidad, maltrato, depresión o abuso de sustancias. De este modo, el autor subraya la importancia de tener en cuenta tanto las influencias individuales como las de carácter sistémico que intervienen en la creación de estos problemas. Además de las tres premisas mencionadas, el IFT-DCCV sugiere nueve áreas clave para la intervención familiar:

- (1) Atribuciones negativas que rigen las interacciones familiares
- (2) Falta de habilidades parentales
- (3) Problemas de comunicación
- (4) Desbordamiento emocional en las interacciones familiares
- (5) Dificultades de los progenitores para separar sus necesidades de las de sus hijos
- (6) Cuestiones referentes a las nuevas parejas de los progenitores
- (7) El legado multigeneracional y la influencia de la familia extensa
- (8) La política de género y el trabajo con los estereotipos en referencia a los roles parentales
- (9) La relación de su comportamiento con el sistema legal

Las recomendaciones de IFT-DCCV empiezan con la creación de un marco terapéutico con la familia. En la fase inicial, como explican Lebow y Rekart (2007),

“forjar una alianza terapéutica satisfactoria es crucial con estas familias” (p.81). Asimismo, evidencian la importancia de aspectos iniciales como considerar los distintos formatos de terapia, el trabajo con más de un terapeuta, establecer objetivos y ayudar a las familias a entender su rol en la dinámica problemática y, por lo tanto, su contribución al posible cambio. Considerando los múltiples niveles en los que suele ubicarse la dinámica problemática, recomiendan dirigir la intervención inicial a las áreas principalmente conflictivas y sobre las cuales la familia vaya a aceptar mejor la intervención. Proponen las seis estrategias de intervención que a continuación resumimos.

En primer lugar, Lebow y Rekart (2007) plantean la psicoeducación acerca de distintos aspectos como: el posible conflicto de lealtades experimentado por los hijos, la importancia de tener presentes las necesidades del hijo, el desarrollo de habilidades parentales o entender y evitar los procesos de escalada simétrica en las discusiones de la pareja parental. En la misma línea, varios autores han apoyado la utilidad de intervenciones psicoeducativas en el trabajo con familias tras una separación conflictiva (p. ej., Arbuthnot & Gordon, 1996; Goodman, Bonds, Sandler, & Braver, 2004; Owen & Rhoades, 2012; Schifflett & Cummings, 1999; Whitehurst, O’Keefe, & Wilson, 2008). En segundo lugar, sitúan el establecimiento de métodos de comunicación para facilitar el funcionamiento familiar coordinado entre la vivienda de uno de los progenitores y la del otro. En tercer lugar, potencian el desarrollo de habilidades para desvincularse, es decir, se trabajan estrategias para responder de manera respetuosa y no conflictiva. El terapeuta facilita que los miembros de la familia entrenen las habilidades proponiendo ejercicios como el *role-playing*. En cuarto lugar, el IFT-DCCV utiliza intervenciones típicas de la mediación, como las técnicas para promover la negociación. Éstas se focalizan en estructurar los esfuerzos para solucionar el problema y alcanzar soluciones consensuadas. En quinto lugar, remarcan el trabajo con los sentimientos. Los autores recuerdan que la terapia con familias en procesos de separación conflictiva implica no olvidar la presencia de sentimientos de pérdida, traición, rabia y tristeza. Dependiendo de las necesidades de cada familia, el trabajo con las emociones se ubica en sesiones conjuntas e individuales. Finalmente, en sexto lugar, los autores destacan la importancia del cambio en las narrativas. Las atribuciones negativas de significados juegan un papel esencial en la dinámica de estas familias. Los progenitores separados en conflicto suelen mantener un círculo vicioso entre creencias e interpretaciones negativas

acerca del otro. Desde la propuesta del IFT-DCCV, el terapeuta trabaja activamente para reformular nuevas narrativas que no sean destructivas o basadas en la culpa.

Igual que destaca el modelo IFT-DCCV, varios autores han remarcado la importancia del enfoque narrativo. Bolaños (2008), en un análisis sobre los territorios del conflicto con progenitores separados, explica que “el territorio narrativo de su conflicto tiene que ver con el discurso (interno y externo) que cada uno de ellos ha construido sobre su relación de pareja, la resolución de la misma, la relación propia del otro con los hijos o las posibles opciones y soluciones ante los temas que se deben decidir” (p. 126). Como técnicas de intervención, Bolaños (2008) propone la reformulación, la legitimación y la construcción de historias alternativas.

Blow y Daniel (2002) han explorado el proceso de desarrollo de nuevas narrativas tras la separación, observando que éstas se vuelven más rígidas o *congeladas* (*frozen narratives*) como resultado del litigio judicial. En el contexto de separaciones conflictivas, es común escuchar a personas que han reescrito sus historias y, en base a éstas, han reevaluado sus relaciones. De esta manera, la resistencia a permitir alguna variación en la narrativa puede ser entendida como una manera de amparar, proteger o justificar las decisiones que han tomado o las acciones que han tenido lugar tras la separación. Además, Blow y Daniel (2002) destacan un interesante aspecto que hace referencia a la influencia del contexto legal, en el que aferrarse a una misma versión es crucial para los participantes y a menudo fomentada por profesionales. Desde la perspectiva del construccionismo social, los autores presentan una intervención terapéutica basada en considerar y mostrar las múltiples realidades de la familia, al mismo tiempo que explícitamente se centra la posición del hijo y se amplifica su voz.

Bernstein (2007) ofrece una necesaria reflexión sobre la influencia del discurso público acerca de la separación. Centrándose en las implicaciones para la práctica clínica, plantea el peligro de acatar determinadas creencias que problematizan la separación bajo el paradigma de los “hijos del divorcio” (*Children of Divorce*). Por un lado, en el caso de los hijos, ese discurso popular puede reforzar la posición del divorcio como evento central sobre el que instalar las narrativas identitarias y, como tal, puede tener un efecto de validación y opresión al mismo tiempo. Es decir, puede ofrecer una explicación que de algún modo ofrezca confort, pero que no permita la exploración de nuevas alternativas. Por otro lado, en el caso de los progenitores, puede intensificar

sentimientos de culpa o remordimiento, perjudicando la habilidad para desarrollar sus funciones parentales de manera efectiva y llevando a los padres a preguntarse si cada una de las dificultades que experimenta el hijo puede ser atribuible al divorcio. Según Bernstein (2007), “un elemento importante de la terapia con estas complejas familias tras la separación es ayudar a sus miembros a pensar más allá de sus ideas preconcebidas acerca de cómo se supone que debe ser una familia. [...] En contraposición a lo predicado por las narrativas sobre los *hijos del divorcio*, el final de la familia original no significa necesariamente el fin de la vida familiar” (p.71).

Como ilustramos recientemente a través de un estudio de caso, cuando existen dinámicas de triangulación y rechazo del hijo a mantener contacto con uno de los progenitores, el trabajo con las narrativas ofrece la posibilidad de identificar puntos sobre los que reparar las vivencias de pérdida. El análisis de las concepciones y creencias socio-históricas acerca de la *pareja* y la *separación* permite la negociación y construcción de versiones alternativas. De este modo, resulta útil plantear la terapia como un espacio que ayude a reinterpretar los acontecimientos relacionados con la experiencia de separación (Günther et al., 2015).

Ramisch, McVicker y Sahin (2009) han presentado un trabajo terapéutico basado en una variación de la conocida técnica desarrollada por De Shazer (1988) bajo el nombre de “la pregunta del milagro” (*the Miracle Question*). A través de esta concreta intervención, el terapeuta puede ayudar a los progenitores a confiar en su habilidad para ejercer conjuntamente la coparentalidad y, consecuentemente, guiar a los hijos en el período de transición que supone la separación parental. Ramisch et al. (2009) afirman que “la terapia debe focalizarse en la mejor manera de ayudar a los progenitores a redefinir su nueva relación y aportar claridad al proceso de separación” (p.483). Otros autores han destacado la importancia de separar los roles conyugal y parental tras una separación (Emery, 1994) y tomar conciencia de la identidad como coprogenitores (Bolaños, 2015).

Centrándose en aquellos casos en los que se produce un rechazo del hijo a mantener relación con uno de los progenitores, se ha presentado el modelo llamado *Multi-Model Family Intervention* (MMFI, Friedlander & Walters, 2010; Johnston, Walters, & Friedlander, 2001). En un artículo centrado en exponer las distintas

intervenciones clínicas del MMFI, Walters y Friedlander (2010) destacan los siguientes componentes esenciales:

- (1) Crear un espacio intermedio y neutral en el que el terapeuta parta de la premisa de que, bajo las condiciones más favorables, el hijo no debería escoger entre uno de los dos progenitores.
- (2) Manejar la confidencialidad y los secretos para facilitar la expresión de sentimientos, pensamientos y experiencias.
- (3) Mantener el foco principal en el desarrollo, sentimientos y necesidades del hijo.
- (4) Proporcionar al hijo una perspectiva alternativa acerca del adulto y la familia, aprovechando el rol externo del terapeuta.
- (5) Ayudar a desarrollar y/o mejorar las habilidades parentales.
- (6) Utilizar distintas intervenciones clínicas con la familia, guiadas por la valoración que el terapeuta haga de cada familia. En aquellos casos en los que el contacto entre los miembros de la familia sea nulo, es necesaria una fase de preparación a la que solo asistan el hijo con el progenitor con el que mantiene una relación cercana, para gradualmente ir introduciendo la presencia del otro progenitor en sesiones conjuntas.
- (7) Trabajo en equipo. La colaboración con otros profesionales como un *Coordinador de la Parentalidad* puede reforzar los esfuerzos del terapeuta por reestablecer la relación entre el hijo y el progenitor. El trabajo conjunto entre los profesionales involucrados en el caso puede facilitar el intercambio de información útil y de sugerencias que permitan garantizar el bienestar del hijo.

Linares (2012) expone dos tipos de intervenciones en relación a las dinámicas familiares trianguladas, características de las PAF en contextos de divorcio litigioso (Linares, 2015). En primer lugar, sobre la organización triangulada, propone *estrategias destrianguladoras* como el uso de la alianza terapéutica para desactivar las triangulaciones disfuncionales y convertirlas en una red de efectos positivos en la que

participen todos los miembros relevantes de la familia. Asimismo, plantea la utilidad de la *construcción de diadas* o la *consolidación de subsistemas* con el objetivo de revitalizar relaciones fluidas y fomentar vínculos solidarios. En segundo lugar, sobre el terreno de las mitologías manipuladoras, propone *estrategias negociadoras*. Al respecto, el terapeuta puede facilitar la deconstrucción y el cambio de determinadas creencias, atendiendo a los aspectos emocionales, pragmáticos y cognitivos que las mantienen. En este sentido, pueden utilizarse recursos como el humor para facilitar un clima emocional distendido, fomentar rituales que incluyan nuevas prácticas familiares o animar a compartir las historias de dificultad de los miembros.

Varios autores han realizado aportaciones prácticas enmarcadas en la reformulación conceptualizada en las PAF (Linares, 2015). Por ejemplo, Linares, Macassi, Molero y Zayas (2015) han propuesto un protocolo de recogida de datos. Éste consta de cuatro apartados. El primero, *Historia de Pareja*, se centra en la exploración de la historia de la pareja parental, inicio de los conflictos y separación. El segundo, *Historia del contencioso*, explora el curso del régimen de visitas, denuncias de ambos progenitores, recursos técnico-profesionales utilizados, la derivación y la demanda. El tercero, *Diagnóstico relacional*, recoge las conclusiones acerca del diagnóstico de los miembros de la familia nuclear y de la familia de origen. Finalmente, el cuarto apartado, *Intervención Terapéutica*, describe el acuerdo de los objetivos terapéuticos, la convocatoria, estrategias usadas y, por último, los resultados obtenidos.

En cuanto a intervenciones específicas para casos con PAF, Castañeda (2015) ha presentado un plan terapéutico que estructura la primera sesión del siguiente modo: (1) explicar a la familia las características de la terapia referentes al tiempo, asiduidad, profesionales que les atenderán; (2) obtener información detallada sobre el problema, centrándose en los antecedentes, tiempo, recurrencia y crisis; (3) realizar una pausa en la sesión para discutir con el equipo las hipótesis diagnósticas; (4) buscar, junto con la familia, un acuerdo entre lo que los miembros de la familia quieren solucionar y lo que el equipo terapéutico considera que necesitan solucionar; (5) cerrar la sesión con una devolución acerca de lo tratado en la sesión y asignando tareas o actividades a realizar fuera de la sesión. En sesiones posteriores, los terapeutas adaptan las intervenciones necesarias dependiendo de los objetivos marcados y la complejidad del caso.

En una línea de trabajo que también enfatiza la colaboración con la familia, Mastropaolo (2015) propone una intervención centrada en la co-construcción de una interacción profesional-familia que reactive las potencialidades de los progenitores inmersos en dinámicas alienadoras. Se trata de proponer a las familias una transformación basada en utilizar el espacio terapéutico para elaborar la conflictiva y recuperar la parentalidad delegada al juez.

Como hemos expuesto, el trabajo con progenitores separados es altamente complejo y presenta un gran reto para los terapeutas familiares. Aun así, son varias las propuestas que destacan los beneficios de acomodar a la familiar, estableciendo alianzas terapéuticas que permitan su colaboración y una definición conjunta de los objetivos terapéuticos. Citando a Linares (2015), creemos en que “se trata de plantear un *juego de suma no cero*, en el que todos pueden perder (si se precipitan por el camino de la confrontación) o todos pueden ganar (si retiran las denuncias y aprenden a entenderse), frente a otro *juego de suma cero*, en el que, junto a un ganador, siempre hay un perdedor.” (p.65).

Los estudios presentados en este capítulo muestran que el abordaje de casos con progenitores separados en conflicto, ya sea teórico o práctico, requiere de un análisis a múltiples niveles. Como concluye Bernstein (2007), aunque no todas las familias llegan a avanzar más allá de las heridas (psicológicas, sociales, económicas o físicas) que pueden acompañar a los procesos de divorcio conflictivo, la terapia familiar puede ayudar a los progenitores a ejercer una coparentalidad cooperativa y, con ello, procurar el bienestar de los hijos. Para ello, esta tesis doctoral pretende contribuir en la ampliación de conocimiento y recursos para mejorar la terapia en estos casos.



## 6. El estudio de procesos de cambio en psicoterapia

---

Como ya hemos mencionado, la presente investigación ha estado fuertemente motivada por la intención de contribuir al desarrollo de herramientas útiles para el trabajo de los psicoterapeutas. En estrecha relación a este propósito, Llewelyn y Hardy (2001) advierten que la investigación en psicoterapia no será capaz de dar respuesta a las preguntas de los terapeutas de manera que sean aplicables en la práctica a menos que describamos la complejidad de las dinámicas de la terapia y, al mismo tiempo, estructuremos y demos sentido a la riqueza de las interacciones terapéuticas. De la descripción de estos mecanismos de cambio intermedios se ocupa la denominada *investigación de proceso*.

En este capítulo definiremos la investigación de proceso y contextualizaremos una de sus corrientes, centrada en el estudio de los llamados *eventos de cambio*. Más concretamente, describiremos en detalle una de las metodologías más usadas, el *Task Analysis*. Siguiendo la misma línea que ha ido guiando el marco teórico en el que se fundamenta esta tesis doctoral, nuestra exposición pondrá énfasis en las referencias y estudios que provienen del campo de la terapia familiar.

### 6.1. Definición de investigación de proceso

De manera general, se distinguen dos tipos de investigación en el ámbito de la psicoterapia: la investigación de proceso y la investigación de resultado. Aun así, como puntualiza Garfield (1990), proceso y resultado no tienen que ser necesariamente estudiados por separado, sino que pueden ser combinados en una misma investigación,

aunque se realice con menor frecuencia. De esta manera, hay objetivos de investigación centrados en comprobar si una terapia es o no efectiva (investigación de resultado) y/o de describir de qué manera ocurre el cambio en psicoterapia para, en última instancia, ayudar a aumentar su efectividad (investigación de proceso).

Tradicionalmente, el campo de investigación en psicoterapia se ha interesado por conocer la eficacia global de los métodos de tratamiento y ha prestado menos atención al proceso psicoterapéutico (Fiedler, 1995). Sin embargo, como concluyen Tompkins y Swift (2015), en la historia de la investigación en psicoterapia se ha observado un aumento de estudios que prestan atención al proceso a través del cual se ha llegado al éxito terapéutico, demostrando que no es suficiente preguntarse si la psicoterapia funciona o no.

Greenberg y Pinsof (1986) definen la investigación de proceso como:

*“... the study of the interaction between the patient and therapist system. The goal of process research is to identify the change processes in the interaction between these systems. Process research covers all of the behaviors and experiences of these systems, within and outside the treatment sessions, which pertain to the process of change [el estudio de la interacción entre el sistema del terapeuta y del paciente. El objetivo de la investigación de proceso es identificar los procesos de cambio en la interacción entre esos dos sistemas. La investigación de proceso abarca todos los comportamientos y experiencias de esos sistemas, dentro y fuera de las sesiones de tratamiento, que atañen al proceso de cambio]”* (p. 18).

De manera similar, Lambert y Hill (1994) afirman que la investigación de proceso “aborda lo que ocurre en las sesiones de psicoterapia, examinando variables como el comportamiento del terapeuta, el comportamiento del cliente y las interacciones entre terapeuta y cliente durante el tratamiento” (p. 72). Pinsof (1989), además, concreta que la investigación de proceso debe incluir la interacción entre los miembros de la familia, así como los niveles individuales y colectivos de funcionamiento. Asimismo, Llewelyn y Hardy (2001) entienden la investigación de proceso como aquella que “se ocupa del contenido de las sesiones de terapia psicológica y los mecanismos a través de los cuales se consigue el cambio del cliente, tanto en sesiones puntuales como a través del tiempo” (p. 2). En definitiva, las diferentes definiciones ponen de manifiesto que la investigación

de proceso se centra en responder preguntas sobre el *cómo* de un determinado cambio en psicoterapia.

En una reciente revisión, Sexton y Datchi (2014), han afirmado que la investigación que contempla el proceso representa solo un 15% del total de estudios en el campo de la terapia familiar. Acorde con este dato, Pinsof y Wynne (2000) afirman que, a pesar de las evidencias de la efectividad de la terapia familiar y de pareja, poco se sabe sobre los procesos de cambio exitosos. Además, destacan “la necesidad de desarrollar investigaciones que puedan ayudar a los clínicos a tomar decisiones sobre qué hacer con clientes particulares en distintos momentos de la terapia” (Pinsof & Wynne, 2000, p. 5).

Friedlander et al. (2016b) señalan que en el ámbito de la terapia familiar se desarrollan menos investigaciones de proceso que en terapia individual. Como posible explicación a la diferencia, los autores proponen cuatro fuentes de dificultad añadida en la investigación de proceso en terapia conjunta. En primer lugar, explorar el proceso de cambio en terapia de pareja y familia implica atender a cómo los distintos miembros de la familia piensan, sienten y/o se comportan entre ellos y con el terapeuta. En segundo lugar, la interpretación de los cambios intrasesión puede ser confusa, ya que es común que los diferentes subsistemas asistan a las sesiones en distintos momentos. En tercer lugar, lo que se dice en sesión puede afectar a todas las personas que estén presentes, incluso cuando el terapeuta se dirige solo a un individuo, siendo difícil saber a quién ha influido el mensaje. Finalmente, en cuarto lugar, medir los síntomas no tiene sentido cuando nadie presenta síntomas, siendo necesarias medidas del cambio en términos relacionales.

Según Sexton y Datchi (2014) la mayor parte de las investigaciones de proceso que se han llevado a cabo en relación a la terapia familiar se puede concentrar en tres grandes esferas: (1) establecimiento de la alianza terapéutica con los miembros de la familia, (2) gestión de interacciones familiares conflictivas y (3) modificación de interacciones familiares. A pesar de la complejidad de articular investigaciones de proceso en terapia de pareja y familia, la revisión de Friedlander et al. (2016b) revela un progreso en términos de producción de estudios y desarrollo de estrategias metodológicas para analizar el proceso de cambio en psicoterapia.

## 6.2. Tipos de investigación de proceso

Elliott (2010) clasifica la investigación de procesos de cambio en tres tipos básicos: (1) *investigación cuantitativa de proceso-resultado*, (2) *investigación cualitativa sobre factores útiles* y (3) *investigación de procesos microanalíticos secuenciales*. Además de los tres tipos básicos, el autor añade un paradigma de investigación más complejo: la *investigación de eventos significativos*.

### 6.2.1. Investigación cuantitativa de proceso-resultado

En primer lugar, siguiendo con la clasificación propuesta por Elliott (2010), la investigación *cuantitativa de proceso-resultado* es la más común y consiste en identificar procesos clave (distintos factores medidos desde la perspectiva del paciente, terapeuta u observador) en una o más sesiones de terapia y utilizarlos para predecir el éxito al finalizar el tratamiento. Por un lado, el autor incluye como ventajas de este tipo de investigación el hecho de que se trata de un acercamiento ampliamente aceptado e intuitivo. Por otro lado, describe una serie de limitaciones, relacionadas con la distancia entre el proceso medido y el resultado. Dicho de otro modo, según Elliott (2010), tiene el peligro de tener en cuenta el proceso como “una caja negra en la que sólo el input y el output son observados, ignorando lo que hay en medio” (p. 124). Como afirma la exhaustiva revisión realizada por Friedlander, et al. (2016b), uno de los temas de los que más se ha ocupado la investigación de proceso-resultado en terapia familiar ha sido el estudio de la alianza terapéutica. Varios de estos estudios han sido expuestos en el capítulo 4. *La alianza terapéutica* de la presente tesis doctoral.

### 6.2.2. Investigación cualitativa sobre factores útiles

En segundo lugar, la *investigación cualitativa sobre factores útiles* es aquella que, mediante entrevistas o cuestionarios, pregunta a los pacientes qué les ha resultado útil (y qué no) en la terapia. Elliott (2010) afirma que es una estrategia para estudiar el proceso de cambio cada vez más usada, gracias a la popularidad que ha ganado la investigación cualitativa en los últimos 20 años. Sus principales fortalezas, destaca Elliott, son su coherencia con el movimiento de servicios de salud mental “pregunta al cliente”, su facilidad para ser desarrollada en contextos clínicos, la posibilidad de utilizar sus

resultados para complementar proyectos más amplios y su facilidad para ser integrada en investigaciones de corte sistémico que están ganando popularidad. Aun así, presenta algunos retos como las posibles dificultades de los pacientes para dar cuenta y expresar los cambios sutiles que han experimentado, posibles errores de atribución o las dificultades derivadas de la opinión de determinados sectores de la comunidad científica que, considerando la superioridad de los métodos cuantitativos, etiqueten los resultados como no-científicos y poco confiables.

En nuestra opinión, la *investigación cualitativa sobre factores útiles* genera un conocimiento muy valioso para la práctica clínica, así como para el trabajo en el área de la investigación, formación y la supervisión en psicoterapia. Un claro ejemplo de su utilidad queda reflejado en la publicación de Chenail et al. (2012), en la que presentan una teoría sobre las *Concepciones relacionales de los clientes en terapia de pareja y familia* a partir de la metasíntesis cualitativa de 49 artículos. De su estudio se desprende que los clientes evalúan sus experiencias como positivas cuando perciben: (a) conexiones alentadoras entre sus preconcepciones sobre la terapia y su experiencia en terapia, (b) conexiones entre procesos o resultados en las sesiones y cambios positivos o negativos en sus vidas y (c) equilibrios constructivos entre todos los miembros de la familia acerca de los vínculos, roles, objetivos, comportamientos y tratamientos dentro y fuera de la terapia.

Destacamos también otras reflexiones finales incluidas en el trabajo de Chenail et al. (2012), como la utilidad de la co-construcción de expectativas razonables juntamente con la familia, la importancia de hacer del espacio terapéutico un contexto seguro que posibilite a la familia ir más allá de los patrones de comunicación habituales, la necesaria sensibilidad a la vulnerabilidad de cada uno de los miembros y capacidad de adoptar una postura multiparcial que muestre aceptación. Finalmente, y de especial relevancia para nuestra investigación, el artículo subraya la importancia de “las experiencias de los clientes acerca del apoyo del terapeuta en la alianza intrafamiliar” (p.260). En la misma línea, Bowman y Fine (2000) han concluido que las experiencias positivas en terapia de pareja se relacionaban con el hecho de percibir un entorno terapéutico seguro, recibir un trato equilibrado por parte del terapeuta, tener opciones acerca de ideas y maneras de trabajar que les parezcan apropiadas o desarrollar nuevas ideas sobre la relación.

### **6.2.3. Investigación con microanálisis secuencial**

En tercer lugar, Elliott (2010) clasifica la *investigación de proceso con microanálisis secuencial* como aquella que se dedica a explorar la interacción entre paciente y terapeuta turno a turno. Sus estudios se suelen sustentar en análisis cuantitativos y se focalizan en un número reducido de categorías o variables de proceso. Generalmente, examinan el efecto directo e inmediato de determinadas intervenciones terapéuticas, respondiendo a preguntas como “¿qué procesos del cliente son desencadenados por qué acciones del terapeuta y bajo qué condiciones?” (p. 128). Al centrarse en turnos de conversación relativamente inmediatos, una de las ventajas de este tipo de investigación es proponer influencias causales y, por lo tanto, aportar una potencial utilidad para guiar la intervención práctica. Sin embargo, Elliott (2010) también señala que en algunos estudios de este tipo deben considerarse algunas limitaciones, relacionadas con el hecho de no considerar otros tipos de interacciones causales (por ejemplo, paciente-a-terapeuta), la influencia de otras variables (como el estado de la alianza terapéutica en ese momento determinado) o la restricción que supone centrarse tan solo en la respuesta inmediata, comúnmente referida como “lag 1” en este tipo de estudios secuenciales (p. 129).

Como hemos desarrollado en el capítulo 4. *La Alianza Terapéutica*, algunos análisis secuenciales realizados en el campo de la terapia conjunta han destacado que los casos exitosos responden más positivamente a las intervenciones del terapeuta centradas en la construcción de la alianza (Friedlander et al., 2008a) o señalan la importancia de las intervenciones centradas en crear un ambiente de seguridad y de colaboración entre los distintos miembros de la familia (Abascal, 2011; Mateu, 2015).

### **6.2.4. Investigación de eventos significativos**

Los tres tipos básicos de investigación de proceso que hemos expuesto en el punto anterior (*investigación cuantitativa de proceso-resultado*, *investigación cualitativa sobre factores útiles* e *investigación de proceso con microanálisis secuencial*), proporcionan distintos tipos de evidencias para conocer en mayor profundidad aspectos importantes sobre el cambio en psicoterapia. Como afirma Elliott (2010), con la intención de minimizar el impacto de las limitaciones que presentan los tipos de investigación de

proceso mencionados previamente, algunos investigadores han creado una aproximación mixta y más compleja: la *investigación de eventos significativos*. En la literatura se pueden encontrar varias aproximaciones al estudio de eventos significativos pero todas ellas sitúan el foco en los momentos importantes en terapia.

Las investigaciones dentro del llamado *paradigma de los eventos* exploran interacciones que han sido consideradas especialmente útiles en psicoterapia (desde la perspectiva del paciente, terapeuta u observador) y que, por consiguiente, ayudan a explicar el cambio (Llewelyn y Hardy, 2001). Para ello, se han desarrollado distintas metodologías entre las que destacan el *Comprehensive Process Analysis* (Elliott et al., 1994), el *Assimilation Analysis* (Stiles et al., 1990) o el *Task Analysis* (Greenberg, 1984, 1986, 1991, 2007; Pascual-Leone, Greenberg, & Pascual-Leone, 2009). Según Elliott (2010), los estudios centrados en el análisis de eventos significativos comparten ciertos aspectos metodológicos como:

1. Utilizan algún tipo de estrategia para identificar momentos importantes en terapia. En otras palabras, se basan en autoinformes, entrevistas o métodos observacionales para localizar los momentos útiles sobre los que realizar el análisis exhaustivo del proceso de cambio.
2. Una vez han identificado uno o más eventos, los investigadores tratan de desarrollar una descripción cualitativa de lo que ocurrió, considerando múltiples aspectos de la interacción entre los pacientes y el terapeuta.
3. Generalmente, terminan conectando los procesos intrasesión con el resultado final de la sesión o terapia. En las diferentes aproximaciones, este aspecto tiene un papel distinto y, en ocasiones, se realiza en una fase separada (p. ej., en la fase de validación de los estudios que siguen una metodología de *Task Analysis*).

A la investigación de eventos significativos se le han atribuido algunas limitaciones, así como varias fortalezas (Elliott, 2010). Por un lado, en cuanto a sus limitaciones, se ha señalado la cantidad de tiempo que requiere el aprendizaje y desarrollo de sus procedimientos. A menudo, su complejidad no permite que sean realizados en una sola investigación. Además, sus resultados suelen estar vinculados a un modelo de psicoterapia específico, no pudiendo ser siempre adaptados a lo largo de distintos

enfoques. Por otro lado, los beneficios de este tipo de estudios se han relacionado con la utilidad y cercanía en la presentación de los resultados, en los que frecuentemente se hace uso de escenas concretas, incluyendo transcripciones de ejemplos clínicos reales. También se ha destacado su utilidad para proporcionar modelos de cambio clínicamente relevantes.

El estudio de eventos significativos ofrece una buena alternativa en el creciente interés por proporcionar validez ecológica a las investigaciones en psicoterapia (Johnson & Lebow, 2000). En el caso de la terapia familiar, una gran cantidad de los estudios que han analizado eventos de cambio han seguido la metodología de *Task Analysis*. Por la importancia que dicha metodología tiene en la presente tesis doctoral, dedicaremos el siguiente apartado a definirla con mayor detalle, así como a comentar estudios relevantes.

### **6.3. La metodología de *Task Analysis***

Para revisar la metodología, consideramos importante distinguir entre los conceptos básicos de *metodología* y *método*. Compartiendo la definición que realizan Strauss y Corbin (1998), entendemos por metodología “una manera de pensar y estudiar la realidad social”, mientras que entendemos por método “un conjunto de procedimientos y técnicas para recopilar y analizar datos” (p.3). Pese a que en nuestra revisión bibliográfica hemos identificado que se plantea el *Task Analysis* indistintamente como metodología y como método, nosotros optamos intencionadamente por referirnos a éste como metodología, considerando que su procedimiento implica el uso de distintos métodos de investigación.

#### **6.3.1. Definición, fases y pasos del *Task Analysis***

El *Task Analysis*, conceptualizado por Greenberg (1984, 1986, 1991, 2007; Pascual-Leone et al., 2009), es una metodología desarrollada para descubrir y validar procesos de cambio que ocurren al superar un obstáculo (tarea) específico observado en psicoterapia. En esencia, es un planteamiento de investigación ideado para indagar cómo ocurrió un determinado cambio dentro de una sesión de psicoterapia (Pascual-Leone et al., 2009).

Como afirman Bradley y Johnson (2005), se trata de una metodología del tipo *bottom-up* (de abajo a arriba) más que *top-down* (de arriba a abajo). Así, puesto que está fundamentada en la interacción dentro de las mismas sesiones de psicoterapia, permite construir y desarrollar teoría, clarificar intervenciones de cambio exitosas y ayudar a reducir la distancia entre investigación y práctica clínica. Dependiendo de la tarea identificada para su estudio, el análisis podrá incluir las intervenciones del paciente, el terapeuta o la interacción entre varias personas (Pascual-Leone et al., 2009).

Se trata de una metodología con un diseño dividido en dos fases y cuyo desarrollo ha sido planteado más como un programa o línea de investigación que como un procedimiento a completar en un solo trabajo (Pascual-Leone et al., 2009). Como afirman Benítez-Ortega y Garrido-Fernández (2015), el desarrollo de un *Task Analysis* completo puede llevar unos diez años aproximadamente, así que requerirá de varios estudios para avanzar en la secuencia de pasos que lo integran.

Las fases principales del *Task Analysis* son (1) *Fase orientada al descubrimiento* (*Discovery-Oriented Phase*) y (2) *Fase de validación* (*Validation Phase*). Ambas fases están integradas por una serie de pasos que han sido definidos con detalle por Greenberg (2007) y cuya información principal hemos resumido en la Tabla 4.

Tabla 4

*Fases y pasos de la metodología de Task Analysis*

<b>Fase</b>	<b>Pasos</b>	<b>Descripción</b>
<i>Descubrimiento</i>	1. Especificación de la tarea	Se observa y define detalladamente un obstáculo presentado a lo largo de las sesiones de psicoterapia en distintos casos. Se describen los componentes observables a través de los cuales puede ser identificado el obstáculo (inicio de la tarea) y la resolución del mismo (fin de la tarea). Se observan casos distintos hasta que se alcanza el punto de saturación, es decir, cuando la observación de más ejemplos no aporta nueva información. El marcador inicial y el marcador final indicarán el fragmento de sesión (evento positivo o evento negativo) a analizar.
	2. Explicación del mapa cognitivo del clínico/investigador	Se explicitan los fundamentos teóricos y perspectiva del investigador. El investigador proporciona información suficiente para contextualizar desde qué presupuestos se va a realizar el análisis.
	3. Especificación del contexto en el que ocurre la tarea ( <i>task environment</i> )	Se describe el contexto de intervención particular en el que ocurre el evento problemático. Juntamente con el terapeuta, se reflexiona sobre el desarrollo de la tarea con el objetivo de identificar qué tipos de intervenciones se están siguiendo para resolver la tarea.
	4. Construcción un modelo teórico- racional ( <i>rational model</i> )	Se elabora un mapa o diagrama en el que se concrete cómo el investigador cree que se resolverá la tarea, paso a paso, en el contexto previamente descrito. El investigador contesta a la pregunta: “¿cómo creo que se resuelve esta tarea en particular?”
	5. Análisis empírico	Se realiza un procedimiento recursivo de análisis cualitativo de los eventos positivos (ejemplos de resolución exitosa de la tarea) y comparación con el análisis de eventos negativos. En este paso se usan las transcripciones, juntamente con el audio o vídeo de la sesión. El objetivo es destilar los componentes comunes del proceso que han guiado hasta el cambio.
	6. Comparación de los modelos racional y empírico	Se ajusta el modelo racional (paso 4) en base a los resultados del análisis (paso 5) y se confecciona una versión refinada del diagrama. En este punto de la investigación, los pasos 4, 5 y 6 se repiten tantas veces como sea necesario hasta que se logre configurar un modelo que refleje el proceso de resolución exitosa de la tarea terapéutica.
	7. Explicación del modelo: análisis teórico	Se relacionan y discuten los procesos que operan en el modelo resultante en base a la teoría existente, dando lugar a una formulación explicativa del proceso de cambio.
<i>Validación</i>	8. Validación de los componentes del modelo	Se estudia si la eficacia del modelo elaborado se puede generalizar. El análisis implica comprobar, con el uso de pruebas estadísticas, si el modelo resultante de la <i>Fase de descubrimiento</i> se ajusta a un número representativo de casos tratados por distintos terapeutas.
	9. Relación del proceso con el resultado	Se comprueba si la presencia de los pasos del modelo de cambio o el grado en el que se resuelve exitosamente la tarea se relaciona con medidas de eficacia final del tratamiento (disminución de síntomas, mejora subjetiva, etc.)

Aunque la aplicación de un *Task Analysis* completo conste de dos fases, un estudio únicamente centrado en la *Fase orientada al descubrimiento* y, por lo tanto, que no haya completado la segunda fase, “no implica en modo alguno que no haya generado un modelo de intervención suficientemente refinado y probado para su aplicación y difusión” (Benítez-Ortega & Garrido-Fernández, 2015, p. 178). De hecho, en el único estudio de revisión sobre *Task Analysis* en psicoterapia realizado hasta la fecha, Benítez-Ortega y Garrido Fernández (2015, 2016) han concluido que, de 37 estudios incluidos, 5 de ellos han completado la *fase de validación* (paso 9), 21 han llegado a la *fase de descubrimiento* (paso 6) y 11 han avanzado hasta plantearse un modelo racional (paso 4). Por lo tanto, un 13,5% de los *Task Analysis* identificados en el estudio de revisión ha completado todas las fases.

Citando a Greenberg (2007), la construcción del modelo en la fase de descubrimiento “implica una forma de análisis cualitativo del contenido que describe una secuencia de un fenómeno desarrollado en el tiempo” (p. 19) y, por lo tanto, puede responder claramente a los objetivos de una investigación cualitativa. Greenberg (2007) traza algunas similitudes entre el *Task Analysis* y otras metodologías cualitativas (como la metodología de *Grounded Theory*, Glaser & Strauss, 1967), aunque añade que la principal diferencia reside en que el *Task Analysis* no se centra en los significados subjetivos de los participantes, sino en la descripción de secuencias complejas de eventos de cambio. Uno de los puntos que Greenberg (2007) considera que comparte el *Task Analysis* con otras metodologías cualitativas es la estrategia de muestreo, considerando que la mejor aproximación es una combinación entre el muestreo teórico y el muestreo intencionado (Glaser & Strauss, 1967). Así, los eventos en el *Task Analysis* son seleccionados a partir de un fenómeno de interés y en base a una comprensión emergente del fenómeno a medida que el análisis avanza.

Concretamente, en la *Fase de descubrimiento*, los investigadores empiezan seleccionando los ejemplos más claros de resolución de la tarea, con la finalidad de basar sus observaciones en casos que contengan el menor número de interferencias posibles. Posteriormente se va añadiendo el análisis de más eventos, tanto positivos como negativos. Así, la imagen que el investigador se hace de lo que está ocurriendo se va reconsiderando y ajustando progresivamente a lo largo de las posteriores observaciones. Este procedimiento recursivo en el que se oscila entre lo observado y lo hipotetizado ha

sido desarrollado en detalle bajo el término *abducción* (Pierce, 1966, citado en Rennie, 2012) y usado por Greenberg (2007) para referirse a la forma de inferencia que tiene lugar en la primera fase del *Task Analysis*. Este proceso repetitivo permite dar sentido al objetivo último de la investigación de eventos significativos mediante *Task Analysis*: construir modelos explicativos que ayuden a abstraer y generalizar los elementos constantes que se dan a lo largo de la resolución exitosa de obstáculos en psicoterapia.

### **6.3.2. El *Task Analysis* en terapia familiar**

Pese a que el *Task Analysis* fue desarrollado en el ámbito de la terapia individual, ha sido propuesto como metodología contrastada para estudiar eventos de cambio en otros modelos de psicoterapia, como en la terapia familiar y de pareja (Johnson & Lebow, 2000; Sprenkle & Moon, 1996; Sprenkle & Piercy, 2005). Bradley y Johnson (2005) afirman que se trata de “la metodología orientada al descubrimiento más desarrollada y ampliamente usada, habiendo demostrado repetidamente su efectividad para descubrir proceso de cambio intrasesión en terapia de pareja y familia” (p. 157).

Los investigadores en terapia familiar y de pareja han aplicado el *Task Analysis* para explorar el cambio terapéutico desde múltiples enfoques como: la terapia familiar estructural (Heatherington & Friedlander, 1990b; Nichols & Fellenberg, 2000), la terapia familiar constructivista (Coulehan et al., 1998), la terapia familiar multidimensional (Diamond & Liddel, 1996; 1999), la terapia de pareja centrada en emociones (Bradley & Furrow, 2004; Johnson, Makinen, & Millikin, 2001) y la terapia familiar integradora (Highan, Friedlander, Escudero, & Diamond, 2012; Vaughn, 2004). A continuación, resumiremos algunos estudios que, por el proceso de cambio en terapia familiar que exploran, resultan de especial interés para la temática tratada en esta tesis doctoral.

El *Task Analysis* realizado por Heatherington y Friedlander (1990b) fue pionero en el uso de esta metodología en terapia familiar, centrándose en el evento “compromiso de involucrarse” en la terapia. Los resultados del análisis de dos sesiones muestran un proceso de cambio muy coherente con las bases del modelo estructural. El modelo se inicia con una fase en la que el terapeuta adopta una posición de observador y prosigue con intervenciones enérgicas e inesperadas, basadas en: (a) frecuentes felicitaciones a los

miembros de la familia, (b) la formación de coaliciones y (c) control de las interacciones familiares, por ejemplo, pidiendo que se acerquen y se hablen el uno al otro.

Coulehan et al. (1998) muestran un proceso de cambio centrado en la construcción del problema en terapia familiar constructivista. A través del análisis de 8 eventos (4 exitosos y 4 no exitosos), detallan el proceso que lleva a terapeuta y familia a formular una nueva narración del problema, desde una visión individual a una visión interpersonal, relacional y sistémica. El modelo del proceso de cambio se basa en tres fases progresivas: (1) los miembros de la familia expresan sus puntos de vista de manera individual, es decir, se repiten las mismas historias; (2) las respuestas afectivas entre los miembros cambian y emerge una nueva historia; y (3) se reconoce la esperanza de cambio. Dentro de las dos primeras fases, el modelo incluye otros elementos que, a diferencia de los anteriores, no ocurren en un orden concreto a lo largo de las sesiones (1a. Se describen construcciones del problema y vías hacia la solución, 1b. Se destacan aspectos interpersonales del problema o la solución, 1c. Se reconocen excepciones al problema, 2a. Se le asignan atributos positivos al hijo, 2b. Se reconoce la contribución de la historia o estructura familiares, 2c. Se identifican fortalezas familiares o valores asociados con el cambio).

El estudio de Vaughn (2004) se centra en la tarea de facilitar el cambio en las percepciones rígidas del problema que tiene la familia. Como muestra el modelo de cambio que propone la autora, los terapeutas introducen dudas en las creencias actuales de la familia y luego ofrecen una alternativa plausible. Para ello, los terapeutas: (1) se mueven entre la posición de experto y no experto, (2) valoran las semejanzas y diferencias de las distintas perspectivas y (3) oscilan entre la posición de participante y observador.

Higham et al. (2012) han analizado cuatro sesiones en las que participó un adolescente reacio a involucrarse en la terapia familiar. Utilizando la dimensión de *Enganche* del SOFTA (Friedlander et al., 2006a), identifican eventos en los que el adolescente muestra o no un cambio en su compromiso individual con la terapia. El modelo de cambio resultante se articula a través de seis elementos: uno proveniente de los progenitores (apoyo) y cinco elementos facilitados por el terapeuta (estructurar la conversación terapéutica, fomentar la autonomía, construir conciencia sistémica, responder a la resistencia del hijo de una manera positiva y sin juzgar y mostrar comprensión por la experiencia subjetiva del adolescente).

Como hemos querido reflejar en este apartado, el *Task Analysis* es una metodología que, a pesar de la inversión temporal que requiere, proporciona resultados de gran utilidad en el campo de la investigación, formación, docencia y práctica en psicoterapia. Benítez-Ortega & Garrido-Fernández (2015, 2016) concluyen su estudio de revisión sobre *Task Analysis* proponiendo una evolución en el terreno de la investigación en psicoterapia, dejando lugar a proyectos que, a largo plazo, “permitan profundizar en el conocimiento de los procesos o interacciones concretas [...] que generan los cambios sucesivos que definen los tratamientos finalizados con éxito” (p. 180).

La motivación que nos ha llevado a utilizar la metodología de *Task Analysis* en esta tesis doctoral queda reflejada en la conclusión que ofrecen Bradley y Johnson (2005):

*“Task analysis of change events in CFT holds great potential for building and testing theory on actual in-session processes. (...) The results are helpful in the training of therapists and relevant to practicing clinicians, because they provide a map of change detailed enough to specify how to intervene and when. Task Analysis of CFT change events (...) helps bridge the gap between clinicians and researchers [El Task Analysis de eventos de cambio en terapia de pareja y familia contiene un gran potencial para construir y probar teoría sobre procesos de cambio reales dentro de la sesión. (...) Sus resultados son útiles para la formación de terapeutas y relevantes para la práctica clínica, porque proporcionan un mapa de cambio suficientemente detallado como para especificar cómo y cuándo intervenir. El Task Analysis de eventos de cambio en terapia de pareja y familia (...) ayuda a acortar la distancia entre clínicos e investigadores]”* (p. 269).

## Desarrollo de la investigación

---



## 7. Preguntas de investigación y objetivos

---

Siguiendo las indicaciones específicas para estudios mixtos de Creswell y Plano-Clark (2011) y teniendo en cuenta el carácter exploratorio, descriptivo e interpretativo de nuestra investigación, hemos elegido presentar nuestro propósito en forma de preguntas de investigación en lugar de formular hipótesis previas. Para dar respuesta a las preguntas de investigación, hemos concretado los objetivos que han guiado el desarrollo de esta tesis doctoral.

### 7.1. Preguntas de investigación

La motivación de nuestro proyecto de investigación ha sido aportar herramientas dentro del marco de la terapia familiar sistémica para mejorar la calidad de la práctica clínica, en particular en casos de terapia familiar en los que los progenitores separados se mantienen en conflicto.

Partiendo de la experiencia clínica y con el objetivo de mejorar la atención de estos casos tan frecuentes, nos planteamos la siguiente pregunta general sobre la relación e intervención del terapeuta: ¿se pueden identificar características comunes, a nivel de relación e intervención, en los casos en los que los progenitores separados en conflicto empiezan a compartir el propósito de la terapia familiar (es decir, inician una alianza intrasistema)? A fin de trasladar la pregunta clínica al ámbito de la investigación, se detallaron las siguientes preguntas específicas ordenadas de menor a mayor concreción.

1. ¿Qué características presenta la alianza terapéutica inicial en terapia familiar en casos con progenitores separados en conflicto?
2. ¿Qué diferencias, en referencia a la alianza terapéutica, presenta cada progenitor en función de si se inicia o no una alianza intrasistema?
3. ¿Cómo se llega a producir un cambio positivo en la dimensión intrasistema de la alianza terapéutica y, por lo tanto, se observa un inicio de colaboración entre los progenitores en la terapia?
4. ¿En qué medida se complementa el análisis cualitativo de las sesiones en las que se inicia una colaboración con los resultados cuantitativos obtenidos en la observación de la alianza terapéutica?

## **7.2. Objetivos**

Partiendo del modelo SOATIF para conceptualizar la alianza terapéutica y con el fin de dar respuesta a las preguntas de investigación planteadas previamente, establecimos el siguiente objetivo general y subsiguientes objetivos específicos.

### **7.2.1. Objetivo general**

El objetivo general de esta tesis doctoral es analizar la construcción de la alianza terapéutica inicial en casos de terapia familiar con progenitores separados en conflicto e identificar elementos facilitadores del cambio en la alianza intrasistema con los que proponer un modelo fundamentado en y para la práctica clínica.

### **7.2.2. Objetivos Específicos**

- *Objetivo Específico 1:* Detallar, mediante un análisis descriptivo, las puntuaciones globales y las frecuencias de todos los indicadores de la alianza terapéutica según el modelo SOATIF de las sesiones iniciales (tanto individuales como conjuntas) de los casos que conforman el estudio.

- *Objetivo Específico 2:* Examinar la frecuencia de alianzas problemáticas (en concreto, *Alianzas Divididas* y *Seguridad Negativa*).
- *Objetivo Específico 3:* Identificar diferencias significativas en las dimensiones de *Enganche*, *Conexión Emocional* y *Seguridad*, mediante un análisis comparativo de dos grupos formados a partir de la dimensión *Compartir el Propósito* (grupo de *Casos CON indicadores positivos* de alianza intrasistema y grupo de *Casos SIN indicadores positivos* de alianza intrasistema).
- *Objetivo Específico 4:* Identificar y definir, mediante un análisis cualitativo, los elementos facilitadores de cambio positivo en la alianza intrasistema e integrarlos en un modelo explicativo del proceso de cambio que tiene lugar desde un indicador negativo hasta un indicador positivo de alianza intrasistema en una misma sesión.



## 8. Metodología

---

### 8.1. Diseño

Para alcanzar los objetivos planteados, llevamos a cabo un *estudio de casos* con diseño mixto explicativo. El estudio de casos es una aproximación metodológica en la que se seleccionan ejemplos representativos de un fenómeno para estudiarlo en profundidad (Martínez, Castellanos, & Chacón, 2014). Según la APA (2010), son estudios que “ilustran un problema; indican medios para resolver un problema y/o arrojan luz sobre investigaciones requeridas, aplicaciones clínicas o cuestiones teóricas” (p.11).

Atendiendo a la complejidad del fenómeno de estudio y en función de las preguntas de investigación previamente formuladas, dividimos la investigación en las dos fases que caracterizan a los diseños mixtos explicativos (Creswell & Plano Clark, 2011; Hanson, Creswell, Plano-Clark, Petska, & Creswell, 2005): una etapa *cuantitativa (Fase 1)*, centrada en variables significativas en un determinado fenómeno de estudio y una etapa *cualitativa (Fase 2)*, que profundiza en los procesos del fenómeno y características identificadas. Se realizó un análisis previo al inicio de la *Fase 1*, al que llamamos *Fase 0*, que permitió dividir los casos participantes en dos grupos en función de la variable de estudio, la alianza intrasistema (ver Figura 5).

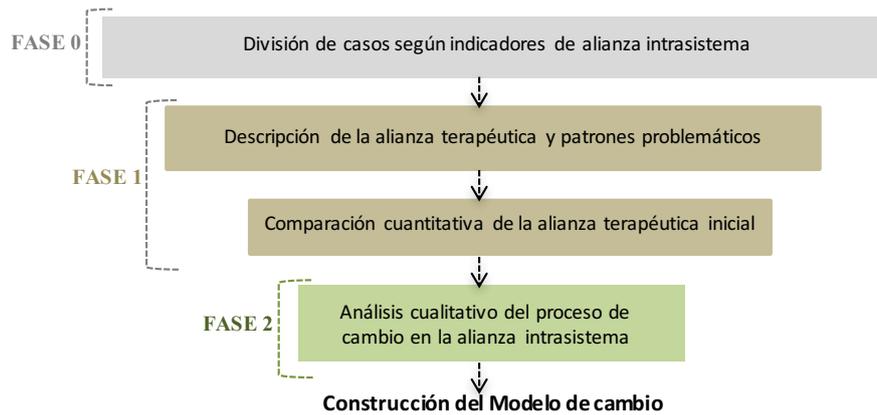


Figura 5. Diseño de investigación.

Siguiendo este planteamiento, en la *Fase 1* realizamos un estudio descriptivo y comparativo de la alianza terapéutica de los casos seleccionados, partiendo de la observación indirecta y semiestructurada de sesiones de terapia familiar. En la *Fase 2* desarrollamos los pasos que corresponden a la *Fase orientada al descubrimiento* (*Discovery-Oriented Phase*) de la metodología de *Task Analysis* (Greenberg, 2007), centrada en el cambio positivo de la dimensión intrasistema de la alianza terapéutica.

Aunque el estudio se dividió en dos fases, consideramos que la distinción cuantitativa-cualitativa debe ser matizada. Coincidiendo con Biesta (2010), en lugar de distinguir dos tipos de investigación (cuantitativa y cualitativa) *per se*, consideramos más apropiado identificar las fases en función del tipo de datos interpretados en cada una de ellas. Pese a que se combinó una interpretación estadística de datos numéricos (*Fase 1*) con una interpretación de datos cualitativos (*Fase 2*), ambos procesos partieron de una observación naturalista y fueron interpretados en base a un mismo paradigma y perspectiva. Asimismo, la división en dos fases respondió a lo que Glaser y Strauss (1967) identificaron como las dos grandes aproximaciones a la codificación de datos: la primera, *deductiva*, implicó transformar datos observados en una forma cuantificable partiendo de una teoría previa y la segunda, *inductiva*, supuso codificar los datos cualitativos para poder generar así una teoría posterior.

La importancia otorgada a los distintos tipos de datos (cuantitativos o cualitativos) varía dependiendo de las preguntas de investigación y los presupuestos filosóficos detrás de cada estudio y es un factor que los investigadores debemos considerar a la hora de aplicar un diseño mixto (Morgan, 1998; Plano-Clark et al.,

2008). Teniendo en cuenta el carácter exploratorio de las preguntas de investigación y el modelo sistémico del que partimos, consideramos que la información obtenida mediante un proceso inductivo se ajustaría más a la necesidad de obtener información novedosa, compleja y precisa sobre cómo se construye la alianza terapéutica en casos con progenitores separados en conflicto. En concreto, sobre las diferencias que hay entre los casos en los que se inicia una alianza intrasistema entre los progenitores y en los que no. De este modo, enfatizamos la interpretación de datos cualitativos, siguiendo la postura que Howe (2004) define como *Mixed Methods interpretativism*.

La presente tesis doctoral se enmarca en el ámbito de la *investigación de proceso*, centrada en estudiar los mecanismos a través de los cuales se produce un determinado cambio en psicoterapia (Llewelyn & Hardy, 2001), teniendo en cuenta variables como el comportamiento del terapeuta, el comportamiento de los pacientes y la interacción de ambos durante el tratamiento (Lambert & Hill, 1994). Más concretamente, en la segunda fase del estudio, nos basamos en un enfoque centrado en eventos significativos (*events-based approach*), que explora y describe las resoluciones exitosas de eventos problemáticos que pueden aparecer en el curso de una terapia. Dicho enfoque se presenta como una alternativa en contraposición a la orientación tradicional de la investigación de resultado en psicoterapia, centrada exclusivamente en la mejora global y final del paciente (Greenberg et al., 1996).

Como han destacado varios autores, la investigación del proceso terapéutico es un ámbito poco desarrollado en la terapia familiar y de pareja (Heatherington et al., 2015; Heatherington, Friedlander, & Greenberg, 2005; Pinsof & Hambricht, 2002). Según una de las últimas revisiones sobre el estado actual de la investigación de proceso realizada por Friedlander et al. (2016b), se evidencia la necesidad de realizar “*intensive, small scale, mixed methods studies that stay close to the data and close to systemic theories of change*” (p. 462) [estudios con métodos mixtos, intensivos y a pequeña escala, que se mantengan cercanos a los datos y cercanos a las teorías sistémicas del cambio]. En respuesta a dichas necesidades, diseñamos la presente investigación.

## 8.2. Participantes

La información proporcionada sobre los participantes a lo largo de esta tesis doctoral se expondrá siguiendo las directrices de “Protección de la confidencialidad” recomendadas por la APA (APA, 2010, p. 16) para la realización de estudios de caso.

La fase de recogida de datos para la presente investigación se fijó entre enero de 2012 y enero de 2014 en la Escuela de Terapia Familiar del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* de Barcelona. Quedaron incluidos 16 casos (32 participantes, miembros de la pareja parental). En todas las familias, los progenitores habían pasado por un proceso de separación conflictiva y tenían al menos un hijo en común en una situación que implicase un riesgo para su salud mental o bienestar psicológico. Se consideraron factores de riesgo de carácter sintomático y/o relacional, como la existencia de un diagnóstico o sintomatología psicopatológica, la manifestación de problemas escolares, emocionales o conductuales, la exposición a altos niveles de conflictividad intrafamiliar o la existencia de conflictos en la relación con alguno de los progenitores. Todos los casos especificaron tener dificultades en la comunicación y coordinación de las funciones parentales con el otro progenitor.

Las derivaciones fueron externas, realizadas por servicios de asesoramiento en el ámbito familiar o servicios judiciales. Aun así, se descartaron para el estudio aquellos casos que verbalizaron su desacuerdo para iniciar un proceso terapéutico. Este criterio de exclusión fue tenido en cuenta con el fin de conseguir una mayor homogeneidad de la muestra y procurar el consentimiento informado para participar en la investigación. Asimismo, la exclusión de los casos involuntarios tuvo el objetivo de igualar el modelo de intervención aplicado, puesto que se ha demostrado que la intervención con familias claramente reticentes a recibir tratamiento debe tener unas consideraciones particulares en las fases iniciales (Relvas & Sotero, 2014; Sotero et al., 2016). Pese a esta medida en la selección de los participantes, siguiendo a Friedlander et al. (2006a), no pudimos obviar la posibilidad de que existieran presiones encubiertas que afectasen al establecimiento de la alianza terapéutica.

Por lo tanto, del total de casos vistos por la unidad asistencial en el período mencionado, seleccionamos todos los casos que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: (1) ser miembros de una pareja parental separada en un proceso conflictivo,

(2) tener como mínimo un hijo en situación de riesgo relacionado con su salud mental o bienestar psicológico y (3) expresar acuerdo con el hecho de iniciar un proceso terapéutico (no necesariamente en formato conjunto en un principio) mediante la firma de una solicitud de Terapia Familiar y el consentimiento informado (Apéndice C).

Las familias fueron atendidas por un mismo equipo que trabajó en formato de coterapia. El papel de terapeuta principal fue asumido por el profesional más experimentado, un psicólogo y psiquiatra con más de 35 años de experiencia y una reconocida trayectoria en el campo de la terapia familiar sistémica. El papel de coterapeuta fue ejercido por la doctoranda, psicóloga y terapeuta familiar con cinco años de experiencia clínica. El equipo trabajó en un formato de coterapia en el que el terapeuta guio la sesión, ejerciendo la coterapeuta un rol observador. Se realizaron supervisiones clínicas, pre y post sesión, con un grupo formado por psicólogos, psiquiatras y alumnos de la formación en terapia familiar que imparte la misma unidad asistencial.

En la Tabla 5 se exponen los datos de los participantes en función del núcleo de convivencia principal, es decir, en función de quién convivía más tiempo con el hijo o los hijos en común. El grupo de los progenitores que más tiempo convivía con los hijos (*Progenitor C*), estuvo formado por 13 mujeres y 3 hombres. Al tratarse parejas heterosexuales, 13 hombres y 3 mujeres conformaron el grupo de progenitores que no convivía la mayor parte del tiempo con los hijos comunes (*Progenitor NC*). La media de edad del conjunto de progenitores fue de 46.06 años ( $SD = 5.424$ ).

La mayoría de los progenitores, un 65.6%, tenían un nivel de estudios Superior y el 84.4% se encontraban laboralmente activos. Tal y como marcó uno de los criterios de inclusión de la investigación, todos los participantes estaban separados o divorciados de las parejas con las que iniciaban la terapia familiar, aun así, respecto a la situación sentimental actual, un 18.8% se habían casado de nuevo, un 3.3% convivían con una nueva pareja y un 18.8% tenían pareja con la que no convivían.

En referencia al número de hijos en común entre el *Progenitor C* y el *Progenitor NC*, el 56.3% de las parejas tenían un hijo, el 37.5% tenían dos y el 6.3% tenían tres. La media de edad de los hijos era de 11.88 años ( $SD = 4.121$ ) en el momento de iniciar la terapia.

Tabla 5  
*Datos sociodemográficos de los participantes*

	Progenitor C		Progenitor NC		Total	
	n	M (SD) o %	n	M (SD) o %	n	M (DS) o %
<i>Género</i>						
Mujer	13	81.3	3	18.8	16	50
Hombre	3	18.8	13	81.3	16	50
<i>Edad (años)</i>	16	45.5 (5.73)	16	46.63 (5.23)	32	46.06 (5.424)
<i>Nivel de estudios</i>						
Primarios	1	6.3	1	6.3	2	6.3
Secundarios	4	25.0	5	31.3	9	28.1
Universitarios	11	68.8	10	62.5	21	65.6
<i>Situación laboral</i>						
En activo	13	81.3	14	87.5	27	84.4
En paro	2	12.5	1	6.3	3	9.4
Baja laboral	1	6.3	0	.00	1	3.1
Incapacidad laboral	0	.00	1	6.3	1	3.1
<i>Estado civil actual</i>						
Divorciado/a						
Sin pareja	11	68.8	8	50.0	19	59.4
Pareja en convivencia	0	18.8	1	6.3	1	3.1
Pareja sin convivencia	3	.00	3	18.8	6	18.8
Segundo matrimonio	2	12.5	4	25.0	6	18.8
<i>Hijos en común por pareja</i>						
Un hijo					9	56.3
Dos hijos					6	37.5
Tres hijos					1	6.3
<i>Edad de los hijos (años)</i>					24	11.88 (4.121)

*Nota.* Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo.

En la Tabla 6 se especifican algunas características descriptivas que el equipo terapéutico anotó en cada caso. Dicha información hace referencia a: una breve descripción de la situación familiar y los principales síntomas o conflictos relacionales observados; a los años que transcurrieron entre la separación y el inicio de la terapia; al tipo de intervenciones previas que tanto la familia en conjunto como alguno de sus miembros había recibido; al número de sesiones del caso y al tipo de finalización de la terapia. Respecto al último punto, tuvimos en cuenta las tres categorías de finalización utilizadas en la investigación de Yoo et al. (2016): (a) finalización acordada entre la familia y el terapeuta, (b) finalización sin acuerdo (la familia o uno de sus miembros le dijo al terapeuta que no volvería, a pesar de que el terapeuta recomendaba seguir con la terapia) y (c) finalización por no aparición (la familia o uno de sus miembros dejó de acudir, sin previo aviso, a las sesiones programadas). Además, incluimos una cuarta categoría para aquellos casos que, en el momento de terminar el estudio de campo, seguían realizando terapia en sesiones más espaciadas, como seguimiento acordado entre el terapeuta y la familia.

Las familias presentaron conflictos relacionales similares que incluyeron, en la mayoría de casos, el rechazo de uno o varios de los hijos a mantener contacto con uno de los progenitores o conflictos relacionales focalizados en uno de los miembros de la pareja parental y escasa comunicación familiar. Entre los factores de riesgo referentes a la salud mental de los hijos se encontraron diagnósticos de *Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad* o dificultades atencionales, una hija diagnosticada con *Trastorno Límite de la Personalidad*, consumo ocasional de sustancias, problemas escolares relacionados con comportamientos desafiantes, conductas autolesivas y exposición a altos niveles de conflictividad familiar, en ocasiones con episodios de violencia física entre los progenitores. Como se especifica en la Tabla 6, algunas de las dinámicas familiares observadas respondieron a la definición de Linares (2015), Prácticas Alienadoras Familiares (PAF), explicadas en el Capítulo 5. *Familias y separación conflictiva*.

Las familias iniciaron el proceso de terapia familiar entre 1 y 9 años después de la separación de la pareja. En cuanto a las intervenciones previas de carácter no individual, una de las parejas había realizado terapia conjunta antes de la separación y 10 casos pasaron por un proceso de mediación familiar tras el divorcio. En el momento de finalizar la fase de recogida de datos de la presente investigación, dos de los casos seguían realizando terapia. Los procesos de terapia familiar duraron entre 3 y 19 sesiones, y terminaron de manera acordada entre el terapeuta y la familia en la mayoría de los casos. Es importante matizar que una finalización acordada entre el terapeuta y la familia no implicó necesariamente un éxito terapéutico del caso. Un ejemplo ocurrió en el Caso 5, cuyo proceso de terapia familiar conjunta se interrumpió a causa del estado de salud de la madre, que padecía una enfermedad grave que le impidió seguir asistiendo a las sesiones.

Tabla 6  
*Características descriptivas de cada caso*

Caso	Situación familiar	Años entre separación e inicio de la TF	Intervenciones previas	Número sesiones	Terminación TF
1	Dificultades relacionales entre el padre y las hijas. Hija menor con enuresis y dificultades emocionales. Alta conflictividad entre los progenitores. PAF.	3	Mediación	7	No aparición
2	Rechazo de la hija a mantener contacto con su madre. Aislamiento social de la hija. PAF.	2	Mediación	13	Sin acuerdo entre terapeuta y familia
3	Hijo con comportamiento hiperactivo y falta de atención. Episodios de violencia física entre los progenitores en presencia del hijo. Comunicación vía judicial. PAF.	2	Mediación Terapia individual de la madre	3	Sin acuerdo entre terapeuta y familia
4	Conflicto relacional entre el padre y la hija. La madre menciona un posible abuso sexual por parte del padre. Problemas emocionales de la hija, tristeza y apatía. PAF.	9	Terapia individual de la hija	7	Acordada entre terapeuta y familia
5	Dificultades relacionales entre los hijos y el padre. Fracaso escolar de dos de los hijos. Madre en tratamiento por enfermedad grave. PAF.	5	Mediación. Terapia individual de la madre	8	Acordada entre terapeuta y familia
6	Consumo de sustancias del hijo. Episodios de encopresis del hijo. Violencia física. PAF.	7	Terapia individual del hijo	5	No aparición
7	Rechazo de la hija a ver al padre. Fracaso escolar de la hija. Episodios de violencia física entre los progenitores. PAF.	5	Mediación. Terapia de pareja antes de la separación. Tratamiento farmacológico del padre por depresión	3	Sin acuerdo entre terapeuta y familia
8	Rechazo del hijo a ver al padre. Conductas autolesivas y agresivas del hijo. Episodios pasados de violencia física entre los progenitores. PAF.	8	Terapia individual de la madre. Hijo en tratamiento psiquiátrico	3	No aparición

9	Rechazo de la hija a ver al padre. Problemas escolares de la hija por comportamientos desafiantes. Hija con sintomatología ansiosa. PAF.	9	Mediación. Terapia familiar. Hija en terapia individual	4	Sin acuerdo entre terapeuta y familia
10	Sospechas por parte de la madre de episodio aislado de abuso sexual del padre hacia la hija mayor. PAF.	1	Terapia individual de la madre y del padre	7	Sin acuerdo entre terapeuta y familia
11	Rechazo de la hija a ver al padre. Problemas escolares de la hija por falta de asistencia y comportamiento desafiante.	6	Mediación	9	Acordada entre terapeuta y familia
12	Dificultades relacionales entre la hija mayor y el padre. La hija mayor está diagnosticada de Trastorno Límite de la Personalidad, tiene conductas promiscuas (un aborto por embarazo no deseado), consumo de drogas, fracaso escolar, fugas de casa. Hijo menor diagnosticado con Trastorno de Espectro Autista.	9	Mediación. Tratamiento psicológico individual de la hija	19	En seguimiento
13	Dificultades relacionales entre la hija y la madre. La hija se fuga de casa y acude a la policía para quejarse del comportamiento de su madre. PAF.	5	Terapia individual de la madre	5	Acordada entre terapeuta y familia
14	Hijos rechazan ver al padre tras un accidente doméstico mientras estaban a cargo del padre. Los hijos lo interpretaron como un intento de agresión. La hija ha hecho intentos de suicidio, tiene comportamientos obsesivos y se ha autolesionado en dos ocasiones. Comunicación vía judicial. PAF.	3	Hija en tratamiento psiquiátrico. Hijo en rehabilitación neuropsicológica	10	En seguimiento
15	Hija diagnosticada con TDAH. Intento de agresión de la hija hacia un miembro de la familia paterna.	4	Mediación. Terapia individual de la hija	4	Acordada entre terapeuta y paciente
16	El colegio advierte de problemas de atención del hijo y posible TDAH.	2	Mediación	5	Acordada entre terapeuta y familia

Nota. TF = Terapia Familiar

En el Apéndice D se pueden consultar las transcripciones de los motivos de consulta que los progenitores anotaron en la solicitud de Terapia Familiar. Concretamente, se incluyen las respuestas que los progenitores dieron cuando se les solicitó la siguiente información: “*Comente de forma detallada cuál es el principal problema por el que piden consulta al equipo de terapia familiar en este momento*”.

### 8.3. Material e instrumentos

El material de análisis para todas las fases que componen este estudio fueron sesiones de terapia familiar llevadas a cabo en la Escuela de Terapia Familiar del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* en Barcelona. Todas las sesiones fueron registradas en formato audiovisual, previo consentimiento informado de los participantes y utilizando el sistema de grabación cerrado de la misma unidad asistencial.

Pese a que el material de análisis fueron las sesiones de los mismos casos, no utilizamos todas las sesiones en todas las fases. En la *Fase 0* revisamos el total de sesiones grabadas en las que participaron ambos progenitores, en la *Fase 1* nos centramos en el análisis observacional de la fase inicial del proceso terapéutico (primeras sesiones individuales con cada progenitor y primera sesión conjunta) y en la *Fase 2* nos basamos en el análisis de la transcripción literal de determinadas sesiones (5 Eventos Positivos y 5 Eventos Negativos). El proceso que orientó cada fase será explicado detalladamente en el apartado siguiente (8.4. *Procedimiento*).

Para el estudio de las características de la alianza terapéutica utilizamos la versión española del instrumento *System for Observing Family Therapy Alliances*, el *Sistema para la Observación de la Alianza Terapéutica en la Intervención Familiar* (SOATIF-o, Escudero & Friedlander, 2003; Friedlander et al., 2006a, 2009).

El SOATIF-o es una herramienta observacional diseñada para evaluar la fortaleza de la alianza terapéutica en el contexto de la terapia familiar y de pareja desde un modelo multidimensional y transteórico, basado en la concepción de la alianza como factor común, no específico, de la terapia familiar (Friedlander et al., 2006a). En el instrumento están representados los miembros de la familia y el

terapeuta, permitiendo evaluar, para cada sesión y de manera independiente, cómo ambos sistemas construyen la alianza terapéutica.

El SOATIF-o está formado por indicadores conductuales que se agrupan y reflejan las cuatro dimensiones del modelo (ampliamente explicadas en el apartado 4.2.4. El modelo SOATIF): (1) *Enganche*, (2) *Conexión emocional*, (3) *Seguridad* y (4) *Compartir el propósito*. Cada dimensión está compuesta por indicadores que ejemplifican las contribuciones favorables y desfavorables a la alianza. La lista de indicadores está compuesta por 43 descriptores para el análisis de la contribución del terapeuta (ver Apéndice A) y 44 descriptores para los miembros de la familia (ver Apéndice B).

El procedimiento de evaluación de las sesiones mediante el SOATIF-o consta de dos fases diferenciadas y puede ser realizado con el apoyo de la aplicación informática e-SOATIF. En la primera fase, los evaluadores observan la grabación audiovisual y anotan la ocurrencia de cada indicador para cada uno de los miembros durante el desarrollo de la sesión. El visionado de la grabación debe realizarse tantas veces como sea necesario, con el fin de conseguir ser lo más exacto posible en la detección de los descriptores. Además, es recomendable realizar la evaluación de cada una de las dimensiones para el terapeuta y la familia en procedimientos separados, para facilitar la identificación de todos los indicadores presentes. En la segunda fase, y una vez registrados todos los indicadores de ambos sistemas (familia y terapeuta), se realiza una valoración global de cada una de las cuatro dimensiones del SOATIF. Para realizar la valoración global, siguiendo las directrices específicas del manual, el evaluador puntúa cada dimensión en una escala tipo *Likert* de 7 puntos, que va de un valor de -3 (*muy problemática*) a +3 (*muy fuerte*), con un valor central de 0 (indicando una puntuación no reseñable o neutral en la dimensión).

Finalmente, tras completar las dos fases del procedimiento de evaluación, cada uno de los miembros de la familia y el terapeuta recibe una puntuación para cada una de las cuatro dimensiones. Es importante destacar que se trata de una puntuación asignada siguiendo unas pautas concretas que tienen en cuenta la valencia (positiva o negativa) y la frecuencia del comportamiento, pero también incluye una interpretación contextualizada en función de la intensidad y el significado de la dimensión en el caso particular.

Según el manual del SOATIF-o (Friedlander et al., 2005a), un evaluador necesita de 10 a 15 horas de entrenamiento previo en el análisis de grabaciones antes de alcanzar buenos niveles de fiabilidad. La formación previa debe incluir un buen nivel de comprensión del modelo teórico subyacente, la lectura de ejemplos clínicos y la familiarización con la lista de indicadores, así como sus definiciones operacionales. Del mismo modo, se recomienda el uso de dos equipos de evaluadores independientes para calcular índices de fiabilidad para cada dimensión.

El SOATIF-o ha mostrado buenos niveles de fiabilidad entre evaluadores. En la primera prueba de fiabilidad realizada con la versión en español (Friedlander et al., 2005a), se obtuvieron correlaciones intraclase de .84 en la dimensión *Enganche*, .82 en *Conexión emocional*, .88 en *Seguridad* y .93 en *Compartir el propósito*. En la versión en inglés (Friedlander et al., 2005b), las correlaciones intraclase obtenidas fueron de .89 en la dimensión *Enganche*, .88 en *Conexión emocional*, .74 en *Seguridad* y .95 en *Compartir el propósito*. En cinco estudios posteriores, los autores han obtenido correlaciones intraclase que van desde .72 hasta .95 (Friedlander et al., 2006b). Escudero et al. (2008), en un estudio que analizó la fiabilidad en las observaciones de una selección aleatoria del 25% de las sesiones, obtuvo una media de correlaciones intraclase de .73 en la dimensión *Enganche*, .76 en *Conexión emocional*, .84 en *Seguridad* y .96 en *Compartir el propósito*.

#### **8.4. Procedimiento**

En primer lugar, se detallará el procedimiento de recogida de datos que las dos fases del estudio tienen en común y, posteriormente, se expondrá el procedimiento específico que se siguió para cada una de las mismas.

Inicialmente, tras detectar una necesidad en la atención psicoterapéutica de familias con progenitores divorciados en el contexto de la Escuela de Terapia Familiar del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, iniciamos la recogida de datos para desarrollar la presente investigación. El primer contacto con las familias fue telefónico, para informarles de la documentación que necesitaban cumplimentar antes de la primera visita. Una vez rellenada y firmada la solicitud de terapia familiar (Apéndice C), se les citó para iniciar el proceso terapéutico.

Teniendo en cuenta las familias que cumplieron los criterios de inclusión previamente citados, llevamos a cabo 112 sesiones de terapia familiar, divididas en 16 casos. La investigadora principal formó parte del equipo terapéutico, asistió a todas las sesiones y elaboró un diario de campo a partir de la experiencia vivenciada durante las sesiones. Se utilizó la observación y experiencia directa de la investigadora para enriquecer el estudio y los posibles sesgos asociados fueron supervisados con varias medidas que se explicarán más adelante (ver apartado 8.6. *Criterios evaluativos de calidad*).

Los casos fueron vistos siguiendo un mismo orden de convocatoria. Primero se citó al núcleo principal de convivencia, es decir, al hijo y al progenitor con el que convive. Pese a que en este primer encuentro se convocó al hijo, gran parte de la primera sesión se realizó a solas con el *Progenitor C*. Posteriormente se concertó una visita con el otro progenitor (*Progenitor NC*). El equipo terapéutico estableció visitas individuales iniciales con ambos progenitores debido a la elevada probabilidad de encontrar altos niveles de hostilidad entre los miembros de la familia, que en algunos casos llevaban años sin mantener contacto. El objetivo de las sesiones individuales fue la preparación de la sesión conjunta, dirigida al establecimiento de una colaboración de ambos progenitores en la terapia. Tras las sesiones individuales se propuso una sesión conjunta con ambos progenitores. En 4 de los 16 casos no se llegó a producir una sesión conjunta, por negativa explícita de una o ambas partes. Las sesiones, tanto en el formato individual como conjunto, tuvieron una duración aproximada de una hora.

El equipo terapéutico trabajó desde un modelo de terapia familiar sistémica centrado en la teoría de Linares (1996/2015), cuyos fundamentos han sido expuestos a lo largo del capítulo 5. *Familias y separación conflictiva*. La intervención terapéutica tuvo como objetivo la mejora de la problemática a nivel familiar, orientada hacia las dificultades que presentaba el hijo. Puesto que la presente investigación se centra en el análisis de sesiones iniciales, es importante destacar que el objetivo principal con la familia se fijó en lograr una colaboración mínima entre los progenitores que permitiese el desarrollo de la terapia desde un abordaje relacional. De este modo, las sesiones individuales con cada progenitor se focalizaron en preparar la sesión conjunta con ambos. En palabras de Friedlander et al. (2006a), se trató de conseguir un “*minimally workable shared sense of purpose* [sentido de compartir el propósito

mínimamente viable]”. Como hemos presentado anteriormente, varios estudios han probado los beneficios de una coparentalidad no conflictiva que, sin requerir de una interacción constante por parte de los progenitores separados, implica algún grado de comunicación entre ellos en referencia a la crianza (Bolaños, 2015; Lamela & Figueiredo, 2016). En coherencia, se trató de lograr la comunicación de los progenitores respecto a su hijo y, por consiguiente, respecto a la terapia familiar.

Con el fin de poder comparar los casos en función de la alianza intrasistema de los progenitores, realizamos un análisis previo (*Fase 0*) centrado en la dimensión conjunta del SOATIF-o (*Compartir el propósito de la terapia en la familia*) durante todas las sesiones del tratamiento en las que participaron ambos progenitores. En base a este análisis, dividimos la muestra en dos grupos: (1) Casos sin indicadores positivos de alianza intrasistema entre los progenitores durante toda la terapia (en adelante *Casos SIN indicadores positivos*) y (2) casos con indicadores positivos de alianza intrasistema (en adelante *Casos CON indicadores positivos*). Los casos del 1 al 9 corresponden al grupo de *Casos SIN indicadores positivos* y los casos restantes, del 10 al 16, conformaron el grupo de *Casos CON indicadores positivos*.

La decisión de dividir los grupos en función de la presencia de indicadores y no en función de la puntuación global obtenida en la dimensión fue tomada considerando la importancia de identificar oportunidades de cambio mínimo. En otras palabras, nos centramos en responder a la necesidad de estudiar “micro-outcomes” en psicoterapia (Friedlander et al., 2016b, p.463). Al centrarnos en un proceso de cambio en la alianza intrasistema de progenitores en un contexto conflictivo y en el que se han demostrado tantas dificultades de manejo terapéutico, consideramos apropiado realizar un análisis detallado, partiendo de unidades de análisis más pequeñas que las puntuaciones globales, es decir, la lista de indicadores. En este sentido, la distribución de los grupos no implicó necesariamente la consolidación de una alianza intrasistema (puntuaciones globales positivas en la dimensión *Compartir el propósito* del SOATIF-o) o el éxito terapéutico final, sino la aparición de indicadores positivos. Las familias cuyos progenitores acordaron seguir un proceso terapéutico, pero se negaron a participar en una sesión conjunta (Casos 6, 7, 8 y 9), fueron incluidas en el grupo *Casos SIN indicadores positivos*. En el Apéndice E se pueden consultar las valoraciones realizadas con el SOATIF-o que se tuvieron en cuenta para la división de los dos grupos.

Para procurar la correcta fiabilidad en la categorización realizada con SOATIF-o, llevamos a cabo un procedimiento en el que intervinieron varios observadores y en el que se calcularon los correspondientes índices de concordancia. Las medidas seguidas y los resultados de la evaluación del acuerdo entre observadores se detallan en el apartado 8.6. *Criterios evaluativos de calidad.*

#### **8.4.1. Procedimiento – Fase 1**

La primera fase se dedicó al estudio descriptivo de la alianza terapéutica inicial con progenitores separados en conflicto. Asimismo, realizamos un estudio comparativo de los casos en función de la alianza intrasistema entre los progenitores.

Una vez divididos los grupos en función de la presencia de indicadores positivos de alianza intrasistema de los progenitores (*Fase 0*), seleccionamos para el análisis mediante el SOATIF-o las primeras sesiones con cada uno de los progenitores por separado y la primera sesión conjunta con ambos progenitores. Dicha selección se realizó en base a unos motivos concretos. En primer lugar, respondiendo a la necesidad de mejorar la gestión e intervención de las familias derivadas con progenitores separados en conflicto, consideramos que sería de gran utilidad la identificación de factores comunes en las fases tempranas del tratamiento con dichos casos. La información obtenida serviría para guiar decisiones referentes a la convocatoria, posible derivación u otros aspectos del proceso terapéutico. En segundo lugar, elegimos para el análisis la fase inicial del tratamiento por ser susceptible de proporcionar más información sobre la dimensión en la que se centra el estudio. Como señalan Friedlander, et al. (2006a), se espera que la dimensión de *Compartir el Propósito* tenga un papel fundamental en la fase dedicada a la negociación de metas terapéuticas.

Pese a que el SOATIF-o se diseñó para estudiar y comprender la alianza en terapia conjunta, los mismos autores señalan que las dimensiones individuales también se pueden aplicar en sesiones con un solo miembro de la familia (Friedlander et al. 2006a). En un estudio que publicamos recientemente junto con una de las autoras del SOATIF-o, utilizamos el instrumento con éxito en terapia individual (Friedlander et al, 2016a). En la presente investigación analizamos únicamente las dimensiones *de Enganche en el proceso, Conexión emocional y Seguridad* en las

primeras sesiones individuales y el total de las cuatro dimensiones en las primeras sesiones conjuntas.

Como se representa gráficamente en la Figura 6, la *Fase 1* se dividió a su vez en dos procedimientos llevados a cabo en orden consecutivo. El primero consistió en un análisis descriptivo y detallado de las características de la alianza terapéutica mediante el SOATIF-o, centrado en la fase inicial del proceso terapéutico. Posteriormente, comparamos los resultados globales de las sesiones iniciales de ambos grupos (*Casos CON indicadores positivos* vs. *Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema*). Esta comparación nos permitió detectar las diferencias entre grupos en las dimensiones de *Enganche*, *Conexión emocional* y *Seguridad*.

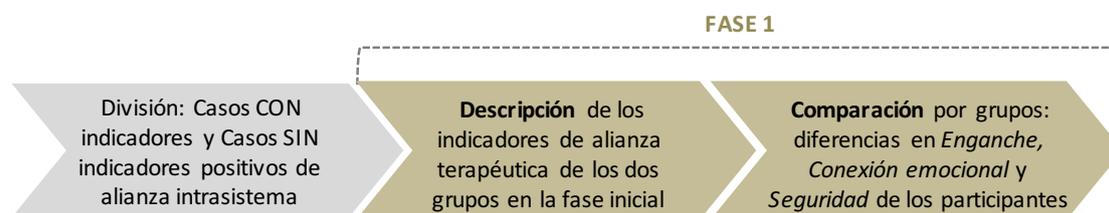


Figura 6. Procedimiento seguido en la Fase 1.

#### 8.4.2. Procedimiento - Fase 2

En esta tesis doctoral desarrollamos la *Fase Orientada al Descubrimiento*<sup>6</sup> de la metodología de *Task Analysis* (Greenberg, 2007) que, como hemos explicado anteriormente, tiene como objetivo la construcción de un modelo de proceso de cambio intrasesión para una tarea específica en psicoterapia (ver capítulo 6. *El estudio de procesos de cambio en psicoterapia*). La tarea seleccionada en el presente estudio fue un cambio exitoso en la alianza intrasistema de la pareja parental en terapia familiar en casos con divorcio conflictivo. Es decir, un inicio de colaboración entre los progenitores en la terapia. En la Figura 7 se ofrece un resumen gráfico de los pasos que seguimos, los cuales se describen con mayor detalle a continuación.

<sup>6</sup> Aunque nos centramos en la Fase orientada al descubrimiento, con el objetivo de simplificar la terminología, nos referiremos a ésta como *Task Analysis*.

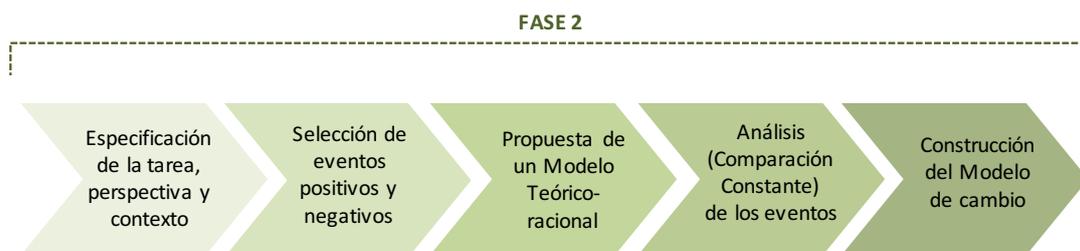


Figura 7. Procedimiento seguido en la Fase 2.

Una vez definida la tarea a analizar, siguiendo la nomenclatura típicamente empleada, denominamos Eventos Positivos a aquellas secuencias de sesión que mostraron una resolución exitosa de dicha tarea, es decir, un cambio positivo en la alianza intrasistema. Asimismo, denominamos Eventos Negativos a aquellas secuencias que no mostraron un cambio positivo y, por lo tanto, en las que se mantuvo una alianza intrasistema problemática durante toda la sesión. En el apartado siguiente se detalla el proceso que se siguió para la selección de eventos.

Realizamos la transcripción literal de todas las sesiones que contenían los eventos para poder facilitar la precisión del análisis. Analizamos los Eventos Positivos en primer lugar, mediante un exhaustivo procedimiento inductivo, y posteriormente los comparamos con los Eventos Negativos, en un proceso constante de interacción inductiva-deductiva. El resultado de dicho análisis y comparación permitió identificar los componentes clave sobre los que sustentar la construcción de un modelo de cambio exitoso en la alianza intrasistema en casos con progenitores separados en conflicto.

#### 8.4.2.1. Selección de sesiones y eventos

Según la metodología de *Task Analysis*, para poder identificar los elementos y patrones óptimos que llevan a la familia y al terapeuta a un determinado objetivo, se deben contrastar casos de éxito y casos de fracaso en la resolución de dicha tarea (Pascual-Leone et al., 2009).

Para poder analizar un proceso de cambio mediante *Task Analysis*, el investigador tiene que definir e identificar el punto inicial y final de la tarea (Greenberg, 2007). De esta manera, los Eventos Positivos tienen que estar definidos por un marcador inicial (negativo) y un marcador final (positivo), indicando la

presencia de una evolución positiva. En el caso de los Eventos Negativos, solo se podrá identificar un marcador inicial (negativo) y comprobar la ausencia de subsecuentes marcadores positivos en la sesión, constatándose una dinámica de no-cambio intrasesión. La identificación de Eventos Positivos y Eventos Negativos exige, por lo tanto, establecer claramente en qué consiste la resolución de la tarea a analizar.

En el marco de esta investigación, la tarea consiste en un inicio de alianza intrasistema entre los miembros de la pareja parental, definido como un cambio en los indicadores de la dimensión del SOATIF *Compartir el propósito*. Para la selección de los eventos a analizar, seguimos el mismo procedimiento empleado en otros estudios que han utilizado la metodología de *Task Analysis* a partir de las dimensiones del SOATIF-o (Higham et al. 2012). Así, en una primera selección, escogimos como posibles Eventos Positivos aquellas sesiones conjuntas que mostraron indicadores tanto negativos como positivos en la dimensión *de Compartir el propósito* (valoradas, por lo tanto, con una puntuación de -1, 0 ó +1). Como posibles Eventos Negativos escogimos sesiones que tuvieran solo indicadores negativos en dicha dimensión.

A partir de la selección inicial, realizamos una observación detallada de los indicadores de cada sesión con el fin de identificar secuencias de cambio positivo. Finalmente, los Eventos Positivos se identificaron por el paso de un indicador negativo a un indicador positivo en la dimensión intrasistema de la alianza terapéutica (*Compartir el propósito*) del SOATIF-o y, siguiendo el mismo criterio, se consideraron Eventos Negativos aquellos que solo obtuvieron indicadores negativos en la misma dimensión.

Como se afirma en la guía para la realización de *Task Analysis* elaborada por Greenberg (2007), la identificación de cambios positivos debe basarse tanto en medidas validadas como en la observación clínica del investigador. En este estudio, la resolución positiva se estableció con el instrumento SOATIF-o, pero en ningún caso obviamos la importancia de la contextualización clínica. Con un equipo formado por la investigadora principal y tres terapeutas familiares, corroboramos y consensuamos los marcadores positivos y negativos de cada evento. Es importante remarcar que, pese a que el cambio orientativo se fijó en base a los indicadores obtenidos mediante el SOFTA-o, utilizamos un criterio clínico y contextualizado para determinar el

momento exacto en el que se empezaba a producir una tendencia positiva en la alianza intrasistema entre los progenitores. Puesto que nos centramos en el estudio de cambios mínimos, dicho procedimiento permitió asegurar que se tenían en cuenta los comportamientos sutiles y específicos que podían no haber quedado recogidos en la observación mediante el sistema de categorías del SOATIF-o.

Finalmente, para realizar el *Task Analysis* identificamos un total de diez eventos en las sesiones conjuntas con ambos progenitores: Eventos Positivos A, B, C, D y E (correspondientes a los casos 10, 11, 12, 13 y 14) y Eventos Negativos F, G, H, I y J (correspondientes a los casos 1, 2, 3, 4 y 5). Los eventos de cambio positivo se identificaron en la primera sesión conjunta con los progenitores tras las sesiones individuales, a excepción del caso 10, en el que el cambio se observó en la siguiente sesión conjunta. En el Apéndice F se describen los fragmentos de sesión que sirvieron como marcadores para establecer el inicio y final de los diez eventos. No formaron parte del análisis de la *Fase 2* aquellas sesiones conjuntas en las que, pese a aparecer indicadores positivos, no se apreció un cambio de la alianza intrasistema dentro de la sesión (casos 15 y 16).

Cabe recordar que esta tesis doctoral se ubica en el ámbito de la investigación de proceso. En este sentido, el interés estuvo completamente focalizado en los eventos de cambio, que deben diferenciarse del interés en el resultado final de la terapia. Del mismo modo, el presente estudio se centra en la construcción inicial de la alianza intrasistema y no en patrones de *ruptura* de la alianza en fases más avanzadas de la terapia, es decir, cuando previamente ya se ha establecido una buena relación y se identifica una caída posterior en la misma (Safran & Muran, 2000).

#### **8.4.2.2. Pasos previos al análisis de eventos**

Como indica el procedimiento de la *Fase Orientada al Descubrimiento* de la metodología de *Task Analysis* (explicada con detalle en el apartado 6.3. *La metodología de Task Analysis*), antes de iniciar el análisis detallado de los Eventos positivos y Eventos Negativos, los investigadores tienen que realizar cuatro pasos previos (Greenberg, 2007). Los cuatro pasos se llevaron a cabo durante una estancia de investigación en la *University at Albany, State University of New York*, contando

con la supervisión de expertos en el ámbito de la terapia familiar, alianza terapéutica e investigación de proceso.

- (1) *Especificar la tarea a analizar*: se analiza el cambio positivo en la alianza intrasistema en terapia familiar con progenitores separados en conflicto. En términos del modelo SOATIF, la tarea implica el paso de un indicador negativo a un indicador positivo de los progenitores en la dimensión de *Compartir el propósito*.
- (2) *Explicar los fundamentos teóricos, perspectiva y presupuestos de la investigadora*: en el apartado 2. *Paradigma y perspectiva de investigación*, así como en el apartado 8.4. *Procedimiento*, se puede encontrar información detallada para contextualizar la orientación que guio tanto la terapia como el desarrollo de la presente investigación.
- (3) *Especificación del contexto de intervención en el que ocurre la tarea (task environment)*: a través de la observación directa e indirecta de sesiones de psicoterapia reales, identificamos qué tipo de intervenciones se estaban siguiendo para resolver la tarea. Las observaciones de la investigadora fueron contrastadas con la información procedente de las reuniones de equipo que se llevaron a cabo antes y después de las sesiones. En este paso también consideramos las conclusiones de trabajos previos en los que analizamos en profundidad un caso a partir de un enfoque narrativo (Günther, 2012; Günther et al., 2015). Finalmente, se configuró un esquema para resumir el contexto de intervención (Apéndice G).
- (4) *Construcción del modelo teórico-racional (rational model)*: basándonos en la descripción del contexto realizada en el paso anterior y en la revisión de la literatura, desarrollamos un diagrama con una primera propuesta del proceso de cambio. Posteriormente, en repetidas reuniones del equipo investigador, el diagrama fue comentado y modificado hasta que, finalmente, se consensó una posible secuencia para el desarrollo exitoso de la tarea (Apéndice H).

Aunque se considera preferible construir un modelo de cambio basado en pasos secuenciales, no es imprescindible (Coulehan et al., 1998; Higham et al. 2012).

Nuestras reflexiones acerca del modelo contemplaron el posible funcionamiento recursivo y circular de los comportamientos de los participantes (terapeuta y progenitores). Además, al tratarse de un estudio exploratorio y en una fase completamente orientada al descubrimiento, asumimos desde un principio que las expectativas podían quedar totalmente desconfirmadas tras el análisis inductivo de las sesiones. Por consiguiente, es importante remarcar que, pese a anticipar un modelo teórico-racional basado en nuestra experiencia en terapia familiar sistémica, situamos el énfasis de la investigación en el análisis inductivo, es decir, en la construcción de un modelo que emergiera de los mismos datos analizados.

## **8.5. Análisis de datos**

Siguiendo un diseño mixto explicativo, la investigación se dividió en la *Fase 1* y la *Fase 2*, en las que analizamos datos cuantitativos y cualitativos, respectivamente.

### **8.5.1. Análisis de datos – Fase 1**

En primer lugar, realizamos un análisis descriptivo basado en las frecuencias de aparición de los indicadores de las cuatro dimensiones del SOATIF-o. De este modo, en función de la presencia o ausencia de determinados indicadores, pudimos configurar un perfil inicial de los casos participantes en relación con la alianza terapéutica. En esta misma fase, también exploramos dos tipos de problemas en la alianza: alianzas divididas y seguridad negativa. Para identificar las alianzas divididas nos basamos en el procedimiento realizado por Muñiz et al. (2009), es decir, atendiendo a la diferencia de las puntuaciones de la dimensión de *Conexión emocional* de los progenitores (tomando como unidad de diferencia la desviación típica). Aun así, igual que Abascal (2011), consideramos la existencia de alianza dividida problemática si al menos uno de los miembros tenía una puntuación negativa en la dimensión.

En segundo lugar, usando el programa estadístico IBM-SPSS® (versión 22.0), realizamos un análisis comparativo entre grupos independientes mediante la prueba no paramétrica *U* de Mann Whitney. En el ámbito de la investigación en psicología, la prueba *U* de Mann Whitney ha sido reconocida como una excelente alternativa a la

comparación de medias (*T* de Student) para muestras reducidas que no cumplen los supuestos de normalidad (Nachar, 2008). Se calculó el tamaño del efecto mediante el estadístico *r* de Rosenthal. Para la interpretación del tamaño del efecto utilizamos los criterios citados en Field (2005), que establecen un tamaño del efecto pequeño en valores de .20 a .50, moderado en valores de .50 a .80 y grande en valores superiores a .80. Con este análisis comparativo pudimos identificar diferencias significativas entre las puntuaciones de las distintas dimensiones individuales de la alianza terapéutica, comparando aquellos casos que habían mostrado indicadores positivos de alianza intrasistema y aquellos que habían mostrado indicadores constantemente negativos.

### 8.5.2. Análisis de datos - Fase 2

Analizamos las 10 transcripciones literales de los Eventos Positivos y Eventos Negativos mediante el método cualitativo de Comparación constante, que implica un proceso iterativo de reducción de datos a través de la recodificación continua (Glaser & Strauss, 1967). En el método de Comparación constante, los datos son conceptualizados y a su vez comparados entre sí de forma sistemática, permitiendo la emergencia de códigos en fases iniciales y la creación de categorías (a través de la agrupación de códigos) a medida que avanza el análisis. Dicho proceso implica la interacción constante con los datos textuales, en un proceso de análisis intenso y repetitivo de las transcripciones. El procedimiento analítico se escogió en coherencia con el carácter exploratorio del estudio, respondiendo a la necesidad de realizar un análisis inicial totalmente inductivo. Utilizamos el apoyo del *Software Atlas.ti®* (versión 1.0.43 para Mac, con la licencia *Certified Atlas.ti Student Trainer* de la investigadora principal) para ayudar en la gestión del gran volumen de datos textuales que se incluyó en el análisis.

Concretamente, seguimos los tres procedimientos analíticos descritos por Strauss y Corbin (1990) para la aplicación del método de Comparación constante: *codificación abierta (open coding)*, *codificación axial (axial coding)* y *codificación selectiva (selective coding)*.

En primer lugar, realizamos una *codificación abierta*, en la que se empezó a conceptualizar el texto, separando cada frase y otorgándole una etiqueta, idea o nombre que la representase. A través de este mismo proceso de codificación, algunas

categorías fueron emergiendo a través de la agrupación de códigos bajo una propiedad común. De esta manera empezamos a fragmentar el desarrollo de la tarea (cambio positivo en la alianza intrasistema de los progenitores) en las distintas actuaciones del terapeuta y los progenitores.

En segundo lugar, las categorías y subcategorías creadas en la codificación abierta se volvieron a unir, creando conexiones entre ellas en el proceso denominado *codificación axial*. En la codificación axial, el proceso de categorización sigue abierto, pero va más allá de la unión bajo una propiedad común. Cada categoría es examinada y relacionada en función de sus condiciones causales, propiedades, contexto, acción/interacción y consecuencias. De esta manera establecimos relaciones entre las distintas actuaciones del terapeuta y los progenitores, que les llevaron, en último lugar, a una mejora de la alianza intrasistema.

En tercer y último lugar, realizamos un último procedimiento analítico, la *codificación selectiva*. Se trata de integrar toda la información obtenida hasta el momento (códigos, subcategorías y categorías) y organizarla en base a una línea argumental. De esta manera, construimos un mapa del cambio en la alianza intrasistema, en el que se pudo incluir cada una de las actuaciones del terapeuta y los progenitores en un orden lógico.

Aunque ha sido tradicionalmente asociado con la metodología de *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967), el método de Comparación constante ha sido también defendido como un conjunto de procedimientos que pueden llevarse a cabo en investigaciones con otro tipo de enfoque (Fram, 2013). El método de Comparación constante ha sido empleado con éxito en otros estudios de terapia familiar, como procedimiento analítico empleado dentro de la metodología de *Task Analysis* (Coulehan et al., 1998; Higham et al., 2012; Vaughn, 2004).

## 8.6. Criterios evaluativos de calidad

Puesto que no se ciñen a un modelo único, los criterios de calidad de una investigación mixta deben ser definidos en base a la naturaleza y los objetivos de cada estudio (Bryman, 2006).

Para asegurar la calidad de la investigación, seguimos los criterios orientativos citados por Creswell y Plano-Clark (2011, p.267). Dichos autores proponen cinco aspectos que el investigador debe considerar: (1) recoger datos cuantitativos y cualitativos, (2) emplear procedimientos rigurosos en la recogida y análisis de datos, (3) incluir el uso de un diseño mixto de investigación e integrar las características del estudio consistentes con el diseño, (4) enmarcar el estudio dentro de unos supuestos filosóficos, (5) transmitir el estudio usando términos consistentes con los usados actualmente en el ámbito de los métodos mixtos.

Además, como añaden Creswell y Plano-Clark (2011), para la evaluación de una investigación con diseño mixto, se pueden usar los estándares establecidos en la literatura para el trabajo con ambos tipos de datos. A continuación, se especifican las medidas que adoptamos para procurar la calidad de la investigación en las dos fases en las que se divide esta tesis doctoral.

#### **8.6.1. Fiabilidad del análisis mediante el SOATIF-o**

Para procurar una buena fiabilidad en la categorización de las observaciones mediante el instrumento SOATIF-o, formamos un equipo de 4 observadores, tres mujeres y un hombre, con una media de edad de 31 años, psicólogos y psicoterapeutas con formación en Terapia Familiar Sistémica. Todos los observadores teníamos formación específica en el uso del SOATIF-o y un entrenamiento de entre 10 y 20 horas realizado con casos distintos a los analizados en este estudio.

Las sesiones se analizaron de manera independiente y se revisaron formando equipos de dos observadores junto con la investigadora principal, que evaluó todas las sesiones. Para calcular el acuerdo entre observadores utilizamos el índice *Kappa* de Cohen (1960) para dos observadores en una muestra seleccionada aleatoriamente del 30% del total de sesiones. Obtuvimos medias de concordancia de .88 en la dimensión de *Enganche*, .85 en la dimensión de *Conexión emocional*, .81 en la dimensión de *Seguridad* y .90 en la dimensión de *Compartir el propósito*. Para la interpretación del índice *Kappa* se tomaron los valores de referencia propuestos por Landis & Koch (1977), considerando como aceptable un valor de .40 y excelente un valor superior a .75.

### 8.6.2. Confiabilidad en el análisis de datos cualitativos

Lincoln y Guba (1985) propusieron el concepto de *confiabilidad* para definir el conjunto de procedimientos dirigidos a asegurar el rigor de las investigaciones cualitativas. Propusieron los *criterios paralelos*<sup>7</sup> de (a) credibilidad, (b) transferibilidad, (c) dependibilidad y (d) confirmabilidad, en contraposición a los conceptos cuantitativos de validez interna, validez externa, fiabilidad y objetividad respectivamente.

Para la presente tesis nos basamos en los citados criterios paralelos, siguiendo la guía elaborada por Morrow (2005) para el control de calidad y confiabilidad de investigación cualitativa en psicología. La *credibilidad* se consigue a través del contacto con los participantes, la observación persistente, el uso de coanalistas y procesos de supervisión por pares que garanticen el rigor del procedimiento. La *transferibilidad* se refiere al grado en el que lector puede aplicar los resultados de la investigación a su propio contexto. La *dependibilidad* se procura proporcionando la información suficiente para asegurar la consistencia de los resultados a través del tiempo, investigadores y técnicas de análisis. Finalmente, la *confirmabilidad* se relaciona con el hecho de asegurar que los resultados representen la situación estudiada por encima de las creencias del investigador.

Los procedimientos que usamos para asegurar la *credibilidad* de esta tesis doctoral incluyeron la observación persistente de las sesiones, la implicación con los participantes, la consulta con supervisores externos y el análisis mediante la comparación con casos (eventos) negativos. La misma investigadora principal realizó la observación directa, transcripción literal y codificación de las sesiones, con la intención de garantizar la captación e integración de todos los aspectos relevantes para la investigación. El hecho de que la investigadora principal formase parte del equipo terapéutico que llevó los casos estudiados, se utilizó para enriquecer el estudio. El posicionamiento activo permitió un trabajo de intensa observación directa y la elaboración de un diario de campo que complementó la posterior observación indirecta y análisis de las grabaciones. Todo el proceso y las posibles inferencias asociadas con la implicación directa de la investigadora fueron supervisadas en reuniones periódicas con los directores de la presente tesis doctoral.

---

<sup>7</sup> Para la denominación de los criterios utilizamos la traducción de Valles (1999).

La *transferibilidad* se procuró mediante la exhaustiva descripción de la perspectiva de la propia investigadora, el contexto de investigación, el proceso y los participantes. Proporcionamos toda la información que consideramos necesaria para que el lector valorase la aplicación de los resultados en su contexto particular.

Finalmente, para asegurar la *dependibilidad* y la *confirmabilidad* del estudio, elaboramos un documento en el que se fueron describiendo las actividades de investigación. Dicho documento fue examinado en las reuniones periódicas con los directores de la tesis doctoral, introduciendo una opinión crítica que permitió consensuar el desarrollo de cada uno de los pasos realizados. Del mismo modo, como expone Vaughn (2004), el modelo teórico-racional elaborado previamente al análisis cualitativo (Apéndice H), cumplió la función de mostrar las inclinaciones de los analistas.

## 9. Resultados

---

Para la presentación de los resultados se seguirá el mismo orden establecido en la exposición de los objetivos de investigación.

### 9.1. Análisis descriptivo (Fase 1)

En relación al *Objetivo Específico 1*, detallar mediante un análisis descriptivo las puntuaciones globales y las frecuencias de todos los indicadores de la alianza terapéutica según el modelo SOATIF de las sesiones iniciales (tanto individuales como conjuntas) de los casos que conforman el estudio, se describirán en este apartado los resultados que responden tanto a los comportamientos observables de los progenitores como a las contribuciones del terapeuta.

Es importante recordar que en las sesiones individuales se evaluaron las dimensiones cuyos indicadores permiten ser valorados sin la presencia de otro miembro de la familia (dimensiones de *Enganche*, *Conexión emocional* y *Seguridad*), mientras que en las sesiones conjuntas se valoraron todas las dimensiones del modelo SOATIF (*Enganche*, *Conexión emocional*, *Seguridad* y *Compartir el propósito*).

#### 9.1.1. Descripción de las puntuaciones globales

En la Tabla 7 se pueden observar las puntuaciones de las sesiones individuales y conjuntas del grupo de casos que no mostraron indicadores positivos de alianza intrasistema en ningún momento del proceso terapéutico (*Casos SIN indicadores positivos*). Del mismo modo, en la Tabla 8 se exponen las puntuaciones globales

obtenidas en las sesiones individuales y conjuntas con el grupo de casos que mostraron indicadores positivos de alianza intrasistema (*Casos CON indicadores positivos*). Como se puede observar, los grupos se conformaron por 9 casos (n=18 progenitores) que no mostraron ningún indicador positivo de alianza intrasistema y 7 casos (n=14 progenitores) en los que se observaron indicadores de alianza intrasistema.

En cuanto a las dimensiones de *Enganche*, *Conexión emocional* y *Seguridad*, evaluadas en primeras sesiones individuales, se observaron puntuaciones iniciales negativas en algunos progenitores del grupo de *Casos SIN indicadores positivos*, a diferencia del grupo de *Casos CON indicadores positivos*, en el que las dimensiones mencionadas no fueron puntuadas negativamente en ninguna de las primeras sesiones individuales. En los *Casos SIN indicadores positivos*, las dimensiones de las sesiones individuales con ambos progenitores obtuvieron resultados que partieron de alianzas *ligeramente problemáticas* (puntuaciones de -1), obteniendo también valoraciones *neutrales* (puntuación de 0), *ligeras* (puntuaciones de +1) y *bastante fuertes* (puntuaciones de +2). En los *Casos CON indicadores positivos*, las dimensiones de las sesiones individuales de ambos progenitores obtuvieron valoraciones *neutrales* (puntuaciones de 0), alcanzando también valoraciones positivas *ligeras* (puntuaciones de +1) o *bastante fuertes* (puntuaciones de +2).

Siguiendo con las sesiones individuales, no se observaron valores negativos en las puntuaciones referentes al terapeuta. Todas las puntuaciones globales del terapeuta partieron de valores *neutrales* y alcanzaron puntuaciones *ligeras* (puntuaciones de +1) y *bastante fuertes* (puntuaciones de +2) en ambos grupos. En el Caso 1 se observa la única puntuación máxima +3 (*muy fuerte*) en la dimensión de *Conexión emocional* en la sesión individual con el Progenitor C, en este caso la madre.

Pasando a describir las sesiones conjuntas, se observaron valores que oscilaron entre alianzas *muy problemáticas* (puntuaciones de -3) hasta alianzas *ligeras* (puntuaciones de +1) en las dimensiones de *Enganche*, *Conexión emocional* y *Seguridad* en los progenitores del grupo de *Casos SIN indicadores positivos*. Por el contrario, no se valoró negativamente ninguna de estas dimensiones en el grupo de *Casos CON indicadores positivos*, en las que las puntuaciones globales partieron de valores *neutrales* (puntuaciones de 0) y alcanzaron puntuaciones de alianzas *ligeras* (puntuaciones de +1) y *bastante fuertes* (puntuaciones de +2) en los progenitores.

Prestando atención a la misma dimensión que sirvió para dividir a los participantes en dos grupos, *Compartir el propósito*, la fuerza de la alianza fue valorada como *bastante problemática* (puntuaciones de -2) y *muy problemática* (puntuaciones de -3) en las primeras sesiones conjuntas de aquellos *Casos SIN indicadores positivos* de alianza intrasistema en el transcurso de toda la terapia. En cambio, en el grupo de *Casos CON indicadores positivos*, las puntuaciones fueron en su mayor parte valoradas como alianzas *neutrales* (puntuaciones de 0) o *ligeras* (puntuaciones de +1), habiendo también una valoración *ligeramente problemática* (puntuación de -1).

Finalmente, en referencia a las contribuciones generales del terapeuta en las sesiones conjuntas de los *Casos SIN indicadores positivos* de alianza intrasistema, las puntuaciones fueron en su mayoría positivas, con valoraciones *ligeras* (puntuaciones de +1) y *bastante fuertes* (puntuaciones de +2). En el Caso 2 se observaron las únicas valoraciones de alianzas *muy fuertes* (puntuaciones de +3) en las dimensiones de *Enganche* y *Seguridad*. No se observaron puntuaciones negativas, siendo las más bajas valoradas como *neutrales*, registradas en las contribuciones a las dimensiones de *Conexión emocional* y *Compartir el propósito* del Caso 5 y *Compartir el propósito* del Caso 2.

En los *Casos CON indicadores positivos* tampoco se realizaron valoraciones negativas de las contribuciones del terapeuta. En este último grupo de casos, las puntuaciones oscilaron desde valores *neutrales* hasta puntuaciones de +3 en dos de las familias atendidas (ver Tabla 8), indicando contribuciones *muy fuertes* por parte del terapeuta, concretamente en las dimensiones de *Conexión emocional* y *Seguridad* (Caso 11) y *Seguridad* (Caso 14).

Tabla 7

*Puntuaciones globales obtenidas en el SOATIF-o para los Casos SIN indicadores positivos en la alianza intrasistema*

Caso	Miembro	Sesión Individual Progenitor C			Sesión Individual Progenitor NC			Sesión Conjunta 1			
		Enganche	Conexión	Seguridad	Enganche	Conexión	Seguridad	Enganche	Conexión	Seguridad	Compartir
1	Madre (c)	1	1	0	--	--	--	1	0	-1	-3
	Padre	--	--	--	2	0	-1	1	0	-1	-3
	Terapeuta	2	3	1	1	2	1	1	1	2	2
2	Madre	--	--	--	2	1	-1	1	0	-1	-3
	Padre (c)	1	1	0	--	--	--	1	0	-2	-3
	Terapeuta	1	1	2	2	2	1	3	1	3	0
3	Madre (c)	1	0	-1	--	--	--	-1	-2	-1	-3
	Padre	--	--	--	1	1	-1	0	1	-1	-3
	Terapeuta	0	1	1	2	2	0	1	2	1	1
4	Madre (c)	1	1	0	--	--	--	0	0	-1	-2
	Padre	--	--	--	2	0	0	0	0	0	-2
	Terapeuta	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1
5	Madre (c)	2	1	1	--	--	--	1	0	1	-2
	Padre	--	--	--	1	0	1	0	-1	0	-2
	Terapeuta	1	1	1	2	1	0	1	0	2	0
6	Madre	--	--	--	1	0	-1	--	--	--	--
	Padre (c)	2	1	0	--	--	--	--	--	--	--
	Terapeuta	2	1	0	1	1	1	--	--	--	--
7	Madre (c)	1	1	0	--	--	--	--	--	--	--
	Padre	--	--	--	1	0	0	--	--	--	--
	Terapeuta	1	1	1	1	0	0	--	--	--	--
8	Madre (c)	1	-1	-1	--	--	--	--	--	--	--
	Padre	--	--	--	0	1	0	--	--	--	--
	Terapeuta	1	0	1	1	1	1	--	--	--	--
9	Madre (c)	1	1	0	--	--	--	--	--	--	--
	Padre	--	--	--	1	1	0	--	--	--	--
	Terapeuta	1	1	0	2	1	0	--	--	--	--

*Nota.* Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo.

Tabla 8

*Puntuaciones globales obtenidas en el SOATIF-o para los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema*

Caso	Miembro	Sesión Individual Progenitor C			Sesión Individual Progenitor NC			Sesión Conjunta 1			
		Enganche	Conexión	Seguridad	Enganche	Conexión	Seguridad	Enganche	Conexión	Seguridad	Compartir
10	Madre (c)	1	1	1	--	--	--	2	0	1	-1
	Padre	--	--	--	1	1	1	1	1	0	-1
	Terapeuta	2	1	0	1	1	1	2	2	2	2
11	Madre (c)	1	1	1	--	--	--	1	1	1	0
	Padre	--	--	--	1	1	1	1	2	1	0
	Terapeuta	1	1	2	1	2	1	2	3	3	1
12	Madre (c)	2	0	1	--	--	--	1	1	1	1
	Padre	--	--	--	1	1	0	2	1	1	1
	Terapeuta	1	1	0	1	1	0	2	1	1	1
13	Madre	--	--	--	1	1	1	1	1	0	0
	Padre (c)	1	1	0	--	--	--	2	1	0	0
	Terapeuta	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1
14	Madre (c)	1	2	2	--	--	--	2	1	1	1
	Padre	--	--	--	1	1	2	1	0	1	1
	Terapeuta	1	2	2	1	2	0	2	2	3	2
15	Madre (c)	1	0	1	--	--	--	1	1	1	1
	Padre	--	--	--	1	0	1	0	1	1	1
	Terapeuta	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0
16	Madre (c)	1	1	0	--	--	--	1	1	1	1
	Padre	--	--	--	2	0	0	1	1	1	1
	Terapeuta	1	1	0	1	1	0	2	2	0	0

*Nota.* Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo.

### 9.1.2. Descripción de los indicadores específicos de cada dimensión

Con el fin de facilitar la lectura de los resultados, se podrá consultar la distribución completa de las frecuencias en una serie de tablas, organizadas por dimensiones y por grupos (*Casos SIN indicadores positivos / Casos CON indicadores positivos*). Se mostrarán tanto los indicadores que estuvieron presentes como aquellos que obtuvieron una frecuencia nula y se comentarán los valores más destacados. Primero se mostrarán los resultados de los indicadores de los progenitores para cada una de las cuatro dimensiones que conforman la alianza terapéutica (*Enganche, Conexión emocional, Seguridad y Compartir el propósito*) y, posteriormente, se repetirá el formato con los resultados de las contribuciones del terapeuta.

### 9.1.2.1. Indicadores de los **progenitores** del grupo **Casos SIN indicadores positivos** en la dimensión **Enganche**

En relación a los *Casos SIN indicadores positivos* (Tabla 9), se observó una evolución descendente en la frecuencia de aparición de indicadores de la dimensión de *Enganche*, siendo mayor en las primeras sesiones individuales que en la primera sesión conjunta. Concretamente, se registraron un total de 28 indicadores en las sesiones conjuntas con los Progenitores C y 36 indicadores en las sesiones con los Progenitores NC, mientras que, en la sesión conjunta, se observaron 6 y 3 indicadores en los Progenitores C y en los Progenitores NC respectivamente.

Centrándonos en las sesiones individuales iniciales, la distribución de la frecuencia de indicadores de la dimensión de *Enganche* se mostró más concentrada. El indicador *“Introduce un problema para discutirlo”* obtuvo una frecuencia de 23 en las sesiones individuales con los Progenitores C y de 26 en las sesiones individuales con los Progenitores NC, suponiendo una frecuencia relativa respecto al total de indicadores observados de .82 y .72 respectivamente. Hubo otros dos indicadores positivos que, con una frecuencia menor, destacaron solo en la sesión individual con los progenitores, estos fueron: *“Indica su acuerdo con las metas propuestas por el terapeuta”* y *“Menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto”*. En sesiones individuales, se observó el indicador negativo *“Muestra indiferencia acerca de las tareas o del proceso de terapia”* con una frecuencia mínima.

Pese a que, en las sesiones conjuntas, uno de los indicadores con mayor frecuencia en la dimensión *Enganche* fue también *“Introduce un problema para discutirlo”*, éste se observó menos veces que en las sesiones individuales, un total de 2 veces en los Progenitores C y 1 vez en los Progenitores NC, siendo la frecuencia relativa de .33 para ambos miembros de la pareja parental. Se observaron indicadores positivos en ambos progenitores que no estuvieron presentes en las sesiones individuales como *“Describe o discute un plan para mejorar la situación”* (en ambos progenitores), *“Acepta hacer las tareas para casa que se le sugieren”*, *“Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo”* (solo en los Progenitores C), *“Cumple las peticiones del terapeuta para discutir o representar alguna interacción”* (solo en el Progenitor NC), aunque fueron registrados con frecuencias mínimas. Por último, el indicador negativo *“Expresa sentirse atascado o dice que la*

*terapia no ha sido o no es útil*” apareció por única vez en una sesión conjunta, por parte del Progenitor C (ver Tabla 9).

Tabla 9

*Indicadores de los progenitores en la dimensión de Enganche en los Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema*

Indicador	Sesión Individual				Sesión Conjunta			
	Progenitor C		Progenitor NC		Progenitor C		Progenitor NC	
	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>
(+) Indica acuerdo con las metas propuestas por el terapeuta	3	.11	4	.11	0	.00	0	.00
(+) Describe o discute un plan para mejorar la situación	0	.00	0	.00	1	.17	1	.33
(+) Introduce un problema	23	.82	26	.72	2	.33	1	.33
(+) Acepta hacer las tareas para casa que se le sugieren	0	.00	1	.03	1	.17	0	.00
(+) Indica que ha hecho una tarea o que la ha visto como útil	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(+) Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo	0	.00	0	.00	1	.17	0	.00
(+) Cumple las peticiones del terapeuta para discutir o representar alguna interacción	0	.00	0	.00	0	.00	1	.33
(+) Se inclina hacia delante (postura corporal)	0	.00	1	.03	0	.00	0	.00
(+) Menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto	1	.04	3	.08	0	.00	0	.00
(-) Expresa sentirse “atascado” o dice que la terapia no ha sido o no es útil	0	.00	0	.00	1	.17	0	.00
(-) Muestra indiferencia acerca de las tareas o del proceso de terapia	1	.04	1	.03	0	.00	0	.00
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>1</b>	<b>36</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

*Nota.* (+) = indicador positivo; (-) = indicador negativo; Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo; *f* = Frecuencia absoluta; *h<sub>i</sub>* = Frecuencia relativa.

### **9.1.2.2. Indicadores de los progenitores del grupo de Casos CON indicadores positivos en la dimensión Enganche**

En cuanto a la dimensión de *Enganche* de los Casos CON indicadores positivos (ver Tabla 10), en las sesiones individuales, se registraron un total de 27 indicadores con los Progenitores C y 25 indicadores en los Progenitores NC. En las sesiones conjuntas, se observaron 21 indicadores en los Progenitores C y 17 indicadores en los Progenitores NC.

De manera similar a los casos que no mostraron colaboración conjunta en la terapia, en las sesiones individuales de los Casos CON indicadores positivos, la frecuencia de indicadores también estuvo concentrada en el indicador “Introduce un

*problema para discutirlo*". Dicho indicador obtuvo una frecuencia de 18 en los Progenitores C y de 19 en los Progenitores NC, obteniendo una frecuencia relativa de .67 y .76 respectivamente. El siguiente indicador con mayor presencia en las sesiones individuales de ambos progenitores fue *"Indica acuerdo con las metas propuestas por el terapeuta"*. El único indicador negativo observado en la sesión individual fue *"Expresa sentirse atascado o dice que la terapia no ha sido o no es útil"*, aunque éste se registró una sola vez en una de las sesiones individuales con un Progenitor C.

En las sesiones conjuntas, la distribución de las frecuencias se repartió entre un número mayor de indicadores que en la sesión individual. El indicador que alcanzó una frecuencia relativa más elevada en ambos progenitores fue *"Describe o discute un plan para mejorar la situación"*. Éste obtuvo una frecuencia de 6 en los Progenitores C y 5 en los Progenitores NC, con una frecuencia relativa de .29 en ambos grupos. Seguidamente, los indicadores más frecuentes fueron, en el caso de los Progenitores C, *"Introduce un problema para discutirlo"*, *"Indica su acuerdo con las metas propuestas por el terapeuta"*, *"Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo"* y *"Menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto"*. En los Progenitores NC, los indicadores *"Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo"* y *"Menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto"* fueron los siguientes con mayor frecuencia. A diferencia de los Casos SIN indicadores positivos, no se observó ningún indicador negativo en la dimensión de *Enganche* en las sesiones conjuntas. De este modo, el indicador negativo observado en la sesión individual con uno de los Progenitores C, *"Expresa sentirse atascado o dice que la terapia no ha sido o no es útil"*, no volvió a aparecer en la sesión conjunta (ver Tabla 10).

Tabla 10

*Indicadores de los progenitores en la dimensión de Enganche en los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema*

Indicador	Sesión Individual				Sesión Conjunta			
	Progenitor C		Progenitor NC		Progenitor C		Progenitor NC	
	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>
(+) Indica acuerdo con las metas propuestas por el terapeuta	5	.19	3	.12	3	.14	2	.12
(+) Describe o discute un plan para mejorar la situación	0	.00	1	.04	6	.29	5	.29
(+) Introduce un problema	18	.67	19	.76	5	.24	1	.06
(+) Acepta hacer las tareas para casa que se le sugieren	0	.00	0	.00	0	.00	2	.12
(+) Indica que ha hecho una tarea o que la ha visto como útil	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(+) Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo	0	.00	2	.08	3	.14	4	.24
(+) Cumple las peticiones del terapeuta para discutir o representar alguna interacción	0	.00	0	.00	1	.05	0	.00
(+) Se inclina hacia delante (postura corporal)	1	.04	0	.00	0	.00	0	.00
(+) Menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto	2	.07	0	.00	3	.14	3	.18
(-) Expresa sentirse “atascado” o dice que la terapia no ha sido o no es útil	1	.04	0	.00	0	.00	0	.00
(-) Muestra indiferencia acerca de las tareas o del proceso de terapia	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>1</b>	<b>25</b>	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>1</b>

*Nota.* (+) = indicador positivo; (-) = indicador negativo; Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo; *f* = Frecuencia absoluta; *h<sub>i</sub>* = Frecuencia relativa.

### **9.1.2.3. Indicadores de los progenitores del grupo de Casos SIN indicadores positivos en la dimensión Conexión emocional**

En los Casos SIN indicadores positivos, se observó una disminución de la frecuencia de indicadores en la dimensión de *Conexión emocional* en las sesiones conjuntas, respecto a las primeras sesiones individuales con cada progenitor (ver Tabla 11). En las sesiones individuales, la frecuencia total fue de 9 indicadores en los Progenitores C y 5 en los Progenitores NC, mientras que en las sesiones conjuntas fue de 4 indicadores en los Progenitores C y de 3 en los Progenitor NC. Así pues, se observó una disminución de los comportamientos observables referentes al establecimiento de una relación de confianza con el terapeuta.

Concretamente, en las sesiones individuales, la frecuencia se concentró básicamente en el indicador “*Comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta*”, que obtuvo una frecuencia de 7 en los Progenitores C, suponiendo una

frecuencia relativa de .78. Este mismo indicador fue el único observado en la dimensión de *Conexión emocional* en las sesiones individuales con los Progenitores NC. Aunque con una frecuencia de 1, se contabilizó la presencia del indicador negativo “*Rechaza o es reticente a responder al terapeuta*” por parte del Progenitor C en una de las sesiones individuales.

Atendiendo a las sesiones conjuntas con los *Casos SIN indicadores positivos*, la frecuencia más alta de indicadores de *Conexión emocional* se observó en indicadores negativos, para ambos progenitores. En el caso de los Progenitores C, con una frecuencia relativa de .75, se observó 3 veces el indicador “*Tiene interacción hostil o sarcástica con el terapeuta*”. En el mismo grupo de progenitores se observó también el indicador no verbal “*Evita el contacto ocular con el terapeuta*”. En el caso de los Progenitores NC, se contabilizó 2 veces el indicador “*Rechaza o es reticente a responder al terapeuta*” con una frecuencia relativa de .67.

Tabla 11

*Indicadores de los progenitores en la dimensión de Conexión emocional en los Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema*

Indicador	Sesión Individual				Sesión Conjunta			
	Progenitor C		Progenitor NC		Progenitor C		Progenitor NC	
	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>
(+) Comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta	7	.78	5	1	0	.00	1	.33
(+) Verbaliza su confianza en el terapeuta	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(+) Expresa interés en aspectos de la vida personal del terapeuta	1	.11	0	.00	0	.00	0	.00
(+) Indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(+) Expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(+) Imita, reproduce, la postura corporal del terapeuta	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(-) Evita el contacto ocular con el terapeuta	0	.00	0	.00	1	.25	0	.00
(-) Rechaza o es reticente a responder al terapeuta	1	.11	0	.00	0	.00	2	.67
(-) Tiene interacción hostil o sarcástica con el terapeuta	0	.00	0	.00	3	.75	0	.00
(-) Hace comentarios acerca de la incompetencia o inadecuación del terapeuta	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>1</b>

*Nota.* (+) = indicador positivo; (-) = indicador negativo; Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo; *f* = Frecuencia absoluta; *h<sub>i</sub>* = Frecuencia relativa.

#### 9.1.2.4. Indicadores de los **progenitores** del grupo de **Casos CON indicadores positivos** en la dimensión **Conexión emocional**

En relación a la dimensión de *Conexión emocional* en los *Casos CON indicadores positivos* (ver Tabla 12), las sesiones individuales presentaron una frecuencia total de 9 indicadores en ambos progenitores, mientras que en la sesión conjunta se registraron 13 indicadores en los Progenitores C y 10 en los Progenitores NC. Es decir, dicha dimensión presentó una evolución inversa a la observada en la dimensión de *Conexión emocional* con los *Casos SIN indicadores positivos*, aumentando ligeramente en la sesión conjunta con respecto a las primeras sesiones individuales.

Centrando la atención en las sesiones individuales, se aprecia que el indicador con mayor frecuencia fue el mismo para ambos progenitores, *“Comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta”*. En las sesiones individuales con los Progenitores C, éste se observó 7 veces, con una frecuencia relativa de .78. En las sesiones con los Progenitores NC, se observó un total de 8 veces, suponiendo una frecuencia relativa de .89. Seguidamente, el único indicador que también se anotó para ambos progenitores fue *“Verbaliza su confianza en el terapeuta”*.

En las sesiones conjuntas de estos mismos casos, las frecuencias más altas se distribuyeron de manera muy similar a las sesiones individuales, aunque en las sesiones conjuntas hubo más variabilidad de indicadores. El indicador *“Comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta”* fue el más presente, con una frecuencia de 7 en ambos progenitores y una frecuencia relativa de .54 en los Progenitores C y de .70 en los Progenitores NC. El indicador que siguió en términos de frecuencia fue *“Verbaliza su confianza en el terapeuta”*, con una frecuencia de 2 y frecuencia relativa de .15 en los Progenitores C. Los indicadores *“Expresan interés en aspectos de la vida personal del terapeuta”* e *“Indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta”*, aparecieron por primera vez en la sesión conjunta en ambos progenitores. Aunque con una frecuencia mínima, los indicadores negativos *“Rechaza o es reticente a responder al terapeuta”* y *“Hace comentarios acerca de la incompetencia o inadecuación del terapeuta”* se observaron en las sesiones conjuntas, en los Progenitores C.

Tabla 12

*Indicadores de los progenitores en la dimensión de Conexión emocional en Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema*

Indicador	Sesión Individual				Sesión Conjunta			
	Progenitor C		Progenitor NC		Progenitor C		Progenitor NC	
	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>
(+) Comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta	7	.78	8	.89	7	.54	7	.70
(+) Verbaliza su confianza en el terapeuta	2	.22	1	.11	2	.15	1	.10
(+) Expresa interés en aspectos de la vida personal del terapeuta	0	.00	0	.00	1	.08	1	.10
(+) Indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta	0	.00	0	.00	1	.08	1	.10
(+) Expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(+) Imita, reproduce, la postura corporal del terapeuta	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(-) Evita el contacto ocular con el terapeuta	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(-) Rechaza o es reticente a responder al terapeuta	0	.00	0	.00	1	.08	0	.00
(-) Tiene interacción hostil o sarcástica con el terapeuta	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(-) Hace comentarios acerca de la incompetencia o inadecuación del terapeuta	0	.00	0	.00	1	.08	0	.00
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>1</b>

*Nota.* (+) = indicador positivo; (-) = indicador negativo; Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo; *f* = Frecuencia absoluta; *h<sub>i</sub>* = Frecuencia relativa.

#### **9.1.2.5. Indicadores de los progenitores del grupo de Casos SIN indicadores positivos en la dimensión Seguridad**

En referencia a la dimensión de *Seguridad* en los *Casos SIN indicadores positivos* (ver Tabla 13), se observó una evolución desigual entre ambos progenitores. En las primeras sesiones individuales con los Progenitores C, se registró una frecuencia total de 9 indicadores, mientras que en la sesión conjunta se observaron 13 para el mismo grupo de progenitores. En el caso de los Progenitores NC, se registró una evolución contraria, constatándose una disminución de indicadores en las sesiones conjuntas con respecto a las sesiones individuales. Aun así, la variación en ambos progenitores no se debió a una evolución positiva, sino que se explicó por un aumento de indicadores negativos. Dicho de otro modo, en las sesiones conjuntas aparecieron más comportamientos nuevos relacionados con la falta de seguridad en ambos progenitores.

Atendiendo a las sesiones individuales en los *Casos SIN indicadores positivos*, la frecuencia relativa más elevada se concentró en los indicadores no verbales en ambos progenitores. En el caso de los Progenitores C, el más observado fue el indicador “*Expresa ansiedad de forma no verbal*”, que se registró 4 veces, con una frecuencia relativa de .44. En los Progenitores NC fue el indicador “*Se protege de forma no verbal*”, registrado 3 veces con una frecuencia relativa de .43.

En la sesión conjunta, la mayor frecuencia se mantuvo entre los indicadores negativos. Uno de los indicadores más destacados para ambos progenitores siguió siendo el indicador “*Expresa ansiedad de forma no verbal*”, registrado 5 veces en los Progenitores C y 2 veces en los Progenitores NC, con una frecuencia relativa de .38 y .40 respectivamente. Con la misma frecuencia relativa de .40 se registró también 2 veces el indicador verbal negativo “*Responde defensivamente a otro miembro de la familia*” en el grupo de Progenitores NC.

Tabla 13

*Indicadores de los progenitores en la dimensión de Seguridad en los Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema*

Indicador	Sesión Individual				Sesión Conjunta			
	Progenitor C		Progenitor NC		Progenitor C		Progenitor NC	
	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>
(+) Indica que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(+) Varía su tono emocional durante la sesión	3	.33	1	.14	3	.23	0	.00
(+) “Abre” su intimidad (comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, etc.)	0	.00	1	.14	1	.08	0	.00
(+) Adopta una postura corporal abierta, relajada.	1	.11	0	.00	0	.00	0	.00
(+) Revela un secreto o algo que otros miembros de la familia no sabían	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(+) Anima a otro miembro familiar a abrirse o a decir la verdad	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(+) Pregunta directamente a otro miembro de la familia que opinen de él/ella como persona o de sus conductas	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(-) Expresa ansiedad de forma no verbal (por ejemplo: da golpecitos, se agita, se mueve, etc.)	<b>4</b>	<b>.44</b>	2	.29	<b>5</b>	<b>.38</b>	<b>2</b>	<b>.40</b>
(-) Se protege de forma no verbal (por ejemplo: cruza los brazos sobre el pecho, no se quita el abrigo, se sienta lejos, etc.)	1	.11	<b>3</b>	<b>.43</b>	2	.15	0	.00
(-) Rechaza o es reticente a responder cuando otro miembro de la familia le habla	0	.00	0	.00	0	.00	1	.20
(-) Responde defensivamente a otro miembro de la familia	0	.00	0	.00	2	.15	<b>2</b>	<b>.40</b>
(-) Menciona de forma ansiosa o incómoda la cámara, la supervisión, los procedimientos de investigación, etc.	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>1</b>

*Nota.* (+) = indicador positivo; (-) = indicador negativo; Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo; *f* = Frecuencia absoluta; *h<sub>i</sub>* = Frecuencia relativa.

#### **9.1.2.6. Indicadores de los progenitores del grupo de Casos CON indicadores positivos en la dimensión Seguridad**

La dimensión de *Seguridad* en los Casos *CON indicadores positivos* (ver Tabla 14) obtuvo una distribución de las frecuencias concentrada en los indicadores positivos. En las sesiones individuales, se registró una frecuencia total de 8 indicadores en los Progenitores C y de 9 en los Progenitores NC. En las sesiones conjuntas, se observaron 9 y 6 indicadores en los Progenitores C y en los Progenitores NC respectivamente.

Por un lado, en las sesiones individuales, los indicadores con una mayor frecuencia fueron: “*Abre su intimidad*”, observado 5 veces en los Progenitores C e “*Indica que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía*”, observado 4

veces en los Progenitores NC. Estos indicadores obtuvieron una frecuencia relativa de .63 y .44 respectivamente.

Por otro lado, en referencia a las sesiones conjuntas, destacó el indicador “*Varía su tono emocional durante la sesión*”, con la misma frecuencia relativa de .67, observado 6 veces en los Progenitores C y 4 veces en los progenitores NC.

Tabla 14

*Indicadores de los progenitores en la dimensión de Seguridad en los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema*

Indicador	Sesión Individual				Sesión Conjunta			
	Progenitor C		Progenitor NC		Progenitor C		Progenitor NC	
	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>
(+) Indica que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía	1	.13	4	.44	0	.00	0	.00
(+) Varía su tono emocional durante la sesión	1	.13	1	.11	6	.67	4	.67
(+) “Abre” su intimidad (comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, etc.)	5	.63	1	.11	1	.11	1	.17
(+) Adopta una postura corporal abierta, relajada.	1	.13	3	.33	1	.11	1	.17
(+) Revela un secreto o algo que otros miembros de la familia no sabían	0	.00	0	.00	1	.11	0	.00
(+) Anima a otro miembro familiar a abrirse o a decir la verdad	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(+) Pregunta directamente a otro miembro de la familia que opinen de él/ella como persona o de sus conductas	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(-) Expresa ansiedad de forma no verbal (por ejemplo: da golpecitos, se agita, se mueve, etc.)	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(-) Se protege de forma no verbal (por ejemplo: cruza los brazos sobre el pecho, no se quita el abrigo, se sienta lejos, etc.)	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(-) Rechaza o es reticente a responder cuando otro miembro de la familia le habla	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(-) Responde defensivamente a otro miembro de la familia	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
(-) Menciona de forma ansiosa o incómoda la cámara, la supervisión, los procedimientos de investigación, etc.	0	.00	0	.00	0	.00	0	.00
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

*Nota.* (+) = indicador positivo; (-) = indicador negativo; Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo; *f* = Frecuencia absoluta; *h<sub>i</sub>* = Frecuencia relativa.

#### **9.1.2.7. Indicadores de los progenitores del grupo de Casos SIN indicadores positivos en la dimensión *Compartir el propósito***

Los Casos SIN indicadores positivos no mostraron, por definición, ningún indicador positivo en la dimensión *Compartir el propósito*. De este modo, como se

estableció en los criterios de división del grupo de participantes, no se observó ningún comportamiento que reflejase que los miembros de la pareja parental se percibían trabajando en colaboración y bajo unos objetivos comunes. Como se puede observar en la Tabla 15, se destacó la presencia del indicador “*Hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia*”, observado 13 veces, con una frecuencia relativa de .35. Seguidamente, los indicadores más presentes fueron “*Los miembros de la familia se culpan unos a otros*” y “*Los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros*”, ambos con una frecuencia de 9 y una frecuencia relativa de .24.

Tabla 15

*Indicadores de los progenitores en la dimensión de Compartir el Propósito en los Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema*

Indicador	Sesión Conjunta	
	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>
(+) Ofrecen un acuerdo de compromiso	0	.00
(+) Comparten una broma o un momento gracioso	0	.00
(+) Se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista	0	.00
(+) Validan mutuamente sus puntos de vista	0	.00
(+) Reflejan o reproducen posturas corporales	0	.00
(-) Evitan el contacto ocular entre ellos	4	.11
(-) Se culpan unos a otros	9	.24
(-) Devalúan la opinión o perspectiva del otro	9	.24
(-) Tratan de alinearse con el terapeuta en contra del otro	2	.05
(-) Hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros	13	.35
(-) No están de acuerdo entre sí sobre el valor, el propósito, las metas o las áreas de la terapia, sobre quién debe ser incluido en las sesiones	0	.00
<b>Total</b>	37	1

Nota. (+) = indicador positivo; (-) = indicador negativo; *f* = Frecuencia absoluta; *h<sub>i</sub>* = Frecuencia relativa.

#### **9.1.2.8. Indicadores de los progenitores del grupo de Casos CON indicadores positivos en la dimensión Compartir el propósito**

Como refleja la información presentada en la Tabla 16, en la primera sesión conjunta de los Casos CON indicadores positivos, se registraron comportamientos observables tanto de carácter positivo como negativo. El indicador con una presencia más destacada fue “*Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista*”, observado 9 veces. Otros indicadores positivos observados fueron “*Ofrecen un acuerdo de compromiso*” o “*Se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista*”. En cuando a los indicadores negativos, el que alcanzó mayor frecuencia fue “*Los miembros de la familia se culpan unos a otros*”, en este caso observado un total de 4 veces, con una frecuencia relativa de .13 sobre el total de indicadores registrados en la sesión.

Tabla 16

*Indicadores de los progenitores en la dimensión de Compartir el propósito en los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema*

Indicador	Sesión Conjunta	
	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>
(+) Ofrecen un acuerdo de compromiso	5	.17
(+) Comparten una broma o un momento gracioso	0	.00
(+) Se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista	4	.13
(+) Validan mutuamente sus puntos de vista	<b>9</b>	<b>.30</b>
(+) Reflejan o reproducen posturas corporales	0	.00
(-) Evitan el contacto ocular entre ellos	0	.00
(-) Se culpan unos a otros	<b>4</b>	<b>.13</b>
(-) Devalúan la opinión o perspectiva del otro	3	.10
(-) Tratan de alinearse con el terapeuta en contra del otro	2	.07
(-) Hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros	3	.10
(-) No están de acuerdo entre sí sobre el valor, el propósito, las metas o las áreas de la terapia, sobre quién debe ser incluido en las sesiones	0	.00
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>1</b>

*Nota.* (+) = indicador positivo; (-) = indicador negativo; *f* = Frecuencia absoluta; *h<sub>i</sub>* = Frecuencia relativa.

#### **9.1.2.9. Indicadores del terapeuta en el grupo de Casos SIN indicadores positivos en la dimensión Enganche**

Como se muestra en la Tabla 17, las contribuciones del terapeuta en la dimensión de *Enganche* en los Casos SIN indicadores positivos fueron todas positivas, tanto en las sesiones individuales como en la primera sesión conjunta. Atendiendo a la frecuencia global, el terapeuta realizó un mayor número de contribuciones de *Enganche* en las sesiones individuales que en la conjunta, siendo la frecuencia total más elevada en el caso de las sesiones con los Progenitores NC.

En ambas sesiones individuales con cada progenitor, destacó la aparición del indicador “*El terapeuta explica cómo funciona la terapia*”, con una frecuencia relativa de .57 en la sesión con los Progenitores C y de .53 en la sesión con los Progenitores NC. Es decir, que éste fue el indicador que se puntuó en más de la mitad de las intervenciones del terapeuta relacionadas con involucrar a los miembros de la pareja parental en la terapia de los Casos SIN indicadores positivos. El resto de las frecuencias observadas se repartieron entre varios indicadores positivos, destacando por mostrar presencia en ambas sesiones: “*El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir*” y “*El terapeuta estimula al cliente a definir sus metas en la terapia*”. En las sesiones individuales con los Progenitores NC, el indicador

*“El terapeuta elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar”*, apareció un total de 4 veces, con frecuencia relativa de .12, mientras que el mismo indicador obtuvo una frecuencia nula en las sesiones con los Progenitores C.

Del mismo modo que en las sesiones individuales, en las sesiones conjuntas de los Casos SIN indicadores positivos, tampoco se registraron contribuciones negativas del terapeuta en la dimensión de *Enganche*. Dos indicadores destacaron con una frecuencia de 3 veces y una frecuencia relativa de .23: *“El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir”* y *“El terapeuta elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar”*. Como también ocurrió en las sesiones individuales, en las sesiones conjuntas se observó de nuevo el indicador *“El terapeuta explica cómo funciona la terapia”*, aunque con una frecuencia notablemente menor. Se destacaron los indicadores *“El terapeuta pregunta al cliente acerca de qué quiere hablar en la sesión”* o *“El terapeuta estimula al cliente a definir sus metas en la terapia”*, ambos con una frecuencia relativa de .15. Las contribuciones del terapeuta referentes a *“El terapeuta pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación o sugerencia o hacer una tarea fuera de la sesión”* y *“El terapeuta pregunta al cliente si tiene alguna duda o pregunta que hacer”*, fueron observadas por primera vez en las sesiones conjuntas.

Tabla 17

*Indicadores del terapeuta en la dimensión de Enganche en los Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema*

Indicador	Sesión Individual				Sesión Conjunta	
	Con el Progenitor C		Con el Progenitor NC		f	h <sub>i</sub>
	f	h <sub>i</sub>	f	h <sub>i</sub>		
(+) Explica cómo funciona la terapia	13	.57	17	.53	1	.08
(+) Pregunta al cliente acerca de qué quiere hablar en la sesión	1	.04	2	.06	2	.15
(+) Estimula al cliente a definir sus metas en la terapia	2	.09	4	.12	2	.15
(+) Pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión	2	.09	1	.03	0	.00
(+) Pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación o sugerencia o hacer una tarea fuera de la sesión	0	.00	0	.00	1	.08
(+) Pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea para casa previamente asignada	0	.00	0	.00	0	.00
(+) Expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir	3	.13	3	.09	3	.23
(+) Captura la atención del cliente (por ejemplo: inclinándose deliberadamente hacia delante, llamándolos por el nombre, etc.)	2	.09	1	.03	0	.00
(+) Pregunta al cliente si tiene alguna duda o pregunta que hacer	0	.00	0	.00	1	.08
(+) Elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar	0	.00	4	.12	3	.23
(-) Define metas terapéuticas o impone tareas o procedimientos sin pedir la colaboración del cliente	0	.00	0	.00	0	.00
(-) Discute con el cliente acerca de la naturaleza, propósito o valor de la terapia	0	.00	0	.00	0	.00
(-) Critica cómo hizo el cliente una tarea para casa	0	.00	0	.00	0	.00
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>1</b>	<b>32</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>1</b>

*Nota.* (+) = indicador positivo; (-) = indicador negativo; Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo; f = Frecuencia absoluta; h<sub>i</sub> = Frecuencia relativa.

#### **9.1.2.10. Indicadores del terapeuta en el grupo de Casos CON indicadores positivos en la dimensión Enganche**

Siguiendo con las contribuciones realizadas por parte del terapeuta en la dimensión de *Enganche*, y centrándonos ahora en los *Casos CON indicadores positivos*, podemos observar en la Tabla 18 que se registró un mayor número de indicadores en las sesiones conjuntas que en las individuales. De esta manera, se observa una evolución ascendente en las contribuciones del terapeuta dirigidas a involucrar a los progenitores, al contrario que la evolución observada en los *Casos SIN indicadores positivos*. Igual que en los casos comentados anteriormente, todos los indicadores registrados fueron también referentes a contribuciones positivas por parte del terapeuta.

En los *Casos CON indicadores positivos*, del mismo modo que en aquellos en los que no se produjo un cambio positivo en la alianza intrasistema, el indicador de la dimensión de *Enganche* más puntuado en las sesiones individuales con ambos progenitores fue “*El terapeuta explica cómo funciona la terapia*”. Éste se observó 12 veces en la sesión con los Progenitores C y 7 veces en las sesiones con los Progenitores NC, obteniendo frecuencias relativas de .63 y .33 respectivamente. Otra contribución que destacó en las sesiones con ambos progenitores por separado fue “*El terapeuta pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión*”, con una frecuencia relativa de .21 en la sesión con los Progenitores C y de .19 en la sesión con los Progenitores NC. Seguidamente se registró el indicador “*El terapeuta elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar*”, con una frecuencia de 2 en los Progenitores C y de 4 en los Progenitores NC, con frecuencias relativas de .11 y .19 respectivamente.

De todos los indicadores observados en la dimensión de *Enganche* por parte del terapeuta en las sesiones conjuntas con los *Casos CON indicadores positivos*, destaca el indicador “*El terapeuta elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar*”, que se observó un total de 9 veces, alcanzando una frecuencia relativa de .27. Con una frecuencia menor, se puntuó 8 veces el indicador “*El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir*”. El indicador “*El terapeuta explica cómo funciona la terapia*” que, como se ha mencionado, alcanzó las frecuencias más elevadas en las sesiones individuales, se registró un total de 6 veces, con una frecuencia relativa de .18 con respecto al total de indicadores observados en las sesiones conjuntas.

Tabla 18

*Indicadores del terapeuta en la dimensión de Enganche en los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema*

Indicador	Sesión Individual				Sesión Conjunta	
	Progenitor C		Progenitor NC		f	h <sub>i</sub>
	f	h <sub>i</sub>	f	h <sub>i</sub>		
(+) Explica cómo funciona la terapia	<b>12</b>	<b>.63</b>	7	<b>.33</b>	<b>6</b>	<b>.18</b>
(+) Pregunta al cliente acerca de qué quiere hablar en la sesión	0	.00	2	.10	1	.03
(+) Estimula al cliente a definir sus metas en la terapia	0	.00	2	.10	5	.15
(+) Pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión	<b>4</b>	<b>.21</b>	<b>4</b>	<b>.19</b>	1	.03
(+) Pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación o sugerencia o hacer una tarea fuera de la sesión	0	.00	0	.00	2	.06
(+) Pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea para casa previamente asignada	0	.00	0	.00	0	.00
(+) Expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir	0	.00	2	.10	<b>8</b>	<b>.24</b>
(+) Captura la atención del cliente (por ejemplo: inclinándose deliberadamente hacia delante, llamándolos por el nombre, etc.)	0	.00	0	.00	1	.03
(+) Pregunta al cliente si tiene alguna duda o pregunta que hacer	1	.05	0	.00	0	.00
(+) Elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar	<b>2</b>	<b>.11</b>	<b>4</b>	<b>.19</b>	<b>9</b>	<b>.27</b>
(-) Define metas terapéuticas o impone tareas o procedimientos sin pedir la colaboración del cliente	0	.00	0	.00	0	.00
(-) Discute con el cliente acerca de la naturaleza, propósito o valor de la terapia	0	.00	0	.00	0	.00
(-) Critica cómo hizo el cliente una tarea para casa	0	.00	0	.00	0	.00
<b>Total</b>	<b>19</b>	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>1</b>	<b>33</b>	<b>1</b>

*Nota.* (+) = indicador positivo; (-) = indicador negativo; Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo; *f* = Frecuencia absoluta; *h<sub>i</sub>* = Frecuencia relativa.

#### **9.1.2.11. Indicadores del terapeuta en el grupo de Casos SIN indicadores positivos en la dimensión Conexión emocional**

Como se detalla en la Tabla 19, la frecuencia global de indicadores del terapeuta referentes a la dimensión de *Conexión emocional* en los *Casos SIN indicadores positivos* disminuyó ligeramente en las sesiones conjuntas, en comparación a los indicadores registrados en las sesiones realizadas con los miembros de la pareja parental por separado. Así, en las sesiones individuales con los Progenitores C, la frecuencia total observada fue de 22, en las sesiones individuales con los Progenitores NC fue de 17 y en las sesiones conjuntas la frecuencia disminuyó a 15.

En las sesiones individuales del mismo grupo de casos, todos los indicadores fueron positivos y su presencia se distribuyó de forma homogénea por la totalidad del listado de indicadores. El único indicador que no apareció en ninguna de las sesiones individuales fue *“El terapeuta expresa confianza o que cree en el cliente”*. El indicador con mayor frecuencia en las sesiones individuales fue *“El terapeuta comparte un momento humorístico o chiste”*, que fue anotado 9 veces en la sesión con los Progenitores C y 6 veces con los Progenitores NC, con una frecuencia relativa de .41 y .35 respectivamente. Los siguientes indicadores destacados, con una frecuencia de aparición de 3 veces fueron, en las sesiones con los Progenitores C, *“El terapeuta expresa afecto o toca afectivamente al cliente dentro de lo apropiado en el contexto profesional”*, *“El terapeuta desvela sus reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación”* y *“El terapeuta señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias”*. Con la misma frecuencia destacó, en las sesiones con los Progenitores NC, el indicador *“El terapeuta normaliza la vulnerabilidad emocional del cliente”*.

En cuanto a las contribuciones del terapeuta a la *Conexión emocional*, en las sesiones conjuntas con ambos progenitores de los Casos SIN indicadores positivos, el indicador que más destacó fue *“El terapeuta expresa explícitamente empatía con las dificultades que sufren los clientes”*, que obtuvo una frecuencia de 4 y una frecuencia relativa de .27. El indicador *“El terapeuta comparte un momento humorístico o chiste”* que, como se ha comentado, fue el más registrado en las sesiones individuales, se observó un total de 2 veces en el total de sesiones conjuntas. También con una frecuencia de 2 se anotaron los indicadores: *“El terapeuta expresa confianza o que cree en el cliente”*, *“El terapeuta desvela sus reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación”* y *“El terapeuta señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias”*.

Tabla 19

*Indicadores del terapeuta en la dimensión de Conexión emocional en los Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema*

Indicador	Sesión Individual				Sesión Conjunta	
	Progenitor C		Progenitor NC		f	h <sub>i</sub>
	f	h <sub>i</sub>	f	h <sub>i</sub>		
(+) Comparte un momento humorístico o chiste	9	.41	6	.35	2	.13
(+) Expresa confianza o que cree en el cliente	0	.00	0	.00	2	.13
(+) Expresa interés en el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha	1	.05	1	.06	0	.00
(+) Expresa afecto o toca afectivamente al cliente dentro de lo apropiado en el contexto profesional	3	.14	1	.06	1	.07
(+) Desvela sus reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación	3	.14	2	.12	2	.13
(+) Desvela algún aspecto de su vida persona	1	.05	2	.12	1	.07
(+) Señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias	3	.14	2	.12	2	.13
(+) Expresa explícitamente empatía (verbal o no verbal) con las dificultades que sufren los clientes	1	.05	0	.00	4	.27
(+) Normaliza la vulnerabilidad emocional del cliente	1	.05	3	.18	0	.00
(-) Tiene interacciones hostiles, críticas o sarcásticas con el cliente	0	.00	0	.00	1	.07
(-) No responde a expresiones de interés personal o afecto hacia él por parte del cliente	0	.00	0	.00	0	.00
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>1</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>15</b>	<b>1</b>

*Nota.* (+) = indicador positivo; (-) = indicador negativo; Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo; f = Frecuencia absoluta; h<sub>i</sub> = Frecuencia relativa.

#### **9.1.2.12. Indicadores del terapeuta en el grupo de Casos CON indicadores positivos en la dimensión Conexión emocional**

Presentando una tendencia opuesta a los Casos SIN indicadores positivos, las contribuciones del terapeuta en la dimensión de *Conexión emocional* con los Casos CON indicadores positivos aumentaron en la sesión conjunta con respecto a las observadas en ambas sesiones individuales. Concretamente, se anotó una frecuencia total de 15 indicadores en la sesión con los Progenitores C, 16 indicadores en la sesión con los Progenitores NC y 28 indicadores en las sesiones conjuntas. En estos casos no se valoró de manera negativa ninguna de las contribuciones del terapeuta (ver Tabla 20), es decir, todos los indicadores fueron positivos.

Por un lado, en las sesiones individuales, las contribuciones del terapeuta se centraron en mayor medida en el indicador “*El terapeuta comparte un momento humorístico o chiste*”, con la misma frecuencia de 7 en ambas sesiones individuales,

alcanzando una frecuencia relativa de .47 en las sesiones con los Progenitores C y de .44 en la sesión con los Progenitores NC. Un indicador destacado en la sesión con los Progenitores C fue *“El terapeuta expresa explícitamente empatía con las dificultades que sufren los clientes”* que, por el contrario, no se observó en las sesiones con los Progenitores NC.

Por otro lado, en las sesiones conjuntas de los *Casos CON indicadores positivos*, el indicador que se repitió más veces fue *“El terapeuta expresa explícitamente empatía con las dificultades que sufren los clientes”*, con una frecuencia de 8 y una frecuencia relativa de .29. Seguidamente, destacó la frecuencia del indicador *“El terapeuta comparte un momento humorístico o chiste”* que, como se ha mencionado, fue el más puntuado en las sesiones individuales. Finalmente, la contribución que destaca en este grupo de *Casos CON indicadores positivos* y que no lo hizo en las sesiones conjuntas del grupo de *Casos SIN indicadores positivos* fue la referente al indicador *“El terapeuta desvela algún aspecto de su vida personal”*, que apareció 5 veces y obtuvo una frecuencia relativa de .18 en relación al total de indicadores registrados en la dimensión de *Conexión emocional* (ver Tabla 20).

Tabla 20

*Indicadores del terapeuta en la dimensión de Conexión emocional en los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema*

Indicador	Sesión Individual				Sesión Conjunta	
	Progenitor C		Progenitor NC		f	h <sub>i</sub>
	f	h <sub>i</sub>	f	h <sub>i</sub>		
(+) Comparte un momento humorístico o chiste	7	.47	7	.44	7	.25
(+) Expresa confianza o que cree en el cliente	1	.07	2	.12	3	.11
(+) Expresa interés en el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha	0	.00	3	.19	1	.04
(+) Expresa afecto o toca afectivamente al cliente dentro de lo apropiado en el contexto profesional	1	.07	0	.00	0	.00
(+) Desvela sus reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación	0	.00	0	.00	3	.11
(+) Desvela algún aspecto de su vida persona	0	.00	2	.12	5	.18
(+) Señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias	1	.07	2	.12	1	.04
(+) Expresa explícitamente empatía (verbal o no verbal) con las dificultades que sufren los clientes	5	.33	0	.00	8	.29
(+) Normaliza la vulnerabilidad emocional del cliente	0	.00	0	.00	0	.00
(-) Tiene interacciones hostiles, críticas o sarcásticas con el cliente	0	.00	0	.00	0	.00
(-) No responde a expresiones de interés personal o afecto hacia él por parte del cliente	0	.00	0	.00	0	.00
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>1</b>

*Nota.* (+) = indicador positivo; (-) = indicador negativo; Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo; f = Frecuencia absoluta; h<sub>i</sub> = Frecuencia relativa.

### **9.1.2.13. Indicadores del terapeuta en el grupo de Casos SIN indicadores positivos en la dimensión Seguridad**

Atendiendo al recuento de contribuciones a la *Seguridad* realizadas por el terapeuta en el grupo de *Casos SIN indicadores positivos*, se puede observar en la Tabla 21 que la frecuencia de aparición de indicadores aumentó en las sesiones conjuntas en comparación a las individuales. En ambos tipos de convocatoria se registraron solo indicadores positivos por parte del terapeuta, es decir, que éste realizó intervenciones dirigidas a propiciar un contexto seguro y en el que los miembros de la pareja parental pudiesen arriesgarse en la terapia.

Dicha contribución se destacó, en las sesiones individuales con los Progenitores C, en los indicadores: “*El terapeuta proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad*”, registrado 5 veces, con una frecuencia relativa de .45 y “*El terapeuta cambia la conversación hacia algo agradable o que no genera ansiedad*”

*cuando parece haber tensión o ansiedad*”, observado 4 veces, alcanzando una frecuencia relativa de .36. En las sesiones individuales con los Progenitores NC, el indicador más presente fue *“El terapeuta propicia la discusión sobre elementos del contexto terapéutico que pueden intimidar al cliente”*, con una frecuencia de 4 y una frecuencia relativa de .57 y el indicador *“El terapeuta proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad”*, que apareció 2 veces, con una frecuencia relativa de .29 en referencia al total de indicadores registrados.

En cuanto a las sesiones conjuntas con este grupo de participantes, las contribuciones a la *Seguridad* se concentraron principalmente en los indicadores: *“El terapeuta protege activamente a un miembro de la familia de otro”*, observado 6 veces, *“El terapeuta intenta contener, controlar o manejar la hostilidad abierta entre clientes”*, observado 5 veces, *“El terapeuta proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad”*, observado 4 veces, y *“El terapeuta pide a un cliente que salga de la sala para quedarse solo con un cliente durante una parte de la sesión”*, registrado también 4 veces (ver Tabla 21).

Tabla 21

*Indicadores del terapeuta en la dimensión de Seguridad en los Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema*

Indicador	Sesión Individual				Sesión Conjunta	
	Progenitor C		Progenitor NC		f	h <sub>i</sub>
	f	h <sub>i</sub>	f	h <sub>i</sub>		
(+) Reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir cuestiones privadas	1	.09	0	.00	2	.09
(+) Proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad	5	.45	2	.29	4	.18
(+) Propicia la discusión sobre elementos del contexto terapéutico que pueden intimidar al cliente	0	.00	4	.57	0	.00
(+) Ayuda al cliente a hablar sinceramente y a no estar a la defensiva unos con otros	0	.00	1	.14	1	.05
(+) Intenta contener, controlar o manejar la hostilidad abierta entre clientes	0	.00	0	.00	5	.23
(+) Protege activamente un miembro de la familia de otro	0	.00	0	.00	6	.27
(+) Cambia la conversación hacia algo agradable o que no genera ansiedad cuando parece haber tensión o ansiedad	4	.36	0	.00	0	.00
(+) Pide a un cliente que salga de la sala para quedarse solo con un cliente durante una parte de la sesión	1	.09	0	.00	4	.18
(-) Permite que el conflicto se escale hacia el abuso verbal, amenazas o intimidación	0	.00	0	.00	0	.00
(-) No atiende a expresiones claras de vulnerabilidad de un cliente	0	.00	0	.00	0	.00
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>22</b>	<b>1</b>

*Nota.* (+) = indicador positivo; (-) = indicador negativo; Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo; f = Frecuencia absoluta; h<sub>i</sub> = Frecuencia relativa.

#### **9.1.2.14. Indicadores del terapeuta en el grupo de Casos CON indicadores positivos en la dimensión Seguridad**

En relación a la dimensión de *Seguridad* en los *Casos CON indicadores positivos*, se observaron contribuciones positivas por parte del terapeuta tanto en las sesiones individuales como en las conjuntas, con una frecuencia total mayor en éstas últimas con ambos progenitores a la vez. Concretamente, la frecuencia fue de 8 en las sesiones individuales con los Progenitores C y de 4 en las sesiones individuales con los Progenitores NC, mientras que en las sesiones conjuntas la frecuencia fue de 21 indicadores (ver Tabla 22).

El indicador más usado por el terapeuta para propiciar un contexto seguro en las sesiones individuales fue “*El terapeuta proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad*”. Dicho indicador se observó 5 veces en las sesiones con

los Progenitores C, con una frecuencia relativa de .62 y se registró un total de 2 veces en las sesiones con los Progenitores NC, alcanzando una frecuencia relativa de .50 en referencia al total de intervenciones realizadas en esas sesiones.

En las sesiones conjuntas de los mismos casos, el indicador más destacado en la dimensión de *Seguridad* por parte del terapeuta fue *“El terapeuta ayuda al cliente a hablar sinceramente y a no estar a la defensiva unos con otros”*, que se observó 5 veces, con una frecuencia relativa de .24. Seguidamente, con una frecuencia de 4 veces y una frecuencia relativa de .19, se observaron indicadores que también fueron mencionados en el caso de la misma dimensión en los *Casos SIN indicadores positivos*, estos fueron: *“El terapeuta proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad”*, *“El terapeuta intenta contener, controlar o manejar la hostilidad abierta entre clientes”* y *“El terapeuta protege activamente a un miembro de la familia de otro”*. Cabe destacar, con una frecuencia de 3 y una frecuencia relativa de .14, la aparición del indicador *“El terapeuta propicia la discusión sobre elementos del contexto terapéutico que pueden intimidar al cliente”*, el cual no se registró en las sesiones conjuntas con los progenitores de los *Casos SIN indicadores positivos*.

Tabla 22

*Indicadores del terapeuta en la dimensión de Seguridad en los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema*

Indicador	Sesión Individual				Sesión Conjunta	
	Progenitor C		Progenitor NC		f	h <sub>i</sub>
	f	h <sub>i</sub>	f	h <sub>i</sub>		
(+) Reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir cuestiones privadas	1	.12	0	.00	1	.05
(+) Proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad	5	.62	2	.50	4	.19
(+) Propicia la discusión sobre elementos del contexto terapéutico que pueden intimidar al cliente	1	.12	0	.00	3	.14
(+) Ayuda al cliente a hablar sinceramente y a no estar a la defensiva unos con otros	0	.00	0	.00	5	.24
(+) Intenta contener, controlar o manejar la hostilidad abierta entre clientes	0	.00	0	.00	4	.19
(+) Protege activamente un miembro de la familia de otro	0	.00	0	.00	4	.19
(+) Cambia la conversación hacia algo agradable o que no genera ansiedad cuando parece haber tensión o ansiedad	1	.12	1	.25	0	.00
(+) Pide a un cliente que salga de la sala para quedarse solo con un cliente durante una parte de la sesión	0	.00	1	.25	0	.00
(-) Permite que el conflicto se escale hacia el abuso verbal, amenazas o intimidación	0	.00	0	.00	0	.00
(-) No atiende a expresiones claras de vulnerabilidad de un cliente	0	.00	0	.00	0	.00
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>1</b>

*Nota.* (+) = indicador positivo; (-) = indicador negativo; Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo; *f* = Frecuencia absoluta; *h<sub>i</sub>* = Frecuencia relativa.

#### **9.1.2.15. Indicadores del terapeuta en el grupo de Casos CON y SIN indicadores positivos en la dimensión *Compartir el propósito***

Las aportaciones del terapeuta dirigidas a fomentar los objetivos comunes de la pareja parental en referencia a la terapia fueron menos numerosas en los *Casos SIN indicadores positivos* (ver Tabla 23) que en el grupo de *Casos CON indicadores positivos* (ver Tabla 24). Concretamente, en aquellos *Casos SIN indicadores positivos*, la frecuencia total de contribuciones observadas fue de 6, mientras que en los *Casos CON indicadores positivos* fue más del doble, con una frecuencia de 16. Aunque con valores distintos, el indicador que más se registró en ambos grupos fue “*El terapeuta subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución*”, que obtuvo una frecuencia de 2 y una frecuencia relativa de .33 en los *Casos SIN indicadores positivos* y una frecuencia de 8 y frecuencia relativa de .50 en los *Casos CON indicadores positivos*. En el grupo de casos en los que se

observaron comportamientos que reflejaban algún tipo de colaboración intrafamiliar, se registraron más indicadores por parte del terapeuta del tipo “*Destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, expectativas, necesidades o sentimientos*”, concretamente, con una frecuencia de 6 y una frecuencia relativa de .38.

Tabla 23

*Indicadores del terapeuta en la dimensión de Compartir el Propósito en los Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema*

Indicador	Sesión conjunta	
	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>
(+) Alienta acuerdos de compromiso entre los clientes	1	.17
(+) Anima a los clientes a preguntarse entre ellos por sus respectivos puntos de vista	1	.17
(+) Elogia a los clientes por respetar los puntos de vista de los otros	0	.00
(+) Subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución	2	.33
(+) Destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos	1	.17
(+) Anima a los clientes a mostrar afecto, preocupación o apoyo de unos por otros	1	.17
(+) Anima a los clientes a pedir confirmación y opinión por parte de otros	0	.00
(-) No interviene (o queda descalificada su intervención) cuando miembros de la familia discuten entre ellos acerca de las metas, el valor o la necesidad de la terapia	0	.00
(-) Ignora las preocupaciones explicitadas por un miembro de la familia discutiendo únicamente las preocupaciones del otro	0	.00
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

*Nota.* (+) = indicador positivo; (-) = indicador negativo; *f* = Frecuencia absoluta; *h<sub>i</sub>* = Frecuencia relativa.

Tabla 24

*Indicadores del terapeuta en la dimensión de Compartir el propósito en los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema*

Indicador	Sesión conjunta	
	<i>f</i>	<i>h<sub>i</sub></i>
(+) Alienta acuerdos de compromiso entre los clientes	1	.06
(+) Anima a los clientes a preguntarse entre ellos por sus respectivos puntos de vista	0	.00
(+) Elogia a los clientes por respetar los puntos de vista de los otros	1	.06
(+) Subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución	8	.50
(+) Destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos	6	.38
(+) Anima a los clientes a mostrar afecto, preocupación o apoyo de unos por otros	0	.00
(+) Anima a los clientes a pedir confirmación y opinión por parte de otros	0	.00
(-) No interviene (o queda descalificada su intervención) cuando miembros de la familia discuten entre ellos acerca de las metas, el valor o la necesidad de la terapia	0	.00
(-) Ignora las preocupaciones explicitadas por un miembro de la familia discutiendo únicamente las preocupaciones del otro	0	.00
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>1</b>

*Nota.* (+) = indicador positivo; (-) = indicador negativo; *f* = Frecuencia absoluta; *h<sub>i</sub>* = Frecuencia relativa.

### 9.1.3. Identificación de alianzas problemáticas

Atendiendo al **Objetivo Específico 2**, se describe a continuación la presencia de alianzas problemáticas, concretamente de *Alianzas Divididas y Seguridad Negativa* en las primeras sesiones, tanto para el grupo de *Casos CON indicadores positivos* como para el grupo de *Casos SIN indicadores positivos*.

Como se puede observar en la Tabla 25, solo se identificaron alianzas divididas en el grupo de *Casos SIN indicadores positivos*. Concretamente, tomando como unidad de diferencia la desviación típica de la dimensión *Conexión emocional* ( $M= .46$ ;  $SD=.83$ ), se identificaron alianzas divididas en la sesión conjunta con dos parejas parentales. El resto de primeras sesiones conjuntas de este grupo mostraron puntuaciones *neutrales* de *Conexión emocional*.

En el grupo de *Casos CON indicadores positivos* no se identificaron patrones problemáticos de alianza dividida. Como se muestra en la Tabla 25, las puntuaciones de *Conexión emocional* de los progenitores en este grupo no fueron negativas en ningún caso. A diferencia del otro grupo, en las sesiones conjuntas del grupo de *Casos CON indicadores positivos* en las que no se identificaron alianzas divididas, las puntuaciones fueron neutrales y en su mayoría mostraron valores positivos.

Con el fin de contextualizar las alianzas divididas encontradas en las primeras sesiones conjuntas, resulta útil observar la evolución de las puntuaciones globales en la dimensión de *Conexión emocional* en referencia a la primera sesión individual que ambos progenitores realizaron por separado. Como muestran las flechas al lado de cada puntuación en la Tabla 25, podemos observar que, en los Progenitores C del grupo de *Casos SIN indicadores positivos*, todos los valores de *Conexión emocional* bajaron en la sesión conjunta. De manera similar, las puntuaciones de los Progenitores NC del mismo grupo bajaron o se mantuvieron estables. Dicha evolución mostró patrones distintos en el grupo de *Casos CON indicadores positivos*, en los que la *Conexión emocional* de ambos progenitores tendió a mantenerse o a ser más elevada en la sesión conjunta y solo mostró una evolución descendiente en tres progenitores (progenitor C del caso 10 y ambos progenitores del caso 14).

Tabla 25

*Patrones de alianza dividida en las sesiones conjuntas para los Casos SIN indicadores positivos y en los Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema*

Sesión Conjunta Casos SIN indicadores positivos				Sesión Conjunta Casos CON indicadores positivos			
Caso	Conexión emocional Progenitor C	Conexión emocional Progenitor NC	Alianza Dividida	Caso	Conexión emocional Progenitor C	Conexión emocional Progenitor NC	Alianza Dividida
1	0 ↓	0 →	No	10	0 ↓	1 →	No
2	0 ↓	0 ↓	No	11	1 →	2 ↑	No
3	-2 ↓	1 →	Sí	12	1 ↑	1 →	No
4	0 ↓	0 →	No	13	1 →	1 →	No
5	0 ↓	-1 ↓	Sí	14	1 ↓	0 ↓	No
				15	1 ↑	1 ↑	No
				16	1 →	1 ↑	No

*Nota.* ↑ = Puntuación mayor que en la sesión individual; ↓ = Puntuación menor que en la sesión individual; → = Puntuación igual que en la sesión individual. Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo.

En cuanto a los problemas de alianza en la dimensión *de Seguridad*, identificamos *Seguridad negativa* en el 18.75% de las primeras sesiones individuales y en el 33.33% de las primeras sesiones conjuntas. Todos los patrones de *Seguridad negativa* fueron identificados en el grupo de *Casos SIN indicadores positivos* de alianza intrasistema. Fijándonos concretamente en este último grupo, el porcentaje de sesiones en las que al menos uno de los miembros obtuvo una puntuación de *Seguridad negativa* fue el 33.33% de las individuales y el 80% de las conjuntas.

## 9.2. Análisis comparativo (Fase 1)

Respecto al **Objetivo Específico 3**, se exponen a continuación los resultados de las comparaciones de las dimensiones individuales de la alianza terapéutica (*Enganche*, *Seguridad* y *Conexión emocional*) en función de los dos grupos formados a partir de la dimensión *Compartir el Propósito* (grupo de *Casos CON indicadores positivos* de alianza intrasistema y grupo de *Casos SIN indicadores positivos* de alianza intrasistema).

La exposición de los resultados se realizará empezando por la comparación de las puntuaciones de los progenitores y, posteriormente, se expondrán los resultados de

la comparación de las contribuciones del terapeuta, tanto para las primeras sesiones individuales como para las posteriores sesiones conjuntas.

### 9.2.1. Comparación de las puntuaciones globales de los progenitores

Previamente a la exposición de los resultados de la comparación entre grupos, se muestran los estadísticos descriptivos para cada una de las dimensiones, tanto en los *Casos SIN indicadores positivos* (Tabla 26) como en los *Casos CON indicadores positivos* (Tabla 27).

Tabla 26

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones de los progenitores en el grupo de Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema*

Sesión	<i>M (SD)</i>		<i>Mdn</i>		<i>Rango Promedio</i>	
	Progenitor C	Progenitor NC	Progenitor C	Progenitor NC	Progenitor C	Progenitor NC
<b>Individual</b>						
Enganche	1.22 (.441)	1.22 (.667)	1	1	8.78	8.83
Conexión	.67 (.707)	.44 (.527)	1	0	8.22	7.56
Seguridad	-.11 (.601)	-.33 (.707)	0	0	6.11	5.89
<b>Conjunta</b>						
Enganche	.40 (.894)	.40 (.548)	1	0	4.20	4.70
Conexión	-.40 (.894)	.00 (.707)	0	0	3.40	4.00
Seguridad	-.80 (1.095)	-.60 (.548)	-1	-1	3.80	3.40

*Nota.* *M* = Media; *SD* = Desviación típica; *Mdn* = Mediana; Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo.

Tabla 27

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones de los progenitores en el grupo de Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema*

Sesión	<i>M (SD)</i>		<i>Mdn</i>		<i>Rango Promedio</i>	
	Progenitor C	Progenitor NC	Progenitor C	Progenitor NC	Progenitor C	Progenitor NC
<b>Individual</b>						
Enganche	1.14 (.378)	1.14 (.378)	1	1	8.14	8.07
Conexión	.86 (.690)	.71 (.488)	1	1	8.86	9.71
Seguridad	.86 (.690)	.86 (.690)	1	1	11.57	11.86
<b>Conjunta</b>						
Enganche	1.43 (.535)	1.00 (.577)	1	1	8.14	7.79
Conexión	.86 (.378)	1.00 (.577)	1	1	8.71	8.29
Seguridad	.86 (.378)	.71 (.488)	1	1	8.43	8.71

*Nota.* *M* = Media; *SD* = Desviación típica; *Mdn* = Mediana; Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo.

En cuanto a las sesiones individuales, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de *Seguridad*, tanto en los Progenitores C ( $U= 10.00$ ,  $p=.013$ ,  $r=.62$ ), como en los Progenitores NC ( $U=8.00$ ,  $p=.009$ ,  $r=.65$ ), ambos con un tamaño del efecto moderado. Es decir, aquellos casos que mostraron indicadores de alianza intrasistema, mostraron mayores niveles de seguridad en las sesiones previas sin la presencia del otro progenitor. Pese a que el resto de dimensiones evaluadas, *Enganche* y *Conexión emocional*, no mostraron diferencias estadísticamente significativas, las puntuaciones de ambos progenitores en la dimensión de *Enganche* fueron las únicas más elevadas en el grupo de *Casos SIN indicadores positivos*, aunque la diferencia no alcanzó el umbral de la significación estadística (Tabla 28).

En cuanto a las sesiones conjuntas, se pudieron observar diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones para ambos progenitores, excepto en la dimensión de *Enganche* en los Progenitores NC. Así, se observó que las puntuaciones de la dimensión de *Enganche* fueron significativamente más elevadas en los Progenitores C del grupo de *Casos CON indicadores positivos*, con un tamaño del efecto moderado ( $U=6.00$ ,  $p=.036$ ,  $r=.61$ ). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de *Conexión emocional*, siendo más elevadas en el grupo de *Casos CON indicadores positivos*, tanto en los Progenitores C ( $U=2.00$ ,  $p=.005$ ,  $r=.81$ ) con un tamaño del efecto elevado, como en los Progenitores NC ( $U=5.00$ ,  $p=.027$ ,  $r=.64$ ), con un tamaño del efecto moderado. Del mismo modo que en las sesiones individuales, se obtuvo significación estadística en las diferencias de la dimensión de *Seguridad*, cuyas puntuaciones fueron más elevadas en el grupo de *Casos CON indicadores positivos*, tanto en los Progenitores C ( $U=4.00$ ,  $p=.014$ ,  $r=.71$ ), como en los Progenitores NC ( $U=2.00$ ,  $p=.007$ ,  $r=.77$ ), ambos con un tamaño del efecto moderado (Tabla 28).

Tabla 28

*Comparaciones de las puntuaciones globales de los progenitores entre el grupo de Casos SIN indicadores positivos y el grupo de Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema*

Sesión	Progenitor C			Progenitor NC		
	U	Z	p	U	Z	p
<b>Individual</b>						
Enganche	29.00	-.391	.696	28.50	-.390	.696
Conexión	29.00	-.232	.747	23.00	-1.045	.296
Seguridad	10.00	-2.475	<b>.013*</b>	8.00	-2.616	<b>.009*</b>
<b>Conjunta</b>						
Enganche	6.00	-2.101	<b>.036*</b>	8.50	-1.666	.096
Conexión	2.00	-2.801	<b>.005*</b>	5.00	-2.211	<b>.027*</b>
Seguridad	4.00	-2.466	<b>.014*</b>	2.00	-2.682	<b>.007*</b>

*Nota.* \* $p < .05$ ; Progenitor C = Progenitor que convive con el hijo; Progenitor NC = Progenitor que no convive con el hijo.

La Figura 8 resume de manera gráfica los resultados previamente comentados, obtenidos a partir del cálculo de la significación de las diferencias entre grupos independientes. Se resaltan las dimensiones en las que se observaron diferencias estadísticamente significativas.

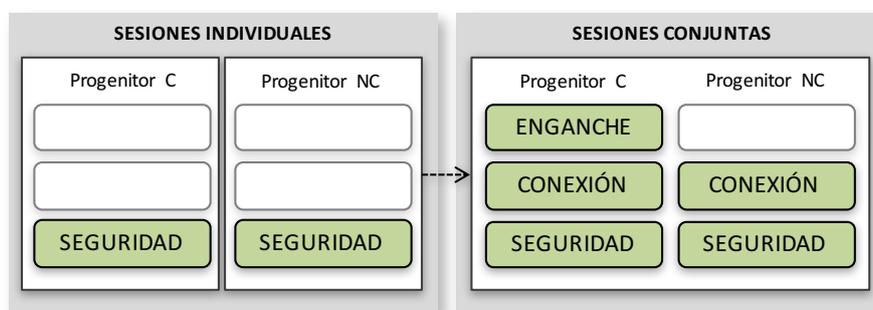


Figura 8. Resumen gráfico de los resultados del análisis comparativo.

### 9.2.2. Comparación de las puntuaciones globales del terapeuta

Siguiendo el mismo procedimiento que el utilizado en el caso de las puntuaciones de los progenitores, se realizó la comparación de las contribuciones del terapeuta en función de los mismos grupos (*Casos CON indicadores positivos y Casos SIN indicadores positivos*).

En la Tabla 29 se pueden consultar los estadísticos descriptivos de las puntuaciones del terapeuta. Como se puede observar en la Tabla 30, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dimensiones. Es decir, partiendo de los indicadores del SOATIF-o, no observamos que el terapeuta hiciese contribuciones relacionadas con la alianza terapéutica que fuesen significativamente distintas, construyendo la alianza terapéutica de manera similar en los casos de ambos grupos.

Tabla 29

*Estadísticos descriptivos de las puntuaciones del terapeuta según grupo de casos*

Sesión	<i>M (SD)</i>		<i>Mdn</i>		<i>Rango Promedio</i>	
	Casos SIN	Casos CON	Casos SIN	Casos CON	Casos SIN	Casos CON
<b>Individual</b>						
Enganche	1.33 (.594)	1.14 (.363)	1.00	1.00	17.89	14.71
Conexión	1.17 (.707)	1.07 (.616)	1.00	1.00	16.81	16.11
Seguridad	.72 (.575)	.64 (.745)	1.00	.50	17.19	15.61
<b>Conjunta</b>						
Enganche	1.40 (.843)	1.71 (.469)	1.00	2.00	9.90	14.36
Conexión	1.20 (.789)	1.71 (.726)	1.00	2.00	10.30	14.07
Seguridad	2.00 (.667)	1.43 (1.22)	2.00	1.00	14.50	11.07
Compartir	.80 (.789)	1.00 (.784)	1.00	1.00	11.50	13.21

*Nota.* *M* = Media; *SD* = Desviación típica; *Mdn* = Mediana; Casos SIN = Grupo de Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema; Casos CON = Grupo de Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema.

Tabla 30

*Comparaciones de las puntuaciones globales del terapeuta entre el grupo de Casos SIN indicadores positivos y el grupo de Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema*

Sesión	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<b>Individual</b>			
Enganche	101.00	-1.175	.240
Conexión	120.50	-.248	.804
Seguridad	113.50	-.528	.597
<b>Conjunta</b>			
Enganche	44.00	-1.698	.089
Conexión	48.00	-1.393	.164
Seguridad	50.00	-1.215	.224
Compartir	60.00	-.625	.532

### 9.3. Análisis cualitativo del proceso de cambio (Fase 2)

A continuación, presentamos los resultados que nos han permitido identificar y definir los elementos facilitadores de cambio positivo en la alianza intrasistema e integrarlos en un modelo explicativo del proceso de cambio que tiene lugar en una misma sesión, desde un indicador negativo de alianza intrasistema de los progenitores hasta un indicador positivo en la misma dimensión. Por lo tanto, en este apartado presentamos un *Modelo del proceso de cambio en la alianza intrasistema*, dando respuesta al **Objetivo Específico 4** de la presente tesis doctoral.

Tal y como hemos expuesto, el método que seguimos para el análisis cualitativo implicó la interacción constante con los datos textuales. Inicialmente situamos el foco de análisis en un plano concreto (citas textuales) y progresivamente fuimos realizando una conceptualización más amplia (códigos → subcategorías → categorías). Sin embargo, para facilitar la lectura de los resultados, consideramos conveniente exponerlos siguiendo el orden inverso. Así, primero presentaremos el Modelo que ha resultado del análisis de todos los eventos, para posteriormente definir y ejemplificar cada uno de los elementos que lo componen (categorías → subcategorías → códigos/citas).

En la Figura 9 y Tabla 31 se expone de manera gráfica y esquemática el Modelo de cambio. Puesto que los marcadores negativos se situaron casi al inicio de las sesiones y los marcadores positivos ocurrieron hacia el final de las mismas, la resolución de la tarea y, por lo tanto, el Modelo del proceso de cambio, debe situarse en el espacio temporal de una sesión entera aproximadamente.

El Modelo se compone de elementos situados en orden jerárquico. De este modo, hay elementos (categorías) que contienen elementos de orden inferior (subcategorías). En la Tabla 31 se puede consultar la lista de elementos con su correspondiente definición y los códigos a través de los cuales se reconocen dichos elementos en la sesión. Al tratarse de sesiones conjuntas con ambos miembros de la pareja parental, el Modelo incluye tanto las intervenciones del terapeuta como las de ambos progenitores, diferenciados en la Tabla 31 con las letras *T* y *Ps* respectivamente.

Como marca la metodología de *Task Analysis*, previamente al análisis cualitativo de las sesiones, anticipamos un posible diagrama de cambio (Apéndice H).

La comparación de dicho diagrama con el Modelo refinado (es decir, Apéndice H vs. Figura 9) permite identificar varias diferencias. En primer lugar, el Modelo que presentamos configura una guía más detallada de la secuencia de pasos que llevan de un indicador negativo a un indicador positivo de alianza intrasistema. En segundo lugar, pone un mayor énfasis en el papel activo del terapeuta. Finalmente, en tercer lugar, añade elementos nuevos que definiremos con detalle a lo largo de este apartado.

Como muestra la Figura 9, el Modelo de cambio en la alianza intrasistema incluyó tres categorías que ocurrieron de manera progresiva en todos los Eventos Positivos. Para denotar el orden secuencial de las categorías, también nos referiremos a éstas como *fases*: *Narrativas de conflicto (Fase 1 del Modelo)*, *Narrativas de corresponsabilidad (Fase 2 del Modelo)* y *Narrativas de oportunidad (Fase 3 del Modelo)*. Además, diferenciamos una categoría que ocurrió a lo largo de los Eventos Positivos sin un orden concreto: *Contextualización (Fase 0 del Modelo)*.

Las subcategorías (1a, 1b, 1c, 2a y 2b) no siguieron el mismo orden en todos los *Eventos*, sino que se produjeron en un movimiento recursivo (indicado con flechas bidireccionales en la Figura 9) que guio a la siguiente fase. De este modo, dentro de la primera fase, *Narrativas de conflicto*, diferenciamos tres subcategorías: (1a) *Se exponen perspectivas individuales*, (1b) *Terapeuta reconoce sufrimiento* y (1c) *Terapeuta promueve posiciones alternativas ante el reproche*. Dentro de la segunda fase, *Narrativas de corresponsabilidad*, emergieron las subcategorías: (2a) *Se destaca la posición vulnerable del hijo* y (2b) *Terapeuta fomenta la recuperación de la responsabilidad parental*.

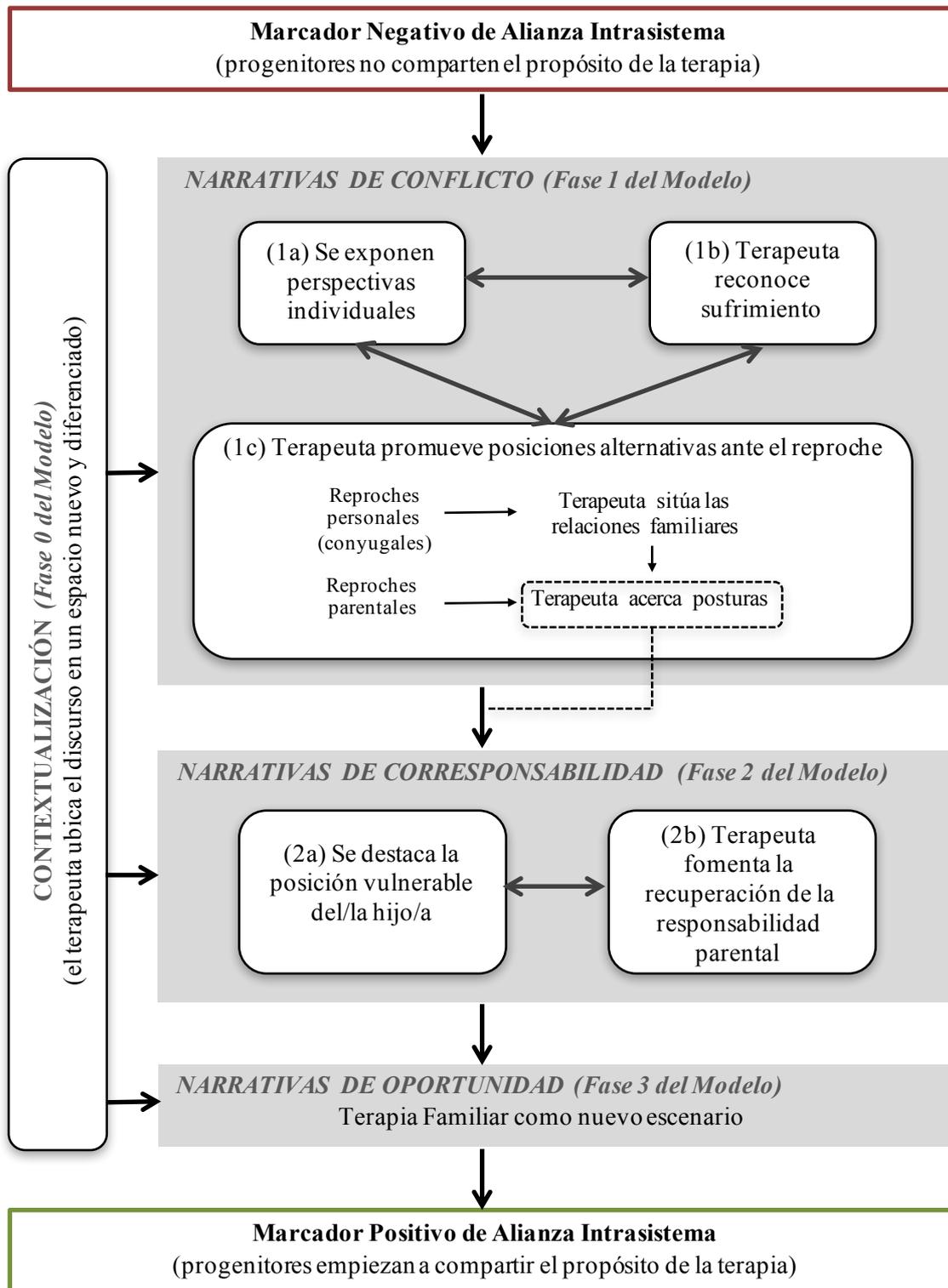


Figura 9. Modelo del proceso de cambio en la alianza intrasistema en terapia familiar con progenitores separados en conflicto.

Tabla 31

*Elementos del Modelo del proceso de cambio en la alianza intrasistema*

Elemento (categoría o subcategoría)	Definición	Códigos (indicadores)
<i>(0) Contextualización (espacio nuevo y diferenciado)</i>	Intervenciones del terapeuta que, a lo largo de la sesión, ubican el discurso en un proceso determinado de terapia familiar. Se define el contexto como nuevo (distinto al pasado) y diferente a otros ámbitos de actuación	T: Sitúa la terapia en un espacio nuevo y diferenciado (proponiendo la terapia como novedad, diferenciando la terapia de otros contextos)
<i>(1) Narrativas de conflicto</i>	Primera fase del Modelo de cambio, centrada en el trabajo con las perspectivas de cada uno de los progenitores	
<i>(1a) Se exponen perspectivas individuales</i>	Ambos progenitores expresan sus puntos de vista para cada uno de los temas tratados. Las opiniones son escuchadas por el terapeuta y por el otro miembro de la pareja parental	Ps: Ambos opinan sobre cada tema T: Procura equilibrio en la exposición de perspectivas (expresando curiosidad y preguntando, gestionando equitativamente los turnos de la conversación)
<i>(1b) Terapeuta reconoce sufrimiento</i>	Se identifican situaciones que provocan malestar. El terapeuta reconoce el sufrimiento individual y elogia la buena predisposición	T: Menciona el esfuerzo o malestar (validando el sufrimiento individual, señalando las dificultades)
<i>(1c) Terapeuta promueve posiciones alternativas ante el reproche</i>	Los progenitores emiten reproches de carácter personal o parental y el terapeuta propone visiones alternativas para la interpretación de su contenido	Ps: Emite reproche parental; Emite reproche personal T: Sitúa las relaciones familiares (Definiendo la familia tras la separación; Separando posconyugalidad de parentalidad); Acerca posturas (fomentando empatía, introduciendo subjetividad, destacando la influencia de ambos progenitores)
<i>(2) Narrativas de corresponsabilidad</i>	Segunda fase del Modelo de cambio, centrada en el trabajo con la responsabilidad conjunta de la pareja parental	
<i>(2a) Se destaca la posición vulnerable del/la hijo/a</i>	Se habla de la salud mental del hijo y de las repercusiones que el conflicto puede tener en su desarrollo o bienestar	T: Emite opinión sobre el estado del hijo Ps: Expresa necesidad de priorizar la situación del hijo
<i>(2b) Terapeuta fomenta la recuperación de la responsabilidad parental</i>	El discurso se centra en reconstruir una estructura familiar y devolver el compromiso parental	T: Promueve la recuperación de las funciones parentales (fomentando la desjudicialización, destacando buenas funciones parentales, estableciendo un fin común, reconociendo autoridad)
<i>(3) Narrativas de oportunidad</i>	Tercera fase del Modelo de cambio en la que se contempla un nuevo escenario que favorezca el bienestar del/la hijo/a	Ps: Se producen expresiones de esperanza en relación a la terapia

Nota. T = Terapeuta; Ps = Progenitores

Una vez presentado el Modelo en términos generales, pasaremos a definir los elementos que lo componen. Para complementar la definición de cada elemento se añadirán ejemplos representativos, extraídos de las transcripciones de las sesiones (en éstos: T = Terapeuta, M = Madre y P = Padre). Empezaremos con la categoría ocurrió de manera recurrente a lo largo del evento, *Contextualización*, y posteriormente seguiremos con las categorías que emergieron en un orden secuencial, es decir, las fases: *Narrativas de conflicto*, *Narrativas de corresponsabilidad* y *Narrativas de oportunidad*.

En primer lugar, expondremos los elementos de cambio presentes en todos los Eventos Positivos y posteriormente los compararemos en función de su presencia o ausencia en los Eventos Negativos.

### **9.3.1. Elementos del Modelo en los Eventos Positivos**

#### ***Categoría CONTEXTUALIZACIÓN (Fase 0 del Modelo):***

Como se observa en la Figura 9, se conceptualizó la categoría *Contextualización* de manera transversal y paralela al resto de fases del Modelo. En esta categoría incluimos aquellas intervenciones del terapeuta que, a lo largo de la sesión, situaron a los progenitores en un entorno específico de terapia. El proceso terapéutico fue definido en base a unas características y recursos propios, con un funcionamiento necesariamente distinto al pasado y al aplicado en otros ámbitos de actuación que, de un modo u otro, habían intervenido en algún momento del proceso de separación (p.ej., mediación, proceso judicial).

Las estrategias empleadas para contextualizar no fueron las mismas en todos los Eventos Positivos y éstas ocurrieron de manera solapada en algunos casos. Aun así, todas se organizaron en torno a la idea de diferenciar la terapia de otros contextos y no solo de definirla. La *Contextualización* debe ser entendida conjuntamente al hecho de la derivación externa. En este sentido, se fomentó especialmente la separación de la terapia con respecto al sistema judicial y sus características generales. Se contextualizó la terapia familiar, comparando directa o indirectamente algunas de sus prácticas con las desarrolladas bajo el funcionamiento del sistema de

justicia (observación vs. informes judiciales; confianza vs. control; voluntariedad vs. obligatoriedad; responsabilidad vs. culpa).

A continuación, se exponen y comentan ejemplos representativos que el terapeuta realizó en cada uno de los Eventos Positivos en la categoría *Contextualización*.

#### **Ejemplo de *Contextualización* en el Evento Positivo A:**

En el primer Evento Positivo, observamos intervenciones del terapeuta en las que se enfatizó la diferencia entre el funcionamiento de la terapia y los procedimientos empleados en el sistema judicial. Concretamente, se priorizó la información procedente de la observación del terapeuta en la terapia frente a la información procedente de los informes judiciales (observación vs. informes judiciales).

P: *“¿Crees que puede interesar que lleve los otros informes?”*

T: *“Lo que quieras, pero, ya te digo, muchas veces no hace falta que se lean, porque nos han llegado tochos y tochos de informes y al final lo que se ve aquí es lo que... (hace gesto con las manos). Yo te digo que tengo claro que quieres proteger a tus hijos y eso no lo veo en los informes más de lo que lo veo aquí.” [C10\_Código: Terapeuta sitúa la terapia en un espacio nuevo y diferenciado].*

Siguiendo con el mismo evento y hablando sobre la situación de sospecha de abusos sexuales del padre a la hija, el terapeuta intervino para definir la terapia en oposición a otros organismos (confianza vs. control):

T: *“Pero sí que pedimos que, en este proceso, ni él (señala al padre) se sienta atacado, porque aquí no controlamos, no somos un organismo de control... pero sí que queremos abrir una puerta para ver cómo van las cosas. Y a ti (señala a la madre) un poco de confianza.” [C10\_Código: Terapeuta sitúa la terapia en un espacio nuevo y diferenciado].*

**Ejemplo de Contextualización en el Evento Positivo B:**

En el segundo Evento Positivo, el terapeuta hizo una alusión indirecta a una característica asociada a la entidad que deriva el caso, el sistema judicial. El terapeuta verbalizó que en el contexto concreto desde el que se realizaba la terapia no se aplicaba la obligatoriedad de asistencia.

T: *“Placer, venir por placer no aspiro a que sienta nadie ¿eh? Eso sería una perversión. ‘¡Oy! Que gustirrinín, vamos.’ No. Por supuesto de la oreja no la puede traer. Aquí no obligamos a venir a nadie.”* [C11\_Código: Terapeuta sitúa la terapia en un espacio nuevo y diferenciado].

**Ejemplo de Contextualización en el Evento Positivo C:**

En este caso el terapeuta también hizo alusión al carácter no obligatorio de la terapia. Posteriormente, en otro momento de la sesión en el que la madre expresó no confiar en las estrategias utilizadas previamente, el terapeuta le pidió *“poner el contador a cero”* y empezar un proceso de características distintas al pasado y definido conjuntamente.

T: *“Nada de aquí es obligatorio.”* [C12\_Código: Terapeuta sitúa la terapia en un espacio nuevo y diferenciado].

[...]

M: *“Es que el diálogo ya no me sirve. O sea, el diálogo yo... estar aquí o estar en otro sitio y que me haga una exposición genial y hermandad y colaboración y... todo eso me parece muy bien. Pero yo lo que quiero son hechos y resultados.”*

T: *“Pero para llegar a los hechos hay que pasar por el diálogo. Eso...”*

M: *“Es que llevamos dialogando mucho tiempo.”*

T: *“Bueno, pero yo.... Yo no estaba allí y mi implicación en el asunto empieza el día en el que los conozco. Lo que han sufrido antes cuenta con mi comprensión solidaria, pero no responsabilidad. Con toda la comprensión que para esa sensación de estar quemada que transmite con sus palabras sí*

*que le tengo que pedir que por favor pongamos el contador a cero y empecemos.” [C12\_Código: Terapeuta sitúa la terapia en un espacio nuevo y diferenciado].*

[...]

T: *“Se trata, en la medida de lo posible, salir del estado ese de quemada que no conduce a nada práctico. Entonces, yendo un poquito a lo que usted quiere, que son hechos yo le diría: ¿Qué esperaría usted de un proceso que sea distinto del pasado? En concreto.” [Código: Terapeuta sitúa la terapia en un espacio nuevo y diferenciado].*

#### **Ejemplo de Contextualización en el Evento Positivo D:**

Para exponer la variedad de estrategias que agrupamos en la categoría *Contextualización*, presentamos a continuación un ejemplo de apariencia breve en términos textuales, pero cuya contundencia delimitó el ámbito de actuación del terapeuta.

M: *“Puedo demostrarlo.”*

P: *“Y yo... si se quiere quedar los informes (le habla al terapeuta)”*

T: *“¿Yo? ¡Uy no!” [C13\_Código: Terapeuta sitúa la terapia en un espacio nuevo y diferenciado]*

En el mismo Evento Positivo D, el terapeuta expuso sus competencias, definiéndolas por oposición a las empleadas en otros roles profesionales más cercanos al sistema judicial.

T: *“Miren yo, la verdad que... a ver, veo que les cuesta mucho dialogar y bueno, intentar que vosotros dialoguéis sobre temas económicos, sinceramente, no es mi profesión. Yo soy psiquiatra y terapeuta familiar. Que dos personas separadas dialoguen sobre pensiones... no es mi oficio. Para eso están los abogados y los abogados mediadores. Me he formado para hablar de sufrimiento, de síntomas...” [C13\_Código: Terapeuta sitúa la terapia en un espacio nuevo y diferenciado]*

**Ejemplo de Contextualización en el Evento Positivo E:**

En este ejemplo, se observa como el terapeuta contextualizó de nuevo la terapia en un espacio distinto al escenario judicial. Sin embargo, no separó la influencia mutua que ambos sistemas, terapéutico y judicial, podían ejercer en la relación entre los miembros de la pareja parental.

P: *“Mañana tenemos una cita delante del juez.”*

T: *“¿Mañana?”*

P: *“Sí.”*

T: *“Ah...”*

P: *“Una nueva, ¿eh? Una nueva... (señala a la madre)”*

M: *“Creo que estamos aquí por la terapia de familia, X(padre). Es una cosa que no...”*

T: *“Que...”*

M: *“Que creo que es un tema que se tiene que tratar mañana, no aquí.”*

T: *“No, en eso disiento un poco. A ver, aquí se tratan los problemas y, aunque nosotros no tenemos que ver con la justicia ni somos jueces, podemos tratar ciertos temas. Se puede y hasta es razonable tratar aquí porque, son dos espacios que se influyen mutuamente. Si vosotros estáis mañana, si vosotros estáis sacándoos los ojos allí, aquí no vamos a estar tocando el violín.”*  
[C14\_Código: *Terapeuta sitúa la terapia en un espacio nuevo y diferenciado*].

Posteriormente, el terapeuta solicitó encarar el proceso terapéutico utilizando “*expresiones nuevas*” y distintas a “*la rutina de siempre*”. Finalmente, propuso adecuar la terminología a un contexto no juzgador (responsabilidad vs. culpa).

P: *“Pero llevamos dos años y no hemos solventado nada.”*

T: *“No, pero este es un espacio nuevo y le tenemos que dar una oportunidad.”*

P: *“Sí, sí.”*

T: “Y la oportunidad empieza por intentar hacer servir expresiones un poco nuevas. Que no sean las de siempre, porque si no es la rutina de siempre... de ‘ellos son los malos’. Intentemos hacerlo de otro modo.” [C14\_Código: *Terapeuta sitúa la terapia en un espacio nuevo y diferenciado*].

[...]

T: “Sí, como planteamiento general también lo veo, pero quitando la palabra culpa, que es una cosa de los jueces, pero bueno... responsabilidades, sí.” [C14\_Código: *Terapeuta sitúa la terapia en un espacio nuevo y diferenciado*].

### **Categoría *NARRATIVAS DE CONFLICTO (Fase 1 del Modelo)***

En todos los Eventos Positivos identificamos una primera fase en el Modelo de cambio que se centró en la versión del problema de cada progenitor y sus puntos de vista acerca del conflicto. Es esta fase se expusieron las perspectivas individuales de cada miembro de la pareja parental (subcategoría 1a), se reconoció el sufrimiento y el esfuerzo de los progenitores (subcategoría 1b) y se propuso un nuevo punto de vista para discutir los reproches que se hicieron el uno al otro, en un proceso que denominamos “*Se promueven posiciones alternativas ante el reproche*” (subcategoría 1c). Las tres subcategorías estuvieron presentes en todos los Eventos Positivos, pero no siguieron un orden concreto, por el contrario, éstas se fueron produciendo y repitiendo en secuencias distintas en cada uno de los casos.

#### ***Subcategoría (1a) Se exponen perspectivas individuales***

En todos los Eventos Positivos, ambos progenitores expusieron su perspectiva individual y opinión en cada uno de los temas tratados (Código: *Ambos progenitores opinan sobre cada tema*). De este modo, las construcciones de cada miembro de la pareja parental acerca del problema pudieron ser escuchadas por el otro miembro y por el terapeuta. Pese a que, en ciertos momentos, la confrontación de opiniones llevó a los progenitores a discutir sobre algún aspecto, el terapeuta moderó la conversación y fue persistente a la hora de procurar que todas las opiniones pudieran ser expresadas (Código: *Terapeuta procuró el equilibrio en la exposición de ambas perspectivas*). En algunas ocasiones, la exposición de perspectivas no siguió un orden consecutivo, pero

en todos los casos, en algún momento u otro del evento, se escucharon ambas opiniones sobre cada una de las cuestiones tratadas.

La manera en la que se procuró un equilibrio en la expresión de todos los puntos de vista varió dependiendo de las características de cada caso y las actitudes de los progenitores. En todos los casos, el terapeuta mostró curiosidad y preguntó a los progenitores o gestionó los turnos de la conversación de forma equitativa. A continuación, se ofrecen ejemplos comentados para cada uno de los Eventos Positivos.

**Ejemplo de *Se exponen perspectivas individuales en el Evento Positivo A:***

En el Evento Positivo A, la dinámica creada por la pareja parental propició una discusión fluida, en la que ambos expresaron su opinión sobre cada uno de los temas que iban siendo expuestos. Sin embargo, en un momento de la sesión, la madre comentó las nuevas medidas propuestas en referencia al régimen de visitas de los hijos, y el padre, sin intervenir verbalmente, se mostró visiblemente afectado. Tras una pausa, el terapeuta intervino preguntando por el estado del padre, facilitando la expresión de su punto de vista.

T: *“Bueno, el nuevo escenario tampoco será inamovible, se podrán ir cambiando cosas. (Pausa). No estás bien... (al padre).” [C10\_Código: Terapeuta procura el equilibrio en la exposición de ambas perspectivas].*

P: *“No, en absoluto.”*

T: *“¿Por lo que se ha dicho ahora?”*

P: *“No, no... por muchas cosas. Porque se habla de los niños como si fuesen manzanas.”*

**Ejemplo de *Se exponen perspectivas individuales en el Evento Positivo B:***

De un modo parecido al ejemplo comentado en el Evento Positivo A, también se aseguró la participación de ambos progenitores en el Evento Positivo B. Pese a que los dos miembros de la pareja parental se mostraron

activos, en el inicio de la sesión las intervenciones del padre fueron más extensas que las de la madre. El terapeuta fue parando las exposiciones del padre para incluir a la madre con intervenciones como las que a continuación se ejemplifican, asegurando el equilibrio en la exposición de opiniones sobre cada tema.

P: *“Pero hacen mucha piña y es muy cerrada (la familia de la madre) y eso es muy complicado y muy difícil. Y eso lo digo yo porque lo he visto y lo he estado viviendo. Llevar eso es muy difícil, quiero decir...”*

T: *“No le sabe mal, ¿no? (mirando a la madre)”* [C11\_Código: *Terapeuta procura el equilibrio en la exposición de ambas perspectivas*].

M: *“No, no...”*

T: (Asiente)

En otro momento de la sesión, el terapeuta interrumpió la conversación y se dirigió a la madre preguntando:

T: *“¿Hay algo que, con ánimo constructivo, con ánimo constructivo eh? Sino ya no estaríamos aquí, si fuera con ánimo destructivo. ¿Hay algo que quiera decir?”* [C11\_Código: *Terapeuta procura el equilibrio en la exposición de ambas perspectivas*].

M: *“No...”*

Posteriormente, la madre intervino para expresar su desacuerdo, empezando su exposición con un *“Ahí sí que no...”*. De este modo, se aseguró que ambos puntos de vista fueran escuchados.

#### **Ejemplo de *Se exponen perspectivas individuales en el Evento Positivo C:***

En el ejemplo siguiente se contempla una estrategia común para asegurar un equilibrio entre la expresión de perspectivas individuales por parte de los progenitores. Como se puede observar, el terapeuta contestó a uno de los progenitores dando fin a su intervención y, seguidamente, dio paso al otro miembro de la pareja parental.

T: *“Muy bien, nadie te va a reprochar eso. Bueno... ¿Y la madre qué dice?”*  
 [C12\_Código: *Terapeuta procura el equilibrio en la exposición de ambas perspectivas*].

**Ejemplo de *Se exponen perspectivas individuales en el Evento Positivo D:***

En el Evento Positivo D, el terapeuta también reguló las intervenciones de los dos miembros de la pareja parental. El terapeuta mostró interés por saber la opinión del padre después de que la madre explicase cómo veía a la hija y, además, intervino para resumir ambos puntos de vista.

T: *“Y usted (al padre), el tiempo que ha pasado con ella los últimos meses, ¿Qué tal?”* [Código: *Terapeuta procura el equilibrio en la exposición de ambas perspectivas*].

P: *“Bien...”*

T: *“Porque, ahora, durante las vacaciones, ¿habéis hecho cosas... extra?”*

P: *“Sí, ha sido la boda de la hija mayor de mi mujer actual y... hemos estado unos días en la playa y, sí, un poco de todo.”*

T: *“Bueno, pues... a ver, si yo no entiendo mal la situación que hemos estado digamos trabajando en un sentido amplio es que usted (señala al padre) estaba satisfecho con esta parte de la situación actual y que usted (señala a la madre) aunque ha reconocido que las cosas habían mejorado, aún mantenía alguna queja, ¿no? Alguna expectativa de cambio en el sentido más amplio.”*  
 [C13\_Código: *Terapeuta procura el equilibrio en la exposición de ambas perspectivas*].

**Ejemplo de *Se exponen perspectivas individuales en el Evento Positivo E:***

En el Evento Positivo E también codificamos intervenciones del terapeuta que facilitaron y fomentaron la exposición de las perspectivas individuales de ambos miembros de la pareja parental. Como se puede observar, el terapeuta preguntó por la versión de la madre y, seguidamente, preguntó por la opinión del padre al respecto.

T: *¿Cuál es tu versión al respecto? (dirigiéndose a la madre). [C14\_Código: Terapeuta procura el equilibrio en la exposición de ambas perspectivas].*

[...]

M: *“X(hijo) estuvo mal. Le tuvieron que dar Atarax para poder dormir. Pero la que está mal es X(hija).”*

T: *“Y, entonces...”*

M: *“Puse una notificación en el juzgado de que había pasado esto. El 2 de febrero.”*

T: *“El 2 de febrero...”*

M: *“No habíamos empezado terapia aún.”*

T: *“Exacto. Bueno, o sea que es anterior a que vinierais. Bueno, ¿qué piensas? (al padre)” [C14\_Código: Terapeuta procura el equilibrio en la exposición de ambas perspectivas].*

### ***Subcategoría (1b) Terapeuta reconoce el sufrimiento***

Bajo la subcategoría *Terapeuta reconoce sufrimiento*, agrupamos las intervenciones del terapeuta que valoraron a los progenitores por el hecho de estar conjuntamente en la terapia, afrontando las dificultades que de ese proceso podían derivarse. También incluimos en esta categoría las alusiones al malestar emocional de alguno o ambos miembros de la pareja parental, ya fuera por situaciones presentes o pasadas.

#### ***Ejemplo de Terapeuta reconoce sufrimiento en el Evento Positivo A:***

En el primer Evento Positivo, el terapeuta se mostró empático con las dificultades que los progenitores mostraban para confiar en el proceso terapéutico. Del mismo modo, reconoció el esfuerzo que habían realizado para intentar gestionar la situación familiar tras la separación.

T: *“Y es difícil confiar cuando venís de un recorrido así... es difícil confiar...”*

[...]

T: *“Vosotros sabéis caminar y durante muchos años habéis caminado con dos de vuestros pies atados el uno al otro... ¿Ahora qué pasa? Que hay un impasse en el que habéis roto la cuerda que ataba vuestro pie en común y habéis tenido que volver a aprender a caminar, y lo habéis hecho, a caminar por separado. Eso no es fácil y la posibilidad de gestionarlo desde un principio y perfecto no es fácil.”* [C10\_Código: *Terapeuta menciona el esfuerzo o malestar*].

#### **Ejemplo de Terapeuta reconoce sufrimiento en el Evento Positivo B:**

En el siguiente ejemplo, el terapeuta realizó una intervención en la primera parte del Evento, destinada a reconocer el esfuerzo que supone, tras una separación, iniciar un proceso de terapia familiar.

T: *“Felicitales porque el hecho de que estén aquí los dos con el ánimo dispuesto a conversar es un indicio de buena disposición y, en definitiva, de calidad humana porque para afrontar los problemas de los hijos se requiere que los padres tengan esa disposición y también esa buena materia prima. Yo lo valoro y quiero transmitirlo a los dos. Ya sé que no es fácil, evidentemente, pero, bueno, no es fácil, pero es imprescindible.”* [C11\_Código: *Terapeuta menciona el esfuerzo o malestar*].

#### **Ejemplo de Terapeuta reconoce sufrimiento en el Evento Positivo C:**

En el Evento Positivo C, la madre expuso su malestar con la situación actual desde el inicio de la sesión y el terapeuta validó su sufrimiento individual. En un momento más avanzado del Evento, el terapeuta reconoció que el proceso implicaría dificultades y mencionó la buena predisposición de la pareja parental.

M: *“Por todo lo que llevo en las espaldas”*

T: *“Pues sí, se comprende que son muchas cosas.”* [C12\_Código: *Terapeuta menciona el esfuerzo o malestar*].

[...]

T: “(Suspiro) *Bueno... a ver, yo quiero que usted me comprenda si yo le digo eso. Es que desgraciadamente tenemos tiempo limitado y toda una serie de circunstancias adversas, por así decir. Y eso puede hacer que a veces no hilemos muy fino. Yo lo último que querría es que usted se sienta más sobrecargada aun porque nosotros le pidamos o le echemos encima cargas. No por Dios, ya tiene bastante. Yo... vamos a ver, creo que esta historia de X(hija) es una historia muy difícil, muy dura que sé que hay cantidad de cosas tremendas en el pasado y, por lo tanto, no es que yo sea un ingenuo que cae ahora por la chimenea y dice: ‘oh, todo el mundo es bueno y todo es precioso y de color de rosa’ no, ya sé que no.*” [C12\_Código: *Terapeuta menciona el esfuerzo o malestar*].

En un momento más avanzado del Evento:

T: “*Me encanta oír eso y por ahí van las cosas. No va a ser todo de color de rosa, por supuesto. Pero vamos a, entre todos, intentar rebajar la tensión. Vamos a ver si mantenemos este buen espíritu*” [C12\_Código: *Terapeuta menciona el esfuerzo o malestar*].

#### **Ejemplo de *Terapeuta reconoce sufrimiento en el Evento Positivo D:***

A continuación, se expone un ejemplo en el que el terapeuta, de manera breve pero apoyado en la expresión no verbal, reconoció un logro que implica un esfuerzo por parte de los progenitores.

T: “*Bueno, ¡habéis hablado!* (abre los brazos) *Eso es una cosa buena y necesaria por otro lado.*” [C13\_Código: *Terapeuta menciona el esfuerzo o malestar*].

#### **Ejemplo de *Terapeuta reconoce sufrimiento en el Evento Positivo E:***

De manera similar a los ejemplos previamente expuestos, en la siguiente cita extraída del Evento Positivo E se observó al terapeuta mostrando comprensión por las dificultades pasadas por los progenitores. Aunque de manera conjunta, reconoció el sufrimiento individual de cada uno de los miembros.

T: “*Bueno, mirad, desgraciadamente ha habido estos factores terribles...*” [Código: *Terapeuta menciona el esfuerzo o malestar*].

[...]

T: “¿*Que están heridos? No hay duda. (Suspiro) claro...*” [C14\_Código: *Terapeuta menciona el esfuerzo o malestar*].

### ***Subcategoría (1c) Terapeuta promueve posiciones alternativas ante el reproche***

En el análisis cualitativo de los Eventos Positivos, encontramos frecuentes reproches entre los dos miembros de la pareja parental. En un inicio, conceptualizamos todos estos mensajes bajo una misma categoría. Sin embargo, a medida que avanzó el análisis inductivo, emergieron dos subcategorías de los datos textuales. Concretamente, agrupamos los reproches en función del ámbito al cual pertenecían. Por un lado, las acusaciones de carácter personal (es decir, “*lo que tú me has hecho a mí*”) se categorizaron como *Reproche personal*. Por otro lado, las acusaciones dirigidas sobre el ejercicio parental del otro (es decir, “*lo que tú le has hecho al/la niño/a*”) se categorizaron como *Reproche parental*. Es importante destacar que la distinción se hizo en base al principal perjudicado identificado en la queja, aunque, como se observará en los ejemplos, varios de los reproches personales se hicieron a través de motivos que involucraron de algún modo a los hijos.

En todos los Eventos Positivos identificamos discusiones relacionadas con uno o varios reproches, pero en dos de los cinco Eventos Positivos (Eventos C y D) observamos reproches de carácter personal. Es decir, únicamente en dos Eventos Positivos se dieron mensajes en los que se le atribuyeron al otro las consecuencias de una acción que resultó en su propio malestar y no solo en el de los hijos. A continuación, ofrecemos ejemplos representativos de ambos tipos de reproches.

#### **Ejemplo de *Reproche* en el *Evento Positivo A*:**

M: “*Ella (hija) está en una situación de riesgo por las conductas sexuales inadecuadas de su padre y él no ha cambiado a pesar de las recomendaciones de los profesionales del impacto que pueden tener en la salud mental de la niña.*” [C10\_Código: *Progenitor emite reproche parental*].

[...]

P: *“No has tenido en cuenta a los niños (dirigiéndose a la madre). Una Navidad sin padre, un cumpleaños sin padre, unos Reyes sin padre...”* [C10\_Código: *Progenitor emite reproche parental*].

**Ejemplo de *Reproche* en el Evento Positivo B:**

M: *“Su padre no la llamó. Está muy dolida, una pasada... Eso lo empeoró. No la llamó en este último cumpleaños.”* [C11\_Código: *Progenitor emite reproche parental*].

[...]

P: *“Intentar que una persona (la hija) se sienta al mismo nivel que todo el mundo cuando en otra circunstancia (casa de la madre) se le hace sentir que está muy por encima de cualquier otra cosa...”* [C11\_Código: *Progenitor emite reproche parental*].

**Ejemplo de *Reproche* en el Evento Positivo C:**

T: *“Muy bien, nadie te va a reprochar eso. Bueno... ¿Y la madre qué dice?”*

M: *“La madre lo que está es muy cansada ya.”*

[...]

M: *“‘Yo vengo a aportar’ (repitiendo las palabras del padre), muy bien, yo quiero colaborar, de acuerdo. ¿Aportar qué? ¿Colaborar en qué? Si es que... pasa el tiempo, pasa el tiempo y siempre estamos igual.*

[...]

M: *“Hombre, yo entiendo que cualquier persona en mi situación estaría como usted dice quemada. Porque somos humanos. Entonces, lo que tampoco me parece justo y yo como persona me merezco un respeto es que yo tenga que vivir en estas condiciones, con un hijo que tiene autismo, con una hija con un comportamiento totalmente desbordado de robos, embarazo, de droga en la cárcel y estar así, aguantando año tras año tras año y yo sola.”* [C12\_Código: *Progenitor emite reproche personal*].

**Ejemplo de Reproche en el Evento Positivo D:**

M: *“No... pero pienso que es de sentido común que, con la situación económica que tengo, que estoy trabajando por horas. Ahora este último mes estoy cobrando el paro, he cobrado un mes del paro. Pero, si tú sabes que los números se hicieron en relación a unos gastos y ahora estos gastos son menos, yo pago una pensión más alta en relación a los gastos de ahora.”*  
[C13\_Código: Progenitor emite reproche personal].

**Ejemplo de Reproche en el Evento Positivo E:**

M: *“Pues porque él tiene la sentencia que sabe que no podía ir con los niños, que estaba suspendido el régimen de visitas y el pasado día 12 fue al colegio, en horas lectivas, a buscar a los niños. Y a raíz de eso ha habido problemas.”*

T: *“¿Problemas...?”*

M: *“Con su padre... él lo sabe, que no hay buena comunicación y relación. Y a raíz de eso X(hija) tuvo un ataque de angustia.”* [C14\_Código: Progenitor emite reproche parental].

[...]

M: *“X(padre) estaba muy volcado en su trabajo. Con sus hijos, hacerlos jugar o estar por ellos... no. Y después del divorcio, cuando venía a ver a los niños, X(hija) quería hacer unas cosas, X(padre) quería hacer otras y yo creo, creo, que él quería hacer lo suyo y la niña de otro y aquí la cosa se empezó a distancias, bueno, se acabó de distanciar.”* [C14\_Código: Progenitor emite reproche parental].

[...]

M: *“Antes del accidente, él siempre había estado más por X(hija) que por X(hijo). Mucho más. Atención y trato tenía mucho más por ella, mucho más. Y bueno, antes del accidente alguna actitud un poco fuerte con X(hijo) había tenido. Y desde el accidente a X(hijo) no le ha querido ver más.”*  
[C14\_Código: Progenitor emite reproche parental].

[...]

P: “Pues fue progresivo y empezó con X(hijo). No te sabría decir porqué, pero yo, quizás pienso que ella se llevó a X(hijo) a Madrid y aquí ya se marcó un punto de inflexión porque iba a casa de unos amigos y se lo llevó. A partir de ahí X(hijo) se negó a darme un beso. Luego se llevó a X(hija) a un viaje parecido y X(hija) a partir de ese momento también se negó a darme un beso.” [C14\_Código: Progenitor emite reproche parental].

Del mismo modo que emergieron dos categorías para conceptualizar dos tipos distintos de reproches, identificamos dos abordajes distintos por parte del terapeuta a la hora de trabajar con el contenido de la discusión derivada de los reproches. En todos los Eventos Positivos, el terapeuta promovió que ambos miembros de la pareja parental variasen el punto de vista desde el cual enfocaban la discusión. Como se observa en la representación gráfica del Modelo (Figura 9), conceptualizamos este proceso bajo el nombre *Terapeuta promueve posiciones alternativas ante el reproche*.

En las discusiones surgidas tras ambos tipos de reproches, personales y parentales, observamos intervenciones del terapeuta que, de un modo u otro, trataron de acercar las posturas de ambos progenitores. En este sentido, distinguimos contribuciones dirigidas a fomentar la empatía de uno con otro, a introducir la lectura subjetiva de las opiniones o a destacar la influencia de ambos en los acontecimientos. Pese a que este tipo de intervenciones fueron comunes en todos los Eventos Positivos, en aquellos casos en los que se dieron *Reproches Personales*, el terapeuta, además, *Situó las relaciones familiares* previamente al *acercamiento de posturas* (ver Figura 9).

A continuación, se exponen citas representativas de las intervenciones del terapeuta que se dieron en la discusión surgida tras un reproche de carácter personal y que codificamos como *Terapeuta sitúa las relaciones familiares*. Las definiciones del terapeuta se elaboraron en base a la noción de *familia* tras la separación y en torno a la delimitación de los espacios posconyugal y parental. Como hemos mencionado, este tipo de reproches se dieron en los Eventos C y D.

#### **Ejemplo de *Terapeuta sitúa las relaciones familiares* en el Evento Positivo C:**

Este ejemplo corresponde a una discusión en la que la madre le reprochó al padre que, debido a su poca colaboración, ella estaba “harta” y no

se merecía “*vivir en estas condiciones*”. En un momento de la conversación, el padre se refirió a ellos como *familia* y la madre mostró su desacuerdo. El terapeuta interrumpió la discusión entre los progenitores para introducir una nueva definición de la relación entre ambos tras la separación.

P: “*Yo creo que, creo que hay una situación familiar, somos una familia en cuanto a lo que son los lazos...*”

M: “*No, nosotros no somos una familia.*”

T: “*Bueno, eso es discutible ¿eh?*” [C12\_Código: *Terapeuta sitúa las relaciones familiares*].

M: “*No, yo creo que no es discutible, yo no creo que esto sea una familia. Pero bueno.*”

T: “*Es una familia... es un tipo de familia con los padres separados.*” [C12\_Código: *Terapeuta sitúa las relaciones familiares*].

#### **Ejemplo de *Terapeuta sitúa las relaciones familiares en el Evento Positivo D:***

En este ejemplo, las intervenciones del terapeuta estuvieron dirigidas a delimitar el espacio parental y, con ello, definieron indirectamente un espacio posconyugal.

T: “*Bien, pues ese es un tema encarrilado y que se tiene que tratar con mano izquierda Con X(hija). Emmmm... en cambio, hay un tema económico (recuperando un tema que ha iniciado la madre anteriormente) que también ella tiene... y, eso sí, son cosas que toca negociar a ustedes dos, que tocan a los padres, ¿no?*” [C13\_Código: *Terapeuta sitúa las relaciones familiares*].

[...]

P: “*Le preguntamos a la niña.*”

T: “*No, porque eso puede ocasionar que se la incluya. Hay cosas en las que sí evidentemente, pero en otros, como es todo este tema... creo que X(hija) tiene que quedar fuera.*” [C13\_Código: *Terapeuta sitúa las relaciones familiares*].

Finalmente, y de manera previa al inicio de la categoría *Narrativas de corresponsabilidad (Fase 2 del Modelo)*, localizamos intervenciones del terapeuta dedicadas a acercar las posturas contrapuestas de ambos progenitores (fomentando la empatía de uno con otro, introduciendo la interpretación subjetiva de las opiniones o destacando la influencia de ambos en el funcionamiento familiar).

El proceso que conceptualizamos como *Se promueven posiciones alternativas ante el reproche* ocupó una gran parte del discurso en todos los Eventos Positivos y, pese a que ninguno de los elementos del Modelo guio por sí solo la progresión de una fase a la otra, pudimos observar que el código *Acercamiento de posturas* fue el que con mayor frecuencia precedió el cambio de la primera fase (*Narrativas de conflicto*) a la segunda (*Narrativas de corresponsabilidad*). A continuación, se exponen ejemplos que se codificaron bajo el código *Acercamiento de posturas*, para cada uno de los Eventos Positivos.

**Ejemplo de Terapeuta promueve posiciones alternativas en el Evento Positivo A:**

En el Evento Positivo A, el terapeuta propuso una nueva visión del escenario en el que se producían los reproches parentales, mediante una propuesta de comprensión empática de la versión del otro.

T: “Creo que se tiene que entender y se entiende su angustia. Una vez está instalado el foco de la sospecha (posibles abusos sexuales) todo es alarmante. Y por parte de una madre, y cuando digo madre digo también padre, que lo que buscan es proteger a sus hijos. Hay ahí como un fantasma que hace que todo se pueda percibir como una amenaza.” [C10\_Código: Terapeuta acerca posturas - Fomenta empatía].

[...]

T: “Creo que podéis llegar a entender el sufrimiento de uno y de otro. Uno por no poder tener acceso a sus hijos y no verlos y el otro porque, delante de una situación de posible riesgo y el informe de una entidad, que tendrá más o menos lagunas, pero hay un miedo” [C10\_Código: Terapeuta acerca posturas - Fomenta empatía].

**Ejemplo de *Terapeuta promueve posiciones alternativas en el Evento Positivo B:***

Como se muestra a continuación, el terapeuta expresó su desacuerdo cuando alguno de los progenitores culpó al otro miembro sin contemplar una posible influencia propia en la dinámica del conflicto. En particular, en este ejemplo se destacó la intervención de ambos progenitores en las secuencias comunicacionales de la familia.

T: *“No vamos a atribuirle la culpa a la madre. Dejemos esa figura. [...] Saquemos esa figura de encima de la mesa porque no es realista. La madre interviene en las secuencias comunicacionales, sin duda, lo mismo que el padre y lo mismo que la propia protagonista del asunto. No apliquemos criterios reduccionistas en ese sentido porque eso no ayuda.”* [C11\_Código: *Terapeuta acerca posturas - Destaca influencia de ambos*].

**Ejemplo de *Terapeuta promueve posiciones alternativas en el Evento Positivo C:***

En el trabajo para acercar las posturas de ambas partes, el terapeuta apeló a las distintas interpretaciones que podían hacerse de una misma cuestión. A continuación, se ejemplifica una intervención breve, en la que el terapeuta interrumpió una discusión entre los progenitores.

T: *“Si, si es que las cosas no son nunca de un único color... Iba a decir, no son blancas o negras...”* [C12\_Código: *Terapeuta acerca posturas - Introduce Subjetividad*].

**Ejemplo de *Terapeuta promueve posiciones alternativas en el Evento Positivo D:***

De manera más extensa que en el ejemplo anterior, en el fragmento elegido para ilustrar una intervención referente al *Acercamiento de posturas* en el Evento Positivo D, el terapeuta desarrolló la propuesta de abordar la discusión en base a una interpretación subjetiva de la realidad.

T: *“Cada uno tiene una versión de la realidad que en principio es tan legítima como la otra.”* [C13\_Código: *Terapeuta acerca posturas - Introduce subjetividad*].

[...]

T: *“Estoy acostumbrado a ver que las realidades en estos temas complejos no son únicas, no lo son. Cada uno tiene una versión de la realidad que en principio es tan legítima como la otra. Evidentemente hay situaciones flagrantes con grandes estafadores, con personas buenas y santas eventualmente, pero en la mayoría de casos no es así. Yo no acostumbro a tratar con grandes estafadores ni con santos, estoy acostumbrado a tratar con personas que creen que su versión de la realidad es la buena. Tanto uno como el otro y... bueno, claro, es muy difícil establecer... Los jueces lo hacen a veces, porque otras hacen una negociación con las dos realidades y tiran por la vía del medio, de alguna manera. Pero, la complejidad es grande.”*  
[C13\_Código: *Terapeuta acerca posturas - Introduce subjetividad*].

#### **Ejemplo de Terapeuta promueve posiciones alternativas en el Evento Positivo E:**

De manera similar al resto de Eventos Positivos, en el Evento Positivo E registramos intervenciones del terapeuta que fomentaron una aproximación de las posturas defendidas por las dos figuras parentales. Como se expone a continuación, el terapeuta defendió un abordaje complejo de la situación, evitando la búsqueda de una versión objetiva de los acontecimientos.

T: *“Este no es un espacio matemático, es un espacio relacional y en las relaciones las cosas no son ni blancas ni negras.”* [C14\_Código: *Terapeuta acerca posturas - Introduce subjetividad*].

[...]

T: *“Si hay algo que tengo claro es que es una situación compleja en la que todos intervienen y todos aportan algo, desgraciadamente... o sea que, por supuesto aportáis cosas positivas, pero también, desgraciadamente, cosas negativas.”* [C14\_Código: *Terapeuta acerca posturas - Destaca influencia de ambos*].

[...]

T: *“Estas descripciones que parecen objetivas, me refiero a la tuya (mirando al padre) y la tuya (mirando a la madre), la de los niños... lo parecen y no lo son y son cuestiones tan, tan difíciles de objetivar que, claro. Quiero decir, cada uno puede sentir que se ha hablado más con uno que con otro y el otro puede sacar la impresión contraria y... tal... y desgraciadamente, no son ecuaciones*

*matemáticas.” [C14\_Código: Terapeuta acerca posturas - Introduce subjetividad].*

### ***Categoría NARRATIVAS DE CORRESPONSABILIDAD (Fase 2 del Modelo)***

En la segunda fase del Modelo, observamos que el discurso de los progenitores dejó de estar centrado en las perspectivas individuales y se focalizó en la responsabilidad compartida de ambos como figuras parentales con un hijo en situación de riesgo. En esta fase *se destacó la posición vulnerable del hijo* (elemento 2a) y *se fomentó la recuperación de la responsabilidad parental* (elemento 2b). Del mismo modo que ocurrió en la categoría *Narrativas de conflicto (Fase 1 del modelo)*, los elementos de la categoría *Narrativas de corresponsabilidad (Fase 2 del Modelo)* no ocurrieron en un orden concreto, sino que se intercalaron en una secuencia circular que, finalmente, desembocó en la tercera y última fase del Modelo de cambio.

#### ***Subcategoría (2a) Se destaca la posición vulnerable del/la hijo/a***

En todos los Eventos advertimos intervenciones que situaron al hijo en una posición de vulnerabilidad (Códigos: *Terapeuta emite opinión sobre el estado del hijo; Progenitor expresa necesidad de priorizar la situación del hijo*). En todos los casos, la vulnerabilidad fue destacada por el terapeuta, quien mencionó el malestar de los hijos y lo comentó en base a las influencias negativas del conflicto parental. En algunos de los Eventos Positivos, los progenitores expresaron también la necesidad de priorizar la situación vulnerable de los hijos. A continuación, se ofrecen citas ilustrativas de la categoría.

#### ***Ejemplo de Se destaca la posición vulnerable del hijo en el Evento Positivo A:***

Como se puede observar, en el Evento Positivo A, el terapeuta opinó sobre el sistema de visitas tuteladas mediante el cual los hijos mantienen contacto con su padre. De éste destacó los inconvenientes que, a largo plazo, podían repercutir en los hijos. En un momento posterior, el padre expresó su deseo de superar el conflicto con la madre, con el fin de no dañar a los hijos.

T: *“Sí que nosotros... el Punt de Trobada lo vemos como una cosa provisional, no creemos que sea la mejor manera de que los hijos tengan acceso a su padre y a su madre. [...] El Punt de Trobada a la larga es un contexto ficticio que no creemos que vaya a ser el más apropiado a la larga. Creemos que es mejor que sea una cosa más normalizada en la que puedan ver al padre y a la madre...”* [C10\_Código: *Terapeuta emite opinión sobre el estado del hijo*].

M: *“Sí, sí... no lo dudo.”*

[...]

P: *“Yo pido que estos niños tengan una vida normal, con un padre y una madre y ya está. Que el padre y la madre tengan comunicación y hagan las cosas lo mejor posible, que ya son suficientemente complicadas. [...] Que superemos etapas que lo único que hacen es daño a los niños. Creo que es mejor superar esta fase. Que los niños tengan una vida normal, que les hace falta, la están pidiendo.”* [C10\_Código: *Progenitor expresa necesidad de priorizar las necesidades del hijo*].

[...]

P: *“Nuestros hijos están pidiendo unas cosas. Evidentemente nuestros abogados están pidiendo otras. Pero tú y yo sabemos que estos hijos piden unas cosas. Si este sufrimiento se alarga, todo su sufrimiento será 10 veces más complicado, 10 veces más desgarrador y 10 veces más compleja la solución”* [C10\_Código: *Progenitor expresa necesidad de priorizar las necesidades del hijo*].

#### **Ejemplo de Se destaca la posición vulnerable del hijo en el Evento Positivo B:**

En el siguiente ejemplo, el terapeuta puso de manifiesto la situación incómoda en la que se encontraba la hija de la pareja parental, advirtiéndole de que ésta percibía y era consciente del conflicto entre los progenitores.

T: *“Esas cosas (conflicto entre los padres) los niños ya las captan, claro que las captan, faltaría más. [...] Cuando hay por medio estas cosas de que estamos compartiendo, pero no sabemos si somos o no somos... (Refiriéndose a la posición de la hija) pues se extrema terriblemente la sensibilidad.”* [C11\_Código: *Terapeuta emite opinión sobre el estado del hijo*].

**Ejemplo de *Se destaca la posición vulnerable del hijo en el Evento Positivo C:***

En el Evento Positivo C, los progenitores mencionaron el diagnóstico realizado por un centro externo tras una evaluación psicológica de la hija. Situando la solución en un escenario de necesaria colaboración parental, el terapeuta advirtió, indirectamente, de las consecuencias perjudiciales que el conflicto (no coordinación) podía tener en la situación de la hija.

T: *“Claro... Un trastorno de personalidad. Pero un trastorno de personalidad es... se parece mucho más a un virus informático o a un programa informático que no funciona que no a una avería, ¿eh? Con lo cual, es importante que lo veamos desde ese punto de vista. Porque donde tenemos que poner todo el esfuerzo y toda la coordinación de las personas importantes para su vida que son ustedes y yo como terapeuta, es para reprogramar de alguna manera.”* [C12\_Código: *Terapeuta emite opinión sobre el estado del hijo*].

**Ejemplo de *Se destaca la posición vulnerable del hijo en el Evento Positivo D:***

De una manera similar al ejemplo anterior, el terapeuta mencionó el sufrimiento de la hija y situó la posibilidad del trabajo terapéutico en un escenario de colaboración parental. En una intervención posterior, el padre priorizó el bienestar de la hija por delante de la discusión parental.

T: *“En definitiva, que haya el esfuerzo de no faltarse al respeto. Que haya una situación en la que podamos trabajar con el sufrimiento de X(hija)”* [C13\_Código: *Terapeuta emite opinión sobre el estado del hijo*].

[...]

P: *“No sé porque siempre llegamos a lo de que el tema económico es lo más importante. Lo que nos interesa es que X(hija) esté bien.”* [C13\_Código: *Progenitor expresa necesidad de priorizar las necesidades del hijo*].

**Ejemplo de *Se destaca la posición vulnerable del hijo en el Evento Positivo E:***

Como se evidencia en el siguiente ejemplo, el terapeuta expresó claramente los efectos perjudiciales que la situación familiar actual podía tener sobre la salud mental de los hijos.

T: *“Una problemática que implica una situación de este tipo... el resultado es devastador para los niños.”* [C14\_Código: *Terapeuta emite opinión sobre el estado del hijo*].

[...]

T: *“Porque, sinceramente, la salud mental de estos niños está muy en riesgo, es una realidad, ¿eh? Son niños encantadores, por una parte, pero por la otra te dejan... a ver, yo soy perro viejo, ¿eh? Llevo toda mi vida trabajando con la patología más grave de la psiquiatría. Y tampoco soy yo una tierna criatura impresionable. Y, hacen sufrir... hacen sufrir...”* [C14\_Código: *Terapeuta emite opinión sobre el estado del hijo*].

***Subcategoría (2a) Terapeuta fomenta la recuperación de la responsabilidad parental***

En esta categoría englobamos aquellos fragmentos del discurso focalizados en reconstruir una estructura familiar en la que los progenitores formasen un equipo parental con poder de decisión sobre los hijos. El ejercicio de la parentalidad fue planteado como una necesidad para ofrecer un ambiente que posibilite el bienestar de los hijos. A continuación, se muestran las estrategias del terapeuta que fomentaron el ejercicio y recuperación de la responsabilidad parental (Códigos: *El terapeuta promueve la recuperación de las funciones parentales: promueve desjudicialización, destaca buenas funciones parentales, establece un fin común o reconoce autoridad*).

**Ejemplo de *Terapeuta fomenta la recuperación de la responsabilidad parental en el Evento Positivo A:***

Una de las estrategias más utilizadas por el terapeuta para potenciar la responsabilidad parental fue la de fomentar que éstos dejaran de acudir a los servicios de justicia para gestionar el funcionamiento familiar. Como se

observa en este fragmento, el terapeuta anima a los progenitores a utilizar sus propios recursos.

T: *“En estos casos siempre recomendamos que se vaya abandonando la dinámica de judicialización de los procesos. [...] Cuantos más informes y policía podamos ir sacando del escenario, mucho mejor. Veo que decís que las vacaciones han ido bien, pues ese es un punto que se tiene que resaltar como punto a favor.”* [C10\_Código: *Terapeuta promueve la recuperación de las funciones parentales – Promueve desjudicialización*].

[...]

T: *“Una función parental que se ve en los dos y que puede servir como una herramienta tranquilizadora es que se ve muy buena comunicación con vuestros hijos.”* [C10\_Código: *Terapeuta promueve la recuperación de las funciones parentales – Destaca buenas funciones parentales*].

M: *“Sí, sí... con los niños hablamos mucho, mucho.”*

T: *“[...] Confiamos en que esa dinámica hará que si algún día tienen un problema lo dirán.”* [C10\_Código: *Terapeuta promueve la recuperación de las funciones parentales – Destaca buenas funciones parentales*].

**Ejemplo de Terapeuta fomenta la recuperación de la responsabilidad parental en el Evento Positivo B:**

El ejercicio de la responsabilidad parental fue planteado como una tarea conjunta. Como se observa a continuación, el terapeuta procuró incluir a ambos miembros de la pareja parental, definiendo así un funcionamiento coparental. Además, el terapeuta propuso realizar una sesión conjunta con todos los miembros de la familia e incluyó a ambos progenitores en la toma de esa decisión. Seguidamente, le pidió al progenitor más cercano a la hija que contribuyese en la consecución de un objetivo común (reunir a toda la familia en sesión y, por lo tanto, contribuir en la reducción del rechazo de la hija a ver al padre).

T: *“No cabe la menor duda. Estamos intentando comprender en base a ingredientes varios de los cuales nadie está exento de responsabilidad porque yo le estoy dando la matraca a este señor (padre) pero no creo que usted sea*

*ajena a toda esa historia ¿eh? (a la madre)” [C11\_Código: Terapeuta promueve la recuperación de las funciones parentales – Establece un fin común]*

[...]

T: “Y, y... *no sé... yo casi intentaría convocarles a todos. ¿Nos atrevemos?”*  
[C11\_Código: Terapeuta promueve la recuperación de las funciones parentales - Terapeuta establece un fin común]

M: “*Yo por mi bien.*”

P: (Asiente)

T: “*Usted (a la madre) dígame a X(hija) que, si no quiere hablar que vale, que no está obligada. Que venga, pero sin obligación.*”

M: “*¿Y si no quiere venir que hago? ¿La obligo?”*”

T: “*Mire, yo tengo hijos de distintas edades y con todos ellos he tenido situaciones de ese tipo en las que no quieren hacer cosas que hay que hacer. Yo creo que el mensaje tiene que ser muy claro: es lo que hay.*”  
[C11\_Código: Terapeuta promueve la recuperación de las funciones parentales – Establece un fin común].

**Ejemplo de Terapeuta fomenta la recuperación de la responsabilidad parental en el Evento Positivo C:**

Para el Evento Positivo C seleccionamos varios fragmentos que permiten examinar el proceso mediante el cual se promovió la recuperación de las funciones parentales de manera progresiva.

En un inicio, el terapeuta fomentó la coordinación de ambos miembros para ofrecer un contexto estable, al que la hija pudiera acudir en caso de necesitar ayuda.

Posteriormente, el terapeuta expresó su intención de conocer a la pareja de la hija, con la que la madre ha tenido conflictos previos. Para ello, pidió permiso a ambos progenitores, exponiendo así una visión conjunta de la responsabilidad parental.

Finalmente, de manera similar al ejemplo presentado en el Evento Positivo B, el terapeuta propuso acciones que ambos progenitores podían realizar en base a un objetivo conjunto (bajar la confrontación).

T: *“Es cierto que X(hija) ha sentido una atracción por ese mundo marginal. [...] Se ha sentido más segura en ese mundo, por decirlo de alguna manera. No se siente tan segura en mundo establecido y se siente más segura en ese mundo marginal. A ver si conseguimos neutralizar eso, porque eso sería muy importante, darle una estabilidad. Que no necesite acudir a ese mundo tenebroso para sentirse segura, ¿no?”* [C12\_Código: *Terapeuta promueve la recuperación de las funciones parentales – Establece un fin común*].

[...]

T: *“Entonces, miren, porque si no, además estas cosas se autorregulan. Es un clásico. No les quepa duda. Si ustedes se oponen, ella se aferra.”*

P: *(Asiente)*

M: *(Asiente)*

T: *“[...] Si estamos en cambio relajados y receptivos y un poquito viendo a ver qué tal, pues podremos estar al quite y ayudarla si hay alguna incidencia no deseada.”* [C12\_Código: *Terapeuta promueve la recuperación de las funciones parentales – Establece un fin común*].

[...]

T: *“Es decir, yo quiero verlo, quiero hablar con él, que esté en este espacio, valorar un poquito... Quería tener un poco su autorización al respecto.”* [C12\_Código: *Terapeuta promueve la recuperación de las funciones parentales – Reconoce autoridad*].

M: *“Sí, sí, sí, no hay problema”*

P: *“Claro.”*

[...]

P: *“¿Qué podemos hacer? A parte de compartir en esta línea. ¿Podemos hacer algo más?”*

T: *“Usted puede hacer todo lo posible por descargar a esta señora un poquito ahora, en las fiestas navideñas. A ver si ella (hija) se deja. A ver si puede aprovechar este contacto para tenerla...”* [C12\_Código: *Terapeuta promueve la recuperación de las funciones parentales - Establece fin común*].

[...]

T: *“Y usted dígame a su madre (Durante la sesión se comentó que la abuela materna puso algún obstáculo para recuperar la dinámica familiar) que también baje un poco la confrontación. Vamos a ver si así conseguimos ir afinando un poco...”*. [C12\_Código: *Terapeuta promueve la recuperación de las funciones parentales - Establece fin común*].

**Ejemplo de Terapeuta fomenta la recuperación de la responsabilidad parental en el Evento Positivo D:**

A continuación, exponemos un ejemplo en el que, de manera breve, el terapeuta reafirmó la colaboración como elemento necesario para ofrecer un entorno que propiciase el bienestar de la hija.

T: *“Dicho esto, se me ocurren varias cosas, porque... bueno, cualquier negociación tiene que ser cediendo en parte. Nadie en una negociación gana al 100%, si es el 100% no es una negociación, es una derrota y sobre la base de una derrota no se construyen equilibrios constructivos para los hijos”* [C13\_Código: *Terapeuta promueve la recuperación de las funciones parentales - Establece fin común*].

**Ejemplo de Terapeuta fomenta la recuperación de la responsabilidad parental en el Evento Positivo E:**

Como ya hemos descrito, una de las estrategias terapéuticas para fomentar el ejercicio de la responsabilidad coparental consistió en animar a los progenitores a abandonar la dinámica de judicialización bajo la que se fundamentaba el funcionamiento familiar. La siguiente cita expone de manera clara cómo, en este sentido, se empoderó a ambos miembros de la pareja parental.

T: “*La reflexión general es que, mientras más intervenga el juez, menos padres sois.*” [C14\_Código: *Terapeuta promueve la recuperación de las funciones parentales - Promueve desjudicialización*].

[...]

T: “*A la larga es la conciencia esta de decir: ‘bueno los padres se pelean, pero al final el que decide sobre nuestras vidas es ese señor con toga’. Es terrible, es devastador. Porque mina la autoridad de los padres de una manera que no se ve, pero de los dos ¿eh? No os penséis que sólo de uno.*” [C14\_Código: *Terapeuta promueve la recuperación de las funciones parentales - Promueve desjudicialización y Reconoce autoridad*].

### ***Categoría NARRATIVAS DE OPORTUNIDAD (Fase 3 del Modelo)***

En la última fase del Modelo situamos las expresiones de los progenitores que indicaron haber identificado una oportunidad de cambio en la terapia y, por lo tanto, que ésta se veía como un nuevo escenario (Código: *Se producen expresiones de esperanza en relación a la terapia*). Como se muestra a continuación, en todos los Eventos Positivos se observó la emergencia de un objetivo común, centrado en el hecho de iniciar un proceso terapéutico. Varias de estas intervenciones se solaparon con el marcador positivo de alianza intrasistema, indicando el inicio de una colaboración entre los progenitores.

#### **Ejemplo de Narrativas de oportunidad en el Evento Positivo A:**

M: “*Confío en que sigamos viniendo aquí*” [C10\_Código: *Se producen expresiones de esperanza en relación a la terapia*].

P: “*Sí, ojalá*” [C10\_Código: *Se producen expresiones de esperanza en relación a la terapia*].

T: “*Me alegra que digáis eso*”

**Ejemplo de Narrativas de oportunidad en el Evento Positivo B:**

P: “(Dirigiéndose a la madre) *Para mí es el primer psicólogo al que venimos que está tratando realmente el problema de X(hija). [...] No era un especialista en el tema. De hecho, el tratamiento pasaba porque yo no participase.*” [C11\_Código: *Se producen expresiones de esperanza en relación a la terapia*].

[...]

M: “*Vale. Si este es el primer psicólogo que nos puede ayudar, vamos hacia adelante, vamos hacia adelante (Hablándole al padre).*” [C11\_Código: *Se producen expresiones de esperanza en relación a la terapia*].

**Ejemplo de Narrativas de oportunidad en el Evento Positivo C:**

P: “*Comparto que abriendo las cajas puede ser que las cosas se aireen y tengamos otros aromas.*” [C12\_Código: *Se producen expresiones de esperanza en relación a la terapia*].

**Ejemplo de Narrativas de oportunidad en el Evento Positivo D:**

P: “*Yo con los años he llegado a la conclusión de que vivimos en dos mundos diferentes. Pero intentemos juntarlos, ¿no? Juntar los dos espejos (hace gesto con las manos), o los dos vasos y tal vez no será ni el color de ella ni mi color.*” [C13\_Código: *Se producen expresiones de esperanza en relación a la terapia*].

[...]

M: “*Hay un apunte que creo que es necesario hacerlo, y es que usted sugirió, no sé si podría ser práctico, que nos encontrásemos con las actuales parejas. [...] Me gustaría que nos viéramos, pero para bien, no para buscar... ¿me entiende?*” [C13\_Código: *Se producen expresiones de esperanza en relación a la terapia*].

**Ejemplo de Narrativas de oportunidad en el Evento Positivo E:**

T: *“Pues yo quiero que seáis coherentes con esto, ¿eh?”*

P: *“Para eso estamos aquí.”*

T: *“Claro, claro... y a mí me parece... Yo os felicito. Me parece que ha ido muy bien esta primera sesión. No pretendo que de entrada todo sean flores y violas y que os rindáis a los encantos del otro. Pero, en cambio, tengo la impresión de que se ha podido hablar respetuosamente, expresar desacuerdos, pero de una manera no agresiva y no lesiva para el otro, etc., etc. y eso me parece un progreso.”*

M: *“Aquí tenemos la ventaja de que el doctor nos regula... y él nos ayudará.”*  
 [C14\_Código: *Se producen expresiones de esperanza en relación a la terapia*].

T: *“Bueno, para algo debe valer esto... (sonríe).”*

**9.3.2. Comparación de los elementos del Modelo en los Eventos Negativos**

El análisis de los Eventos en los que no se llegó a producir el inicio de una alianza intrasistema (Eventos Negativos) también sirvió para la construcción del Modelo de cambio previamente presentado. Para ser incluidos en el Modelo de cambio positivo (Figura 9), los elementos no solo tuvieron que mostrar una constancia en todos los Eventos Positivos, sino que, además, debieron mostrar también algunos aspectos diferenciales en su comparación con los Eventos Negativos. Este procedimiento comparativo se realizó para constatar la potencia de los elementos del Modelo como mecanismos específicos de cambio.

Como se observa en la Tabla 31, algunos de los elementos que conformaron el Modelo de cambio positivo, estuvieron presentes también en los Eventos Negativos. Sin embargo, en ninguno de éstos se reprodujo el Modelo en su totalidad.

En cuanto a la categoría *Contextualización (Fase 0 del Modelo)*, solo en dos de los Eventos identificamos intervenciones que ubicaron la terapia en un proceso de características distintas al pasado y a otros contextos. Por ejemplo, en el Eventos

Negativo G, el terapeuta dijo: “*este espacio empieza ahora, y es un espacio de comunicación y de comprensión que lo que no puede hacer es hacerse cargo de todo el pasado*” o, en el *Evento Negativo J*, el terapeuta dijo: “*esto es más un tema de mediación*” o “*pero nosotros no somos jueces*”. Además, observamos momentos en los que la terapia pudo quedar incluida dentro del mismo circuito judicial. Un ejemplo ocurrió en el *Evento Negativo F*, en el que la madre dijo: “*mi abogada me ha dicho que lo está buscando (el informe) pero como todo está archivado, ya me lo dará... y que, si quiere cualquier cosa, me ha dado permiso para que le dé su teléfono por si quiere hablar con ella*” y el terapeuta respondió: “*bueno (asiente)*”.

Como se ha expuesto anteriormente, dentro de cada una de las fases del Modelo identificamos subcategorías que no presentaron un orden concreto. Por el contrario, éstas interactuaron en un movimiento circular que, finalmente, dio paso a la siguiente fase del Modelo. Como se muestra en la Tabla 32, vimos que en ninguno de los *Eventos Negativos* se dieron todas las subcategorías necesarias para configurar las tres fases. Es decir, pese a que reconocimos algunos de sus elementos, la falta de la presencia de otros no permitió observar la interacción entre todos los elementos del Modelo de cambio.

En relación a la categoría, *Narrativas de conflicto (Fase 1 del Modelo)*, observamos que varios de sus elementos estuvieron completa o parcialmente presentes en los *Eventos Negativos* (ver Tabla 32).

En primer lugar, en cuanto al elemento *(1a) Se exponen perspectivas individuales*, destacamos que, pese a los intentos del terapeuta por gestionar equitativamente las intervenciones durante la sesión, hubo un desequilibrio en la expresión de las perspectivas individuales de ambos progenitores en todos los *Eventos Negativos*. En todos los casos, al menos una de las perspectivas no pudo ser escuchada en alguno de los temas tratados, debido a interrupciones del otro progenitor o a la actitud pasiva de uno de los miembros de la pareja parental.

En segundo lugar, así como en todos los *Eventos Positivos* observamos intervenciones del terapeuta dirigidas a reconocer el sufrimiento y las dificultades de la pareja parental (elemento *1b. Terapeuta reconoce sufrimiento*), dicho elemento solo estuvo presente en tres de los cinco *Eventos Negativos*. En los dos casos en los

que no se produjo, identificamos que las intervenciones del terapeuta posteriores a las de los progenitores estuvieron más relacionadas con el manejo de la discusión parental (Código: *el terapeuta procura el equilibrio en la exposición de perspectivas*) que con el reconocimiento de las dificultades.

En tercer lugar, la subcategoría (1c) *Terapeuta promueve posiciones alternativas ante el reproche*, fue el elemento que más diferencias mostró en comparación con su desarrollo en los Eventos Positivos. Por un lado, así como en todos los Eventos Positivos categorizamos *reproches parentales*, éstos se identificaron en tres de los cinco Eventos Negativos. Por otro lado, así como solo en dos de los Eventos Positivos registramos reproches de carácter personal entre los progenitores, éstos fueron localizados en todos los Eventos Negativos. Aun así, ninguna de las intervenciones del terapeuta se codificó como *Sitúa las relaciones familiares*.

Además, los reproches personales observados en los Eventos Negativos estuvieron mucho más anclados en la historia pasada. Son ejemplo de ello reproches como: “*Quería una explicación y tú no me la diste [...] Podrías haber sido un señor y te has comportado como lo que eres. [...]*” (Evento Negativo F); “*¿Cómo quieres que te crea? De la misma manera que me decías que me querías y luego cuando me acercaba... (gesto marcando distancia)*” (Evento Negativo G); “*Lo que yo estoy viviendo, no lo tendría que vivir nadie. Llevo aguantando a este señor mucho tiempo*” (Evento Negativo H); “*Yo me fui de cada con una bolsa de basura en una mano y una niña en la otra*” (Evento Negativo I); “*Bueno, yo lo he querido muchísimo. Tengo la sensación de que lo quise más que él a mí y eso ha sido un error porque me vi en una situación que me hizo mucho daño, mucho. [...] Y encima me di cuenta de que tenía una relación con otra persona y me lo negó hasta que lo pillé*” (Evento Negativo J).

En relación a la categoría *Narrativas de corresponsabilidad (Fase 2 del Modelo)*, igual que en todos los Eventos que alcanzaron el inicio de una alianza intrasistema, en los Eventos Negativos también se evidenció la posición vulnerable de los hijos. Aun así, las contribuciones del terapeuta encaminadas a ese fin no fueron acompañadas de claras intervenciones que fomentasen la recuperación de las funciones parentales. Nuevamente, se observó que las posiciones fuertemente enfrentadas de los progenitores dificultaron la propuesta de estrategias concretas que

se focalizasen en reconstruir una estructura familiar en la que los progenitores formasen un equipo parental con poder de decisión sobre los hijos.

Finalmente, en ninguno de los Eventos Negativos observamos expresiones de los progenitores que situasen la terapia como un nuevo escenario en el que desarrollar cambios favorables en la dinámica familiar (*Narrativas de oportunidad, Fase 3 del Modelo*).

Tabla 32

Presencia de los elementos del Modelo de cambio en los Eventos Negativos

<i>Elementos del Modelo de cambio</i>	<i>EN F</i>	<i>EN G</i>	<i>EN H</i>	<i>EN I</i>	<i>EN J</i>
<b><i>Contextualización (Fase 0 del Modelo)</i></b>					
T: Sitúa la terapia en un espacio nuevo o diferenciado	--	×	--	--	×
<b><i>Narrativas de conflicto (Fase 1 del Modelo)</i></b>					
<b><i>(1a) Se exponen perspectivas individuales</i></b>					
Ps: Ambos opinan sobre cada tema	--	--	--	--	--
T: Procura equilibrio en la exposición de perspectivas	/	/	/	/	/
<b><i>(1b) T reconoce sufrimiento</i></b>					
T: Menciona el esfuerzo o malestar	×	×	--	×	--
<b><i>(1c) T promueve posiciones alternativas ante el reproche</i></b>					
Ps: Emite reproche personal	×	×	×	×	×
T: Sitúa relaciones familiares	--	--	--	--	--
Ps: Emite reproche parental	×	--	×	--	×
T: Acerca posturas	×	--	--	--	--
<b><i>Narrativas de corresponsabilidad (Fase 2 del Modelo)</i></b>					
<b><i>(2a) Se destaca la posición vulnerable del/la hijo/a</i></b>					
T: Emite opinión sobre el estado del hijo	×	×	×	×	×
Ps: Prioriza las necesidades del hijo	--	--	--	--	×
<b><i>(2b) T fomenta la recuperación de la corresponsabilidad</i></b>					
T: Promueve la recuperación de las funciones parentales	--	--	--	--	--
<b><i>Narrativas de oportunidad (Fase 3 del Modelo)</i></b>					
Ps: Se producen expresiones de esperanza	--	--	--	--	--

*Nota.* EN = Evento Negativo; T = Terapeuta; Ps = Progenitores; ×= elemento presente; /= elemento parcialmente presente; -- = elemento ausente.

## 10. Discusión

---

Desde el inicio de la presente tesis doctoral, hemos mantenido el firme propósito de investigar un problema identificado en la práctica clínica para, posteriormente, traducir los resultados en forma de contribución aplicable en el trabajo de los psicoterapeutas. Nuestro estudio se ha ubicado en un servicio público de terapia familiar y se ha centrado en las dificultades que presenta la relación terapéutica en casos con progenitores separados en conflicto y un hijo en situación de riesgo. Más concretamente, a través de la comparación cuantitativa y cualitativa de casos, nuestra investigación ha pretendido ampliar el conocimiento acerca de la construcción de la alianza intrasistema (Pinsof, 1994, 1995; Friedlander et al., 2006a) y proporcionar un modelo de intervención que facilite la colaboración entre los progenitores en la terapia familiar.

Siguiendo con nuestra intención de devolver los resultados de la investigación a la práctica profesional, organizaremos la *Discusión* en base a nuestras preguntas de investigación. De este modo, en referencia a la pregunta de investigación principal, *¿se pueden identificar características comunes, a nivel de relación e intervención, en los casos en los que los progenitores separados en conflicto empiezan a compartir el propósito de la terapia familiar (es decir, inician una alianza intrasistema)?* los datos obtenidos demuestran que efectivamente se dan unas características comunes que diferencian de forma significativa los casos donde se producen indicadores de alianza intrasistema y aquellos en los que éstos no ocurren.

A continuación, discutiremos los resultados a través de la respuesta a las cuatro preguntas de investigación específicas.

Debido a la interrelación de sus planteamientos, discutiremos conjuntamente la **PREGUNTA ESPECÍFICA 1**, *¿Qué características presenta la alianza terapéutica inicial en terapia familiar en casos con progenitores separados en conflicto?*, y a la **PREGUNTA ESPECÍFICA 2**, *¿Qué diferencias, en referencia a la alianza terapéutica, presenta cada progenitor en función de si se inicia o no una alianza intrasistema?*

A nivel general, los resultados obtenidos mediante el análisis con el SOATIF-o muestran que los progenitores que pese al conflicto posconyugal empiezan a compartir el propósito de la terapia presentan una alianza terapéutica más fuerte desde la primera sesión. En concreto, en sesiones individuales previas a una sesión conjunta, los casos con mejor alianza entre los progenitores muestran mayor *Seguridad*. En las primeras sesiones conjuntas, se observa mayor *Seguridad* y mayor *Conexión emocional* de ambos progenitores y mayor *Enganche* del progenitor más cercano al hijo. Pese a que no asumimos que los comportamientos referentes a las alianzas individuales causen las diferencias en la alianza intrasistema, consideramos que revelan variaciones importantes del proceso terapéutico, así como información de gran utilidad sobre el contexto que subyace a un evento significativo en terapia familiar. Nuestros datos nos permiten apoyar las conclusiones de estudios anteriores que resaltan la importancia de potenciar, ya desde la fase inicial del tratamiento, la construcción de la alianza terapéutica (p. ej., Castonguay et al., 2006; Glebova et al., 2011; Piper et al., 1999; Yoo et al., 2016).

El análisis de las sesiones mediante el SOATIF-o nos ha permitido constatar la aparición de indicadores negativos de alianza terapéutica en distintas dimensiones, corroborando la literatura al respecto que destaca las dificultades que implica el establecimiento de una buena alianza terapéutica en casos con progenitores separados en conflicto (Johnston et al., 2001; Lebow, 2008; Pinsof, 1995). Nuestra investigación, además de confirmar dicha complejidad, nos ha permitido ilustrarla a través de los indicadores observacionales del SOATIF-o para cada una de sus cuatro dimensiones.

En referencia a la dimensión **Compartir el propósito**, se observó una baja colaboración inicial entre los progenitores de los dos grupos. Es decir, en el grupo de *Casos CON indicadores positivos*, también se observaron indicadores negativos iniciales (previos a los indicadores positivos), salvo en dos de los casos (casos 15 y 16). Este dato ilustra la teoría de Lebow (2008), que destaca la falta de alianza intrasistema sólida en terapia con progenitores separados. Al mismo tiempo, confirma investigaciones previas

que han destacado la debilidad de la alianza entre los miembros de familias en conflicto (Friedlander, 2006a) o con familias derivadas externamente a acudir a terapia (Relvas & Sotero, 2014; Sotero, 2016; Sotero et al., 2016).

A pesar de las bajas puntuaciones iniciales, en cinco casos se constató un cambio intrasesión en la dimensión de *Compartir el propósito*, pasando de indicadores negativos a positivos. En concordancia con investigaciones previas como las de Escudero et al. (2008) o Sotero et al. (2016), hemos comprobado que la dimensión intrasistema de la alianza terapéutica puede mejorar con el trabajo terapéutico. Con la intención de detectar cambios mínimos, nuestra investigación se ha basado en la presencia de indicadores positivos de *Compartir el propósito* y no en puntuaciones globales. Consideramos que la metodología empleada nos ha permitido ampliar el conocimiento acerca del “*minimally workable shared sense of purpose* [sentido de compartir el propósito mínimamente viable]”, que se considera uno de los objetivos iniciales más importantes a conseguir con familias en conflicto (Friedlander et al., 2006a).

Sin embargo, nuestra investigación ha constatado una evolución positiva de la alianza intrasistema únicamente en aquellos casos que no parten de puntuaciones globales muy negativas en la primera sesión (es decir, que no iniciaron el proceso terapéutico con valoraciones de -2 o -3 según el SOATIF-o). Atendiendo al poco margen de evolución de los casos que empiezan con alianzas intrasistema tan bajas, consideramos que las condiciones previas a la terapia conjunta pueden estar ejerciendo una influencia crítica en el trabajo con estas familias. Para ello, nos apoyamos en los estudios que han asociado la alianza terapéutica con los niveles previos de malestar conyugal (Knobloch-Fedders et al., 2004; Mamodhoussen et al., 2005) o de confianza en el otro miembro de la pareja (Johnson & Talitman, 1997). En esta línea, consideramos útil el planteamiento de estudios que exploren qué características particulares del conflicto posconyugal pueden amenazar la construcción temprana de la alianza terapéutica en terapia familiar.

En cuanto a los indicadores concretos de *Compartir el propósito*, hemos observado la presencia de actitudes que muestran el enfrentamiento entre los miembros de la pareja parental como, por ejemplo: “*Hacen comentarios hostiles o sarcásticos a otro miembro de la familia*”, “*Se culpan unos a otros*” o “*Devalúan la opinión o perspectiva del otro*”. Este tipo de comportamientos son esperables, puesto que las frecuentes atribuciones negativas o las dinámicas en términos de ganador-perdedor han

sido ampliamente descritas en casos con separaciones conflictivas (Anderson et al., 2011; Lebow & Rekart, 2007; Linares, 2015). Además, estos resultados concuerdan con los reportados por Abascal (2011), que destaca los mismos indicadores en las sesiones con las familias que muestran alianzas intrasistema más problemáticas. Aun así, como hemos mencionado, algunas parejas parentales han mostrado un inicio de trabajo en colaboración para conseguir objetivos comunes para la familia. En los casos analizados, los indicadores a través de los cuales se ha observado el inicio de la alianza intrasistema y, por lo tanto, aquellos que sugieren una mayor facilidad para darse inicialmente son: “*Ofrecen un acuerdo de compromiso*”, “*Validan mutuamente sus puntos de vista*” y “*Se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista*”.

Como último aspecto a comentar en relación a la dimensión de *Compartir el propósito*, nos gustaría añadir que, al constatarse una alta frecuencia de indicadores que reflejan interacciones marcadas por la hostilidad explícita en sesión, nuestra investigación nos permite reforzar las conclusiones de estudios previos que han destacado la necesidad de atender el gran desgaste emocional que se deriva del trabajo de los terapeutas que atienden a estos casos (Garber, 2004; Viljoen & Van Rensburg, 2014).

Juntamente con la dimensión de *Compartir el propósito*, la **Seguridad** ha sido definida repetidamente como un fenómeno de especial importancia en la terapia conjunta (Abascal, 2011; Escudero et al., 2008; Friedlander et al., 2008b; Friedlander et al., 2006a; Friedlander et al., 2011; Mateu, 2015). En concordancia, nuestro estudio muestra que la *Seguridad* ha sido la única dimensión cuyas puntuaciones han sido más elevadas tanto en las sesiones individuales como en las sesiones conjuntas con los miembros de los *Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema*. En otras palabras, aquellas parejas parentales que expresan mayor predisposición para trabajar conjuntamente en la terapia son las que muestran sentirse más seguras tanto en las sesiones individuales con el terapeuta como en la posterior sesión con sus exparejas. De manera muy similar a las conclusiones de la investigación de Friedlander et al. (2008b), nuestros datos confirman que “los progenitores que se arriesgaron y exploraron temas de manera no defensiva en la primera sesión, facilitaron el sentido de compartir el propósito de la terapia” (p.123).

De acuerdo con investigaciones anteriores que afirman que las familias con baja alianza intrasistema son las que tienden a sentirse más inseguras (Lambert & Friedlander, 2008), en nuestra investigación, todos los patrones problemáticos de *Seguridad* negativa

se identificaron en el grupo de *Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema*, suponiendo el 33.33% de las sesiones individuales y el 80% de las sesiones conjuntas de ese grupo. Entre los indicadores negativos de *Seguridad*, destacamos la presencia de las conductas negativas no verbales en el grupo de *Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema*. El comportamiento no verbal relajado es una clave para detectar la seguridad de los miembros de la familia (Friedlander et al., 2006a). Así, la inseguridad de los miembros de la pareja parental se evidenció en repetidas ocasiones a través de conductas no verbales como “*Expresa ansiedad de forma no verbal (p. ej., da golpecitos, se agita, se mueve)*” o “*Se protege de forma no verbal (p. ej., cruza los brazos sobre el pecho, no se quita el abrigo o deja el bolso)*”, tanto en las sesiones individuales como en las sesiones conjuntas.

De estos resultados se deriva la importancia de que los terapeutas prestemos especial atención a los comportamientos que denotan inseguridad por parte de los progenitores y, en respuesta, reforcemos las intervenciones dirigidas a fomentar la sensación de confort en el sistema terapéutico. Algunos ejemplos de contribuciones a la seguridad según Friedlander et al. (2005) son: reconocer que la terapia implica aceptar riesgos o discutir de cuestiones privadas, proporcionar directrices de confidencialidad o propiciar la discusión sobre elementos del contexto terapéutico que pueden intimidar.

Las bajas puntuaciones en la dimensión de *Seguridad* han sido recientemente descritas en primeras sesiones con familias que acuden a terapia de manera involuntaria (Relvas & Sotero, 2014; Sotero, 2016; Sotero et al., 2016). Si bien en nuestra investigación no incluimos aquellos casos que hicieron constar su desacuerdo para iniciar un proceso terapéutico, al tratarse de casos derivados externamente, no podemos obviar la posibilidad de que existieran presiones encubiertas que afectasen en el establecimiento de la alianza terapéutica. Investigaciones previas han afirmado que la presión experimentada por las familias es más determinante en el desarrollo de la terapia que la entidad que deriva el caso (Moore et al., 2013). Nuestros datos nos permiten sugerir que los patrones de *Seguridad* negativa identificados en su totalidad en el grupo de *Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema* pueden estar indicando una mayor presión por parte de los progenitores para acudir a la terapia. Para explorar esta línea, recomendamos que futuras investigaciones tengan en cuenta el control de la *presión experimentada* y plantear su posible relación con la falta de seguridad en el sistema terapéutico.

En cuanto a la dimensión de *Eganche*, encontramos diferencias significativas únicamente en las sesiones conjuntas y, concretamente, en el progenitor que convive más tiempo con el hijo (Progenitor C). Es decir, en los casos en los que hubo mejor alianza intrasistema, el progenitor que convive con el hijo transmitió la sensación de estar involucrado en la terapia y verle sentido al tratamiento. A nuestro entender, este dato requiere de varias reflexiones interrelacionadas que, en última instancia, reflejan la complejidad de la construcción de la alianza terapéutica con progenitores separados en conflicto, especialmente cuando hay una falta de alianza entre los miembros de la pareja.

Por un lado, en casos con progenitores separados en conflicto hay riesgo de que se produzcan dinámicas de triangulación muy destructivas, lo que Linares (2015) ha conceptualizado como PAF. Johnston et al. (2001) subrayan la importancia de motivar activamente al progenitor más cercano al hijo, puesto que la participación de éste suele presentar más dificultades que la del progenitor que quiere recuperar una relación positiva con el hijo. En este sentido, nuestros datos apoyarían la utilidad de dicha estrategia, puesto que la participación del progenitor que convive con el hijo se ha mostrado como un factor clave en el desarrollo de la alianza intrasistema. Desde la teoría de Linares (2015), los datos de nuestra investigación permiten proponer una estrategia inicial basada en afianzar la acomodación con la figura que se constituye como manipulador exitoso en la dinámica de triangulación, para asegurar la continuidad de la terapia y posibilitar el trabajo terapéutico posterior.

Por otro lado, según nuestra revisión de la literatura, en terapia de pareja y familia, la alianza con el hombre tiende a estar más asociada con el resultado final de la terapia (Anker et al., 2010; Bartle-Haring et al., 2012; Bourgeois et al., 1990; Brown & O'Leary, 2000; Symonds & Horvath, 2004) que la alianza con la mujer (Quinn et al., 1997). Aun así, también hay investigaciones que señalan la inconsistencia en los resultados de las investigaciones que exploran las características sociodemográficas como predictores de la calidad de la alianza (Constantino et al., 2002). En nuestra investigación, la alianza intrasistema más positiva se asocia con el *Eganche* del progenitor más cercano al hijo (Progenitores C) y éste fue la madre en un 81.3% de los casos. Para discutir estos resultados, nos parecen especialmente útiles las aportaciones de Symonds & Horvath (2004), que interpretan las diferencias de género en el establecimiento de la alianza en base a las relaciones de poder.

En el contexto de la terapia familiar con progenitores separados, el progenitor que pasa más tiempo con el hijo, sea la madre o el padre, tiene una posición privilegiada en lo que respecta a la participación del hijo en terapia puesto que de éste depende, en mayor medida, la asistencia del hijo al proceso de terapia familiar. Esto permite explicar por qué los casos que muestran más predisposición de los progenitores para trabajar unidos son aquellos en los que el progenitor más cercano al hijo está más involucrado. Como afirman las últimas estadísticas españolas, la custodia de los hijos suele ser otorgada a las madres (INE, 2016) y así se ha visto reflejado en los datos sociodemográficos de los participantes. En definitiva, el *Enganche* de las madres fue crucial para el desarrollo de la alianza intrasistema, pero, más que el género, consideramos que fue determinante su rol en la dinámica familiar.

Centrándonos en el grupo de *Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema*, cabe destacar que la frecuencia de indicadores de *Enganche* disminuye de las sesiones individuales a las conjuntas. Esta disminución se produce en ambos progenitores. Teniendo en cuenta la definición que Friedlander et al. (2005a) hacen de la dimensión de *Enganche*, podemos afirmar que los miembros de la pareja parental “ven que el cambio es posible” (p.8) de una manera más clara cuando están a solas con el terapeuta que cuando se realiza una sesión conjunta. Así, se refuerza el sentido de trabajar de forma separada con cada miembro de la familia, previamente al planteamiento de una participación cara a cara en la que, previsiblemente, habrá más tensión.

Además, el contraste de indicadores de *Enganche* entre las sesiones individuales y conjuntas señala la ambivalencia de las actitudes iniciales de cada miembro en terapia familiar en casos con conflictos tan polarizados. Atendiendo a los indicadores concretos, podemos comprobar que casi toda la frecuencia en las sesiones individuales recae en un mismo indicador: “*Introduce un problema para discutirlo*” y dicho indicador disminuye muy notablemente en la sesión conjunta. Este dato puede reflejar situaciones en las que los miembros de la pareja reconocen la presencia de un problema cuando éste se expresa en un contexto de terapia individual, pero no cuando éste se define en base a una solución conjunta. Si a estos datos le añadimos los resultados previamente comentados sobre la presencia de indicadores negativos de alianza intrasistema como “*Se culpan unos a otros*”, podemos perfilar lo que se ha denominado *actitudes demandantes* (Escudero, 2009b). Es decir, un miembro de la pareja identifica un problema en el otro miembro y no se considera a sí mismo parte de la solución. En este sentido, se pone de manifiesto la

importancia de que los terapeutas exploremos minuciosamente el contenido de los motivos y problemas que introduce cada uno de los miembros de manera individual y trabajemos a tiempo las actitudes de tipo demandante que, en última instancia, permiten prever una baja predisposición a colaborar y trabajar conjuntamente en la terapia.

En referencia a la dimensión de *Conexión emocional*, el análisis comparativo también mostró diferencias significativas entre los dos grupos, observándose puntuaciones mayores en el grupo de *Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema*. Resulta interesante observar que, en el grupo de *Casos SIN indicadores positivos de alianza intrasistema*, los miembros de la pareja mostraron confianza en el terapeuta en la sesión individual y dejaron de mostrarla en la sesión conjunta. En cambio, en el grupo de *Casos CON indicadores positivos de alianza intrasistema*, los indicadores positivos que evidenciaron la confianza con el terapeuta se mantuvieron más estables. Este cambio resulta comprensible teniendo en cuenta que la *Conexión emocional* positiva en las sesiones individuales se estableció casi en su totalidad a través del indicador “*Comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta*” y es esperable que, en un ambiente más inseguro se den menos interacciones basadas en el humor. Aunque la relación con el terapeuta (expresada a través de la dimensión de *Conexión emocional*) y la relación con la terapia familiar (expresada a través de la dimensión de *Compartir el propósito*) se han definido como procesos diferenciados (Friedlander et al., 2006a), estos resultados ilustran la interrelación entre las dimensiones que conceptualizan la alianza en terapia familiar (Escudero, 2009a; Friedlander et al., 2008a; Friedlander et al., 2006a) y al mismo tiempo reafirman la alianza como un proceso dinámico, que varía en función de los participantes y el momento de la terapia (Beck et al., 2006; Glebova et al., 2011; Horvath & Simonds, 1991).

Asociada a la dimensión de *Conexión emocional* con el terapeuta, exploramos la presencia de una alianza problemática única en terapia conjunta, la *alianza dividida*. De manera similar a otros estudios (Beck et al., 2006; Heatherington & Friedlander, 1990a; Knobloch-Fedders et al., 2004, 2007; Mamodhousen et al., 2005 Muñiz de la Peña et al., 2009) definimos operacionalmente las *alianzas divididas* en función de la diferencia entre puntuaciones de *Conexión emocional* de los progenitores y tomando como unidad la desviación típica. A diferencia de las investigaciones previas que han mostrado que las alianzas divididas son un fenómeno frecuente en terapia de pareja y familia (Heatherington & Friedlander, 1990a; Knobloch-Fedders et al., 2004, 2007;

Mamodhoussen et al., 2005 Muñiz de la Peña et al., 2009), en nuestra investigación identificamos alianzas divididas en solo dos casos, correspondiendo a una alianza dividida de tipo moderado y otra de tipo severo, según los criterios establecidos por Muñiz de la Peña et al. (2009).

Aunque también hay investigaciones que han encontrado porcentajes menores de alianzas divididas (Coupland & Serovick, 1999), la baja frecuencia de alianzas divididas en nuestra investigación es consistente con Friedlander et al. (2006a), que advierten que los problemas de alianza dividida no suelen solaparse con bajas alianzas intrasistema. Como explican los autores, la resistencia suele manifestarse de manera más intensa en un proceso (en los problemas de *Conexión emocional* con el terapeuta) o en otro (en los problemas en la alianza con el resto de miembros de la familia que participan en la sesión). Por consiguiente, la poca aparición de alianzas divididas podría explicarse por el hecho de haber centrado nuestro análisis en casos que, por definición, presentan dificultades en la alianza intrasistema.

En cuanto a los resultados relativos al comportamiento del terapeuta, el análisis comparativo de nuestros casos en función de la alianza intrasistema de los progenitores no ha evidenciado diferencias estadísticamente significativas. Es decir, a nivel estadístico y teniendo en cuenta la lista de indicadores del SOATIF-o, no se aprecia que el terapeuta contribuya a la alianza de manera significativamente distinta en las sesiones en las que se observó un inicio de colaboración entre los progenitores y en las que no. Sin embargo, en cinco casos se constató una evolución positiva en el transcurso de una sesión. Este hecho nos permitió asumir que se produjeron mecanismos de cambio que facilitaron la alianza intrasistema dentro del contexto de una misma sesión (ya fuera en la interacción terapeuta-progenitor, progenitor-progenitor y/o terapeuta-pareja). A nuestro entender, y como afirman los autores del SOATIF-o, los 43 indicadores del terapeuta no reflejan el universo de contribuciones que se pueden hacer a la alianza, sino que muestra marcadores comunes. Por lo tanto, consideramos que, al tratarse de casos con características tan particulares, las intervenciones del terapeuta incluyeron comportamientos que no quedaron registrados mediante el análisis deductivo. Además, ambos grupos fueron llevados por un mismo equipo terapéutico y, aunque es un hecho que permitió controlar variables referentes al terapeuta, cabía esperar un estilo de trabajo similar en las sesiones iniciales de todos los casos. En consecuencia, la detección de diferencias sutiles requirió

de un análisis inductivo y centrado en la comparación cualitativa de secuencias de cambio. Los resultados de dicho microanálisis son discutidos a continuación.

A fin de dar respuesta a la **PREGUNTA ESPECÍFICA 3**, *¿Cómo se llega a producir un cambio positivo en la dimensión intrasistema de la alianza terapéutica y, por lo tanto, se observa un inicio de colaboración entre los progenitores en la terapia?*, nos hemos valido del modelo de cambio obtenido siguiendo la metodología de *Task Analysis* (Greenberg, 1984, 2007). En la discusión de los resultados que sigue ahora, intercalaremos los resultados cuantitativos presentados anteriormente, a fin de dar respuesta a la **PREGUNTA ESPECÍFICA 4**, *¿En qué medida se complementa el análisis cualitativo de las sesiones en las que se inicia una colaboración con los resultados cuantitativos obtenidos en la observación de la alianza terapéutica?* En referencia a la cuarta pregunta, cabe hacer mención al Apéndice I, en el que exponemos una red con las relaciones que establecimos entre las dimensiones del SOATIF (Fase 1 de la tesis) y los elementos del modelo de cambio (Fase 2 de la tesis). Con el Apéndice I no pretendemos aportar nuevos resultados, sino mostrar de manera gráfica el proceso de reflexión que realizamos para integrar y discutir los resultados obtenidos en las dos fases de la investigación.

A través del análisis inductivo y comparación cualitativa de eventos de cambio positivos y negativos, hemos identificado elementos facilitadores del desarrollo de la alianza intrasistema entre los progenitores. Estos elementos se agrupan en cuatro categorías y se organizan en un orden secuencial que conforma el Modelo del proceso de cambio. A continuación, relacionamos y discutimos los procesos que operan en las cuatro categorías del modelo resultante en base a la teoría existente, ampliando la formulación explicativa del proceso de cambio.

En la categoría **Contextualización** (*Fase 0 del Modelo*), enmarcamos todas las intervenciones del terapeuta que hacen referencia a definir la terapia y diferenciarla de otros contextos que han proporcionado asistencia de algún tipo a la familia (p. ej., servicios judiciales). Otros autores han afirmado que explicar cómo funciona la terapia es una contribución a la alianza terapéutica, concretamente para involucrar a los miembros de la familia (Friedlander et al., 2005a). La importancia de facilitar información acerca de las características de la terapia también se ha destacado recientemente en propuestas de intervención específicas para casos con PAF (Castañeda,

2015). No obstante, además de definir el espacio terapéutico, nuestro análisis nos ha permitido identificar la importancia de presentarlo con un énfasis en los aspectos que aportan novedad y diferencia (p. ej., *“Este es un espacio nuevo”, “Ese no es mi oficio, para eso están los abogados y los mediadores”, “Intentemos hacerlo de otro modo”*). Este tipo de intervenciones, más o menos breves, se presentan como algo continuo a lo largo de la sesión, llegando a interrumpir el discurso de los progenitores, a fin de puntualizar alguna de sus afirmaciones (p. ej., *“Sí, pero quitando la palabra culpa, que es una cosa de los jueces, responsabilidad, sí...”*).

El contexto es uno de los factores que pueden explicar la falta de colaboración de familias derivadas externamente. Se trata de familias que muy frecuentemente han sido atendidas por una gran variedad de profesionales. Tal como subraya Linares (2015), los distintos profesionales pueden influir de manera crítica en la situación familiar tras la separación conyugal, llegando incluso a fomentar la aparición y mantenimiento de dinámicas alienadoras. Blow y Daniel (2002) también destacan las interferencias del sistema legal, que a menudo estimula a los progenitores a aferrarse a una misma versión inamovible. Tiene sentido, por lo tanto, plantear una intervención terapéutica basada en considerar y mostrar las múltiples realidades. Complementando esta línea, nuestro Modelo incluye una necesaria definición del proceso terapéutico como una oportunidad distinta a las anteriores, abriendo una posibilidad para el cambio. En definitiva, destacamos la utilidad de sorprender a los progenitores, con el fin de no confirmar unas posibles expectativas estancadas en el “esto será más de lo mismo”.

Del mismo modo que se ha mostrado la utilidad de definir la terapia como un espacio profesional diferenciado, nuestros datos muestran que es importante presentarlo como un espacio relacional regido por unas pautas de interacción distintas a las que están acostumbrados los progenitores. Citando a Thomas et al. (2005), “en la primera sesión, los terapeutas pueden necesitar el establecimiento de un contexto para la discusión que sea diferente de lo que ocurre en casa” (p.31). Estos aspectos han quedado ejemplificados en intervenciones del terapeuta como: *“¿Qué esperaría usted de un proceso que sea distinto del pasado? En concreto”*. En estrecha relación a este último aspecto, destacamos también las intervenciones dirigidas a aclarar aspectos como la voluntariedad del proceso terapéutico (p. ej., *“Aquí no obligamos a venir a nadie”* o *“Nada de aquí es obligatorio”*). Los resultados de nuestra investigación ejemplifican la importancia de no imponer el funcionamiento de la terapia, especialmente en casos derivados externamente,

sino de potenciar la co-construcción de un contexto de intervención colaborativo en el cual todos se sientan implicados (Mastropaolo, 2015; Relvas & Sotero, 2014).

Dentro de la categoría *Narrativas de Conflicto (Fase 1 del Modelo)*, situamos la exposición de los puntos de vista de cada progenitor (subcategoría *1a. Se exponen perspectivas individuales*). En esta fase del modelo, las intervenciones del terapeuta van encaminadas a procurar que ambos progenitores presenten sus respectivas perspectivas acerca del problema que les ha llevado a la situación actual. A nuestro entender, este proceso refuerza dos aspectos importantes de la terapia en casos conflictivos. Por un lado, permiten lo que Relvas y Sotero (2014) citan como uno de los aspectos más importantes al principio de la terapia: “que el terapeuta consiga percibir cómo se presenta cada uno de los miembros de la familia, para después adaptar su intervención de forma que promueva y amplifique el sentimiento de que la terapia es útil, tiene valor y tiene sentido para todos” (p.97). Por otro lado, es una oportunidad para gestionar una relación equilibrada con ambos progenitores, sin emitir juicios de valor y fomentando una sensación de seguridad que permita compartir sentimientos.

La importancia de una fase inicial en la que los miembros de la familia expresen sus respectivas visiones ha sido propuesta por Coulehan et al. (1998) en un estudio realizado mediante *Task Analysis*, centrado en la transformación de narrativas en terapia familiar constructivista. En coherencia con propuestas provenientes de la epistemología sistémica, Coulehan et al. (1998) ven la expresión de los múltiples puntos de vista como una oportunidad para que los miembros de la familia se observen los unos a los otros y co-construyan significados acerca del problema y las potenciales soluciones.

En el marco de la teoría de Linares (2012), esta fase forma parte de un necesario proceso de *acomodación* que, en familias con relaciones de corte simétrico, debe basarse en la neutralidad del terapeuta, “entendiendo por tal que todos los miembros relevantes del sistema lo perciban como aliado” (p. 177). Asimismo, constituye una *estrategia negociadora* (p. 202) que fomenta el establecimiento de una conversación colaborativa que permita integrar las perspectivas polarizadas de ambos progenitores.

Acorde con varios autores (Anderson et al., 2011; Lebow & Rekart, 2007; Linares, 2015) y con los análisis que hemos expuesto anteriormente, basados en los indicadores del SOATIF-o, los datos muestran que en la fase inicial de la terapia son frecuentes las

actitudes enfrentadas y atribuciones de culpa entre los progenitores. En respuesta a estas narrativas de conflicto, destacamos las intervenciones del terapeuta dirigidas a reconocer el sufrimiento (p. ej., “*Es una historia muy dura, sé que hay cantidad de cosas tremendas en el pasado*” “*Qué están heridos, no hay duda*”), agrupadas dentro de la subcategoría 1b. *Se reconoce esfuerzo y sufrimiento*. A nuestro entender, son intervenciones de tipo empático, que han sido definidas como contribuciones a la conexión emocional con las familias (Friedlander et al., 2005a). Siguiendo a Linares (2012), consideramos que este tipo de elogios son un recurso imprescindible si se trabaja desde una óptica sistémica en la que prima el trabajo con lo positivo. Este elemento del modelo es consistente con autores que han recordado la importancia de no obviar las emociones y los sentimientos dolorosos en el trabajo con progenitores en conflicto (Bolaños, 2008; Lebow & Rekart, 2007), ya que “con frecuencia ambos miembros no encuentran la oportunidad de elaborar emocionalmente el duelo y la rabia por la pérdida, entrando en cambio en una escalada por el poder a través de las denuncias” (Linares, 2015, p. 103).

Como ya hemos mencionado, en el transcurso de las interacciones entre los progenitores en las que exponen los distintos puntos de vista, muy frecuentemente se atribuyen la culpa del problema el uno al otro. Como afirman Beck et al. (2006) la percepción de un clima inseguro en el que se producen atribuciones de culpa es un factor que influye negativamente en la alianza intrasistema. El análisis realizado nos ha permitido identificar elementos que facilitan la gestión de los reproches entre ambos progenitores. En el Modelo de cambio, incluimos dichas intervenciones del terapeuta en la subcategoría 1c. *Se promueven posiciones alternativas ante el reproche*. Si bien en un inicio categorizamos todos los reproches en un mismo grupo, la evolución del análisis nos permitió observar la emergencia de dos tipos distintos. Por un lado, agrupamos las acusaciones de carácter personal (“lo que tú me has hecho a mí”) y, por el otro lado, agrupamos los reproches parentales (“lo que tú le has hecho al niño”). En el primer tipo de reproches (reproches personales) la posición de víctima la ocupa uno de los dos progenitores, en cambio, en el segundo tipo (reproches parentales), el principal afectado es el hijo.

Consideramos que los dos tipos de reproches conceptualizados en nuestro análisis complementan el *continuum* que Anderson et al. (2011) proponen para definir los casos de alta conflictividad. Los autores sitúan en el extremo más conflictivo aquellos progenitores más centrados en el otro miembro de la pareja y menos en otros problemas.

Aunque, tanto los reproches de carácter personal como los de carácter parental, focalizan la culpa en el otro progenitor, en los reproches de carácter parental hay implícito el reconocimiento de una cierta afectación del hijo. Cabe destacar que solo en dos de los Eventos Positivos se identificaron reproches de tipo personal, mientras que se observaron en todos los Eventos Negativos. Este dato nos sugiere que el nivel de rencor entre los progenitores es una condición previa a la terapia que puede amenazar el desarrollo del modelo de cambio en la alianza intrasistema. Coincidiendo con las afirmaciones de Campo (2007), consideramos que ignorar el rencor puede impedir que se produzcan cambios positivos y, por tanto, obstaculizar la consecución de los objetivos terapéuticos. Al respecto, consideramos necesaria más investigación que clarifique el fenómeno y determine su relación con la viabilidad de la terapia conjunta específicamente en casos con progenitores separados en conflicto.

Asimismo, la distinción entre los tipos de reproches mencionados puede facilitar otra tarea importante en casos con progenitores separados en conflicto: separar los roles conyugal y parental. Como afirman Lebow & Rekart (2007), una de las áreas clave en la intervención en estos casos es gestionar las dificultades de los progenitores para separar sus necesidades de las de sus hijos. Según nuestro análisis, ante los reproches personales, el terapeuta actuó situando las relaciones familiares (p.ej., *“Es un tipo de familia con padres separados”, “Eso son cosas que toca negociar a ustedes dos, que tocan a los padres, ¿no?”*). Este dato refuerza propuestas como la de Ramisch et al. (2009) que afirma que *“la terapia debe focalizarse en la mejor manera de ayudar a los progenitores a redefinir su nueva relación”* (p. 483). Nuestros datos respaldan la idea de que la coparentalidad de calidad tras la ruptura es posible cuando los progenitores han tomado conciencia de su identidad como coprogenitores.

Varios autores han acentuado la importancia de desarrollar nuevas narrativas en casos con progenitores separados en conflicto (Blow & Daniel, 2002; Bolaños, 2008; Günther et al., 2015; Lebow & Rekart, 2007). Este aspecto queda reflejado en el paso a la siguiente fase del modelo de cambio que proponemos, la categoría: ***Narrativas de corresponsabilidad*** (*Fase 2 del Modelo*). Así como anteriormente describíamos la gestión de las perspectivas individuales de cada progenitor, en esta fase reconocemos un discurso más focalizado en la responsabilidad compartida de ambas figuras parentales. Esta transición muestra el punto clave en la construcción de la alianza intrasistema: el paso de objetivos individuales a objetivos grupales, promoviendo un propósito compartido. Del

mismo modo, ilustra la conclusión de Beck et al. (2006) acerca de que la conceptualización lineal de objetivos, es decir, focalizada en un solo individuo, no propicia el desarrollo de alianzas intrasistema.

En nuestro modelo de cambio, las narrativas de corresponsabilidad se facilitan a través de dos elementos (subcategorías). En primer lugar, el terapeuta pone al hijo en una posición de vulnerabilidad (subcategoría 2a. *Se destaca la posición vulnerable del hijo*). En la línea de las intervenciones de corte más psicoeducativo (p. ej., Owen & Rhoades, 2012), el terapeuta emite una opinión justificada sobre el estado del hijo (p. ej., “*Una problemática que implica una situación de este tipo... el resultado es devastador para los niños*”, “*Sinceramente, la salud mental de estos niños está muy en riesgo*”). En segundo lugar, el terapeuta sitúa la solución en un trabajo conjunto entre las dos figuras parentales (subcategoría 2b. *Se fomenta la recuperación de la responsabilidad parental*). De este modo, como mencionan Walters y Friedlander (2010), se confirma que uno de los componentes esenciales de la intervención clínica con progenitores separados en conflicto es mantener el foco principal en el desarrollo y necesidades del hijo.

Puesto que las investigaciones son consistentes al afirmar la asociación entre la calidad de la relación coparental y el ajuste psicológico de los hijos (Lamela & Figueiredo, 2016), consideramos fundamentales las intervenciones que ayuden a los progenitores a recuperar sus responsabilidades parentales. Esto cobra especial sentido en casos en los que la interacción entre los padres se produce casi exclusivamente vía judicial. Nuestros datos ejemplifican el proceso descrito por Mastropaolo (2015) en una propuesta específicamente diseñada para casos con PAF en la que se propone utilizar el tiempo y el espacio de la terapia para elaborar la conflictiva y recuperar la parentalidad delegada al juez. Citando a Linares (2015), debe primar la filosofía terapéutica basada en la comprensión y la negociación, proponiendo “un *juego de suma no cero*, en el que todos pueden perder (si se precipitan por el camino de la confrontación) o todos pueden ganar (si retiran las denuncias y aprenden a entenderse)” (p.65). En palabras del terapeuta en uno de los Eventos Positivos: “*la reflexión general es que, mientras más intervenga el juez, menos padres sois*”.

En la transición entre las categorías *Narrativas de conflicto (Fase 1 del Modelo)* y *Narrativas de corresponsabilidad (Fase 2 del Modelo)*, reconocemos un movimiento del terapeuta que fluctúa entre una posición de no-experto (atendiendo a la exposición de

las perspectivas individuales de cada miembro de la pareja y co-construyendo el contexto) y una posición de experto (explicando las consecuencias nocivas que la situación conflictiva puede tener en el hijo). Este movimiento del terapeuta ha sido descrito por Vaughn (2004) como una estrategia en terapia familiar para facilitar el cambio de percepciones rígidas del problema. Esta transición puede ser interpretada en base a la teoría de Linares (2012) como una situación en la que el terapeuta pasa “de la acomodación a la confrontación” (p. 176). Al respecto, hay que considerar que, acorde con los resultados obtenidos en el análisis cuantitativo, el modelo de cambio resultó exitoso en aquellos casos en los que se observó mayor *Seguridad* de los progenitores en el contexto terapéutico. Nuevamente, se refuerza la importancia de desarrollar un contexto seguro previo a la sesión conjunta, con la finalidad de crear el mejor escenario posible en el que aplicar el modelo de cambio que planteamos. Estudiando la percepción de los pacientes, también se ha afirmado la importancia de que el terapeuta tome el control, siempre y cuando antes se haya percibido calidez por parte del terapeuta (Bischoff & McBride, 1996; Kuehl et al., 1990).

Como elemento final del modelo de cambio, recogemos que previamente a la aparición de un marcador positivo de alianza intrasistema, conceptualizamos la categoría *Narrativas de oportunidad* (*Fase 3 del Modelo*). Así como el resto de categorías se basan principalmente en intervenciones del terapeuta, en ésta situamos las expresiones de los progenitores que identifican la terapia como un escenario que puede aportar un beneficio para el funcionamiento familiar y, en consecuencia, mejorar la situación del hijo (p. ej., “*Confío en que sigamos viniendo aquí*”, “*Aquí tenemos la ventaja de que el doctor nos regula... él nos ayudará*”). Las intervenciones de los progenitores en esta categoría fueron breves, tanto en términos de tiempo como de contenido. Sin embargo, puesto que en ninguno de los Eventos Negativos se identificaron expresiones que transmitiesen esperanza, consideramos que su potencia es especialmente destacable. Estas observaciones sobre este tipo de narrativas son consistentes con estudios previos en los que se ha comprobado la necesidad de experimentar esperanza en psicoterapia, tanto para lograr la transformación de narrativas en terapia familiar (Coulehan et al., 1998) como para facilitar el proceso de cambio en terapia de pareja (Christensen et al., 1998).

Al mismo tiempo, la categoría *Narrativas de oportunidad* (*Fase 3 del Modelo*) refleja que los progenitores empiezan a encontrar un sentido a la terapia como espacio para tratar un problema y alcanzar un cambio. Nuestros datos sugieren que, de los

aspectos que Lambert et al. (2012) describen para considerar una alianza intrasistema consolidada, el aspecto “verle un sentido a la terapia conjunta para abordar el problema” (p. 426) es el que se muestra más asequible en el trabajo inicial con progenitores separados en conflicto. En este sentido y a falta de investigaciones que contemplen el desarrollo de la alianza intrasistema a lo largo de la terapia con estos casos, los aspectos restantes que proponen Lambert et al. (2012) podrían constituir objetivos alcanzables en las fases más avanzadas de la terapia (estos son: sentirse conectados los unos a los otros para hacer frente a sus preocupaciones y estar de acuerdo en la naturaleza del problema y objetivos para el tratamiento).

En síntesis, presentamos un modelo que debe leerse en clave de guía para facilitar el desarrollo de la alianza intrasistema en casos con progenitores separados en conflicto. Igual que han afirmado otros estudios que han seguido la misma metodología (Higham et al., 2012), no asumimos que los elementos del modelo de cambio reflejen la única manera en la que la alianza intrasistema puede iniciar una evolución positiva. No obstante, como afirman Benítez-Ortega y Garrido-Fernández (2015), tras haber finalizado la *Fase de descubrimiento* de la metodología de *Task Analysis* (Greenberg, 2007), podemos afirmar que proporcionamos un modelo suficientemente refinado y fundamentado para su aplicación y difusión en el ámbito de la psicoterapia. Además, la combinación de los datos extraídos de la comparación cuantitativa y cualitativa de las sesiones nos permite aportar evidencias a partir de las cuales basar la intervención psicoterapéutica.

Por un lado, el Modelo de cambio que proponemos ilustra un proceso técnico basado en la reformulación de las narrativas (desde las narrativas de conflicto, hasta las narrativas de oportunidad, pasando por las narrativas de corresponsabilidad), revelando elementos que cabe esperar en el desarrollo de la alianza intrasistema en terapia familiar con progenitores separados en conflicto. Este proceso de cambio confirma la importancia de la transformación de las visiones individuales del problema, dando paso a narrativas interpersonales y relacionales. Además, añadimos un elemento que consideramos esencial: la contextualización de la terapia familiar como un proceso distinto a las estrategias utilizadas en el pasado, facilitando así que las familias perciban una posibilidad real de cambio. Por otro lado, los datos demuestran la importancia de fortalecer todas las dimensiones de la alianza terapéutica. En particular, destacamos la importancia de desarrollar un contexto seguro desde la primera sesión e involucrar al

progenitor que convive con el hijo como dos aspectos críticos sobre los que diseñar la estrategia de intervención terapéutica.

Los resultados de la presente investigación, basados en la comparación de casos positivos y negativos, nos ha permitido aportar datos que confirman que la efectividad del plan estratégico del terapeuta va estrechamente ligada a la construcción de la alianza terapéutica. Como afirman Hatcher y Barends (2006) “alianza y técnica [...] no pueden considerarse dos tipos distintos de actividad en terapia. La técnica es una actividad, la alianza es una manera de caracterizar la actividad” (p. 294). En coherencia, estamos convencidos de que la formación y supervisión de terapeutas familiares debe destacar la importancia de esta complementariedad y con esta tesis doctoral pretendemos contribuir a ello aportando una herramienta de trabajo en la que estos dos componentes de la actividad terapéutica están involucrados. Estamos convencidos también de que esta herramienta resultará útil y que cubrirá una necesidad de los profesionales que atienden a familias en conflicto, puesto que, como nos habíamos propuesto, está fundamentada en nuevo conocimiento sobre un problema identificado en la práctica clínica. No obstante, pese a que los datos provenientes de un contexto de intervención real refuerzan la validez ecológica de nuestros resultados, deben tenerse en cuenta algunas limitaciones.

En primer lugar, esta investigación se ha basado en un diseño mixto con el objetivo de estudiar en profundidad cambios mínimos en la alianza terapéutica intrasistema. Hemos primado así el análisis minucioso de cada caso más que el número de casos revisados. Esta decisión ha caracterizado la muestra del estudio que necesariamente se ha reducido en número de casos y variables observadas a fin de poder cubrir nuestro objetivo. Por un lado, aunque hemos encontrado diferencias significativas que validan las conclusiones de la Fase 1 de esta tesis, cabe la posibilidad de que con una muestra mayor se encontrasen otras dimensiones implicadas en la construcción inicial de la alianza intrasistema. En esta línea, se debe considerar que todos los casos analizados fueron llevados por un mismo equipo terapéutico liderado por un terapeuta experto con una gran trayectoria en terapia familiar. Ampliar la muestra de terapeutas (aumentando tanto el número como la variabilidad en género, formación y años de experiencia) podría aportar nueva información en referencia a las dimensiones implicadas. Por otro lado, a lo largo del proceso de investigación se han revelado variables que podrían proporcionar más datos relevantes como: (a) la alianza terapéutica medida a través de la perspectiva subjetiva de los terapeutas y familias; (b) la alianza terapéutica de otros miembros

relevantes del sistema familiar, en particular de los hijos; (c) la evolución de las puntuaciones globales de alianza así como el éxito final y/o el abandono de la terapia; (d) la diversidad de problemáticas presentadas en las familias o años desde la separación; (e) medidas iniciales acerca del nivel de presión experimentado o el grado de conflicto y rencor entre los progenitores.

En segundo lugar, hay que tener en cuenta que la metodología de *Task Analysis* aplicada en la Fase 2 de esta tesis prevé un proceso de validación con una fase de comprobación de hipótesis que lo relacione con el éxito final de la terapia. Asimismo, son necesarias investigaciones futuras que relacionen el cambio inicial que hemos constatado con una consolidación de la alianza intrasistema a lo largo del proceso terapéutico. Nuestro trabajo se planteaba abarcar los pasos que completan la primera fase (*Fase de descubrimiento*), ya que los pasos posteriores requerían de un tiempo y medios fuera del alcance de un solo trabajo de investigación (Benítez-Ortega & Garrido-Fernández, 2015). Para llevar a cabo la validación del modelo presentado habría que ampliar la muestra de terapeutas y participantes en número y características (p. ej., familias explícitamente involuntarias, parejas homosexuales, familias que representen diversidad cultural, etc.) con el objetivo de obtener resultados generalizables. Nuestra investigación de proceso se ha centrado en el descubrimiento de los mecanismos de cambio y construcción de un modelo fundamentado empíricamente. Este modelo puede ser aplicado en la práctica clínica y es además el punto de partida para iniciar la fase de validación, que representa la principal línea de trabajo futuro.

Por último, el planteamiento de esta tesis doctoral implicaba una limitación inicial derivada de investigar desde una perspectiva sistémica: no poder abarcar la complejidad de los sistemas familiares. Aun asumiendo la imposibilidad de controlar la totalidad de influencias que intervienen en la definición de un fenómeno relacional, esta tesis ha pretendido ampliar el conocimiento en el marco de las bases teóricas y prácticas del modelo sistémico. Hemos llevado a la investigación un problema identificado en un contexto de terapia familiar y devolvemos ahora sus conclusiones para que puedan ser utilizadas en la práctica profesional. Asimismo, de la discusión de los resultados han surgido nuevas cuestiones a explorar, demostrando el potencial del planteamiento circular que ha sido la motivación de nuestro trabajo: *de la práctica a la investigación, de la investigación a la práctica*.



## 11. Conclusiones

---

1. La alianza intrasistema entre progenitores separados en conflicto es susceptible de cambio mediante el trabajo terapéutico. Nuestra investigación demuestra que se producen cambios de indicadores negativos a positivos en la dimensión de *Compartir propósito* en sesiones de terapia familiar. Dada la importancia crítica de la alianza intrasistema en el éxito de la terapia, nuestros datos sugieren la posibilidad de intervenir incluso en estos casos en los que la relación terapéutica cooperativa se considera de alta complejidad.
2. En sesiones individuales previas a una primera sesión conjunta con ambos progenitores, la *Seguridad* de los progenitores demuestra ser un factor clave para el posterior desarrollo de una alianza intrasistema. Los resultados del análisis comparativo en función de los indicadores positivos de alianza intrasistema muestran que la *Seguridad* es la única dimensión que presenta diferencias significativas en las sesiones individuales previas a la sesión conjunta con ambos progenitores. Concluimos que la dimensión de *Seguridad* es un elemento facilitador de cambio útil para evaluar la conveniencia de llevar a cabo sesiones conjuntas.
3. En primeras sesiones conjuntas, las dimensiones de *Seguridad*, *Conexión emocional* y *Enganche* de los progenitores obtienen puntuaciones significativamente mayores en el grupo de casos con indicadores positivos de alianza intrasistema. No obstante, la dimensión de *Enganche* se muestra significativamente mayor solo en el caso del progenitor que convive con el hijo. Concluimos que el *Enganche* con el progenitor más cercano al hijo es un elemento

facilitador de cambio que puede ser utilizado de manera estratégica por el terapeuta al inicio de la terapia.

4. Proponemos un Modelo que integra elementos facilitadores de cambio identificados mediante el análisis cualitativo de los eventos de cambio en la alianza intrasistema. El Modelo sugiere que el terapeuta puede contribuir al cambio de la alianza intrasistema a partir de:

- 4.1. Contextualizar la terapia como un espacio diferenciado de la experiencia en otros contextos asistenciales y cuyo funcionamiento pueda ser definido en un ejercicio conjunto entre el terapeuta y la familia. Nuestro análisis nos ha permitido identificar la importancia de presentar la terapia con un énfasis en los aspectos que aportan novedad y diferencia.

- 4.2. Facilitar la reformulación y transformación de las visiones individuales del problema, propiciando la emergencia de narrativas interpersonales:

- 4.2.1. Dando espacio para un trabajo sobre las *Narrativas de conflicto*: procurando el equilibrio en la exposición de las perspectivas individuales de ambos progenitores, reconociendo el sufrimiento y el esfuerzo de los progenitores y promoviendo posiciones alternativas ante el reproche. La comparación de eventos positivos y negativos nos permite sugerir que la definición explícita de la identidad coparental puede ser un factor clave para el desarrollo de la alianza intrasistema entre progenitores separados.

- 4.2.2. Promoviendo el desarrollo de las *Narrativas de corresponsabilidad*: destacando la posición vulnerable del hijo y fomentando la recuperación de las responsabilidades parentales.

- 4.2.3. Favoreciendo las *Narrativas de oportunidad* en las que los progenitores identifiquen la terapia como un contexto que puede aportar un beneficio familiar y, en consecuencia, mejorar la situación del hijo.

5. La investigación de proceso de cambio en psicoterapia permite atender a las necesidades de la práctica clínica desarrollando herramientas fundamentadas para

la labor de los psicoterapeutas. Nuestra investigación proporciona un ejemplo de trabajo que, a partir de datos clínicos, identifica elementos facilitadores para la intervención ante un obstáculo frecuente en terapia familiar. Los resultados proporcionan información de interés tanto en el ámbito de la intervención terapéutica como en el ámbito de la formación y la supervisión de profesionales implicados en la asistencia a familias con un conflicto parental posdivorcio. En última instancia, esta tesis doctoral muestra las potencialidades de la colaboración entre profesionales principalmente orientados a la práctica clínica e investigadores en el ámbito de la psicoterapia.



## *Conclusions*

---

1. The within-system alliance between separated -or divorced- parents in conflict is susceptible to change with therapeutic work. Our research shows that, in family therapy sessions, change occurs from negative to positive indicators in the *Shared Sense of Purpose* dimension. Given the critical value for success of the within-system alliance, our data suggests that an intervention is possible even in these cases where the cooperative therapeutic relationship is of high complexity.
2. In individual sessions prior to a first conjoint session with both parents, the *Safety* dimension proves to be a key factor for the further development of the within-system alliance. The results of the comparative analysis based on the positive within-system alliance indicators show that parents' *Safety* is the only dimension which presents significant differences in individual sessions prior to the conjoint session with both parents. We therefore conclude that the *Safety* dimension is a facilitating element of change useful for considering the appropriateness of moving toward conjoint sessions.
3. In first conjoint sessions with both parents, *Safety*, *Emotional Connection* and *Engagement* dimensions prove to be significantly greater in the parents of the group that show positive indicators of within-system alliance (i.e., *Shared Sense of Purpose*). Nevertheless, the *Engagement* dimension is significantly greater only with the parents who live with the children. We conclude that Engagement with the parent closer to the child is a change-facilitating element that can be strategically used by the therapist at the beginning of therapy.

4. We have developed a Model that integrates facilitating elements of change identified through the qualitative analysis of the change events on the within-system alliance. The Model suggests that the therapists can contribute to change in the within-system alliance. To do so, the therapist should:

4.1. Contextualize therapy as different from other entities involved in their separation process (e. g., mediation, meetings with lawyers, etc.). The development of the therapy may be defined conjointly between therapist and the family. Our analysis has allowed us to identify the importance of conducting therapy that emphasizes the aspects that contribute novelty and difference.

4.2. Foster the reframing and transformation of the individual perspectives of the problem, allowing for the emergence of interpersonal narratives.

4.2.1. Allowing space for working on *Conflict narratives*: pursuing a balance in sharing individual perspectives of both parents, acknowledging their suffering and effort, and promoting alternatives to blaming. The comparison between positive and negative events allows us to suggest that an explicit definition of co-parental identity may be a key factor in the construction of the within-system alliance among separated parents.

4.2.2. Promoting the development of *Co-responsibility narratives*: highlighting the vulnerability of the child and encouraging the recovery of parental responsibilities.

4.2.3. Favoring *Opportunity narratives* in which the parents can identify therapy as beneficial for the family and therefore improve their child's situation.

5. Change process research in psychotherapy allows clinicians to respond to the needs of therapeutic practice by developing clinically grounded guidelines. Our research offers an example of a study that, from clinical data, identifies change-facilitating elements to work with problematic within-system alliances — an obstacle with growing interest in family therapy. The results offer information of

interest to the field of therapeutic intervention, as well as to the field of training and supervision of professionals involved in dealing with families with a parental post-divorce conflict. Lastly, this doctoral dissertation manifests the potential of the collaborations between clinical professionals and psychotherapy researchers, pursuing a circular feedback from practice to research and back.



## Referencias

---

- Abascal, A. (2011). *Alianza Terapéutica en Terapia Familiar: La Contribución del Terapeuta en la Creación de la Alianza*. (Tesis doctoral, Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Psicología. Universidad de A Coruña).
- Ackerman, N. W. (1966). *Treating the troubled family*. New York: Basic Books.
- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33.
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: Ronald Press.
- Alexander, L. B., & Luborsky, L. (1986). The Penn helping alliance scales. En L. S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. (pp. 325–366). New York: Guilford Press.
- Amato, P. R., Kane, J B., & James, S. (2011). Reconsidering the good divorce. *Family Relations, 60*(5), 511–524. doi:10.1111/j.1741-3729.2011.00666.x
- American Psychological Association, APA. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6a ed.). Washington, DC: Autor.
- Anderson, S. R., & Johnson, L. N. (2010). A Dyadic Analysis of the Between-and-Within-System Alliance on Distress. *Family Process, 49*(2), 220-235. doi: 10.1111/j.1545-5300.2010.01319.x
- Anderson, S. R., Anderson, S. A., Palmer, K. L., Mutchler, M. S., & Baker, L. K. (2011). Defining High Conflict. *The American Journal of Family Therapy, 39*, 11-27. doi: 10.1080/01926187.2010.530194
- Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2015a). Spanish adaptation of the Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II). *Journal of Mental Health, 24*(3), 155-161.
- Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2015b). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory (WAI). Psychometric properties of the patient and therapist forms (WAI-P and WAI-T). *Anales de psicología, 31*(2), 524-533.
- Andrade-González, N., & Fernández-Liria, A. (2016). Spanish Adaptation of the Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Current Psychology, 35*(1), 169-177. doi:10.1007/s12144-015-9365-3.
- Anker, M. G., Owen, J., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2010). The Alliance in Couple Therapy: Partner Influence, Early Change, and Alliance Patterns in a

- Naturalistic Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 635-645. doi: 10.1037/a0020051.
- Arbuthnot, J., & Gordon, D.A. (1996). Does mandatory divorce education work? A six-month outcome evaluation. *Family and Conciliation Courts Review*, 34, 60-81.
- Arch, M. (2010). Divorcio conflictivo y consecuencias en los hijos: implicaciones para las recomendaciones de guarda y custodia. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 183-190.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). 5ª ed. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Aznar-Martínez, B., Pérez-Testor, C., Davins-Pujol, M., Aramburu, I., & Salamero, M. (2014). La alianza terapéutica en tratamiento conjunto de parejas: evaluación de la alianza y análisis de los factores influyentes en el triángulo terapéutico. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, 18(1), 17-52.
- Baker, A. L. (2007). Knowledge and Attitudes About the Parental Alienation Syndrome: A Survey of Custody Evaluators. *American Journal of Family Therapy*, 35(1), 1-19. doi:10.1080/01926180600698368.
- Balint, E. (1968). Remarks on Freud's metaphors about the "mirror" and the "receiver". *Comprehensive Psychiatry*, 9(4), 344-348.
- Barber, J. P., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M. E., Weiss, R., Frank, A., Onken, L., & Gallop, R. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment for cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 9, 54-73.
- Baril, M. E., Crouter, A. C., & McHale, S. M. (2007). Processes linking adolescent well-being, marital love, and coparenting. *Journal of Family Psychology*, 21, 645-654. doi: 10.1037/0893-3200.21.4.645.
- Bartle-Haring, S., Glebova, T., Gangamma, R., Grafsky, E., & Delaney, R. O. (2012). Alliance and termination status in couple therapy: A comparison of methods for assessing discrepancies. *Psychotherapy Research*, 22(5), 502-514. doi: 10.1080/10503307.2012.676985.
- Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine.
- Beck, M., Friedlander, M. L., & Escudero, V. (2006). Three perspectives of clients' experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(3), 355-368.
- Belsky, J., Putnam, S., & Crnic, K. (1996). Coparenting, parenting, and early emotional development. En J. P. McHale & P. A. Cowan (Eds.), *Understanding how family-level dynamics affect children's development: Studies of two-parent families* (pp. 45-55). San Francisco: Jossey-Bass.

- Benítez-Ortega, J. L., & Garrido-Fernández, M. (2015). Revisión de la investigación de Eventos Significativos en Psicoterapia mediante Análisis de Tareas. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 159-184.
- Benítez-Ortega, J. L., & Garrido-Fernández, M. (2016). Review of task analysis research of significant events in psychotherapy. *Revista de Psicoterapia*, 27(105), 99-122.
- Bernet, W., & Baker, A. L. (2013). Parental alienation, DSM 5, and ICD-11: Response to critics. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 41(1), 98-104.
- Bernstein, A. C. (2007) Re-visioning, restructuring, and reconciliation: clinical practice with complex postdivorce families. *Family Process*, 46(1), 67-78.
- Bibring, E. (1937). Therapeutic results of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 18, 170-189.
- Biesta, G. (2010). Pragmatism and the philosophical foundations of mixed methods research. En A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *The SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (2a ed., pp. 95-117). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Bischoff, R., & McBride, A. (1996). Client perceptions of couples and family therapy. *American Journal of Family Therapy*, 24, 117-128.
- Blaisure, K. R., & Geasler, M. J. (1996). Results of a survey of court-connected parent education programs in US counties. *Family and Conciliation Courts Review*, 34, 23-40.
- Blank, G., & Ney, T. (2006). The (de)construction of conflict in divorce litigation: A discursive critique of 'parental alienation syndrome' and 'the alienated child'. *Family Court Review*, 44(1), 135-148. doi:10.1111/j.1744-1617.2006.00072.x
- Blow, A. J., Sprenkle, D. H., & Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 298-317. doi: 10.1111/j.1752-0606.2007.00029.x
- Blow, K., & Daniel, G. (2002). Frozen narratives? Post-divorce processes and contact disputes. *Journal of Family Therapy*, 24, 85-103. doi: 10.1111/1467-6427.00203
- Bolaños, I. (2000). *Estudio descriptivo del Síndrome de Alienación Parental en procesos de separación y divorcio. Diseño y aplicación de un programa piloto de mediación familiar*. (Tesis doctoral, Facultat de Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona). Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4733/ibc1de2.pdf;jsessionid=B4ACF12C74CE96738F55C36F84CF908A?sequence=1>
- Bolaños, I. (2008). *Hijos alineados y padres alienados. Mediación familiar en rupturas conflictivas*. Madrid: Editorial Reus.

- Bolaños, I. (2015). Custodia compartida y coparentalidad: una visión relacional. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 15, 57-72.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance: New directions. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.) *The Working Alliance. Theory, Research, and Practice* (pp. 13-37). New York: Wiley & Sons.
- Bourgeois, L., Sabourin, S., & Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 608–613. doi: 10.1037/0022-006X.58.5.608.
- Bow, J. N., Gould, J. W., & Flens, J. R. (2009). Examining parental alienation in child custody cases: A survey of mental health and legal professionals. *American Journal of Family Therapy*, 37(2), 127-145. doi:10.1080/01926180801960658.
- Bowen, M. (1976). Theory in the practice of psychotherapy. En P. Guerin (Ed.), *Family Therapy: Theory and practice* (pp. 42-90). New York: Gardner Press.
- Bowman, L. & Fine, M. (2000). Client Perceptions of Couples Therapy: Helpful and Unhelpful Aspects. *American Journal of Family Therapy* 28(4), 295-310. doi: 10.1080/019261800437874.
- Bradley, B., & Furrow, J. L. (2004). Toward a mini-theory of the blamer softening event: tracking the moment-by-moment process. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 233-246. Doi: 10.1111/j.1752-0606.2004.tb01236.x
- Bradley, B., & Johnson, S. M. (2005). Task Analysis of Couple and Family Change Events. En D. H. Sprenkle & F. P. Piercy (Eds.). *Research Methods in Family Therapy* (pp. 254-271). New York: Guilford Press.
- Brown, P. D., & O’Learly, K. D. (2000). Therapeutic alliance: Predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 340-345. doi: 10.1037/0022-006X.68.2.340.
- Bryman, A. (2006). Paradigm Peace and the Implications for Quality. *International Journal of Social Research Methodology*, 9(2), 111-126. doi: 10.1080/13645570600595280
- Buehler, C., & Welsh, D. P. (2009). A processmodel of adolescents’ triangulation into parents’ marital conflict: The role of emotional reactivity. *Journal of Family Psychology*, 23(2), 167–180. doi: 10.1037/a0014976.
- Caldera, Y. M., & Lindsey, E. W. (2006). Coparenting, mother–infant interaction, and infant–parent attachment relationships in two-parent families. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 275–283.
- Campo, C. (2007). *Infidelidad conyugal: Dificultades de manejo en la terapia de pareja. Propuesta de un modelo de intervención. Sistemas Familiares*, 2, 29-43.

- Campreciós, M. (2016). *Validación y aplicabilidad clínica del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) en los trastornos de la conducta alimentaria* (Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna. Universitat Ramon Llull). Recuperada de: <http://www.tdx.cat/handle/10803/352474>.
- Campreciós, M., Vilaregut, A., Virgili, C., Mercadal, L., & Ibáñez, N. (2014). Relaciones familiares básicas en familias con un hijo con trastorno de la conducta alimentaria. *Anuario de Psicología/The UB Journal of Psychology*, *44*, 311-326. Recuperado de <http://www.ub.edu/psicologia/castellano/anuario-de-psicologia>.
- Cannolly-Gibbons, M.B., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland L., & Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. *Psychotherapy Research*, *13*(1), 59-76.
- Capenter, J., Escudero, V., & Rivett, M. (2008). Training family therapy students in conceptual and observation skills relating to the therapeutic alliance: an evaluation. *Journal of Family Therapy*, *30*, 411-424. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00442.x.
- Carr, A. (2008). Thematic review of family therapy journals in 2007. *Journal of Family Therapy*, *30*(3), 296-319. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00432.x
- Carratalà, E., Vilaregut, A., Schlanger, K., & Günther, C. (2016). *Problem Solving Brief Therapy: a Case Conducted by John Weakland*. *Revista de Psicoterapia*, *27*, 217-232.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1989). *The changing family life cycle. A framework for family therapy*. New York: Allyn and Bacon.
- Castañeda, E. (2015). Experiencia terapéutica con familias peruanas. En Centro Llibertat en Cajamarca. En J. L. Linares (Ed.) *Prácticas Alienadoras Familiares. El Síndrome de Alienación Parental reformulado*. (pp. 207-226). Barcelona: Gedisa.
- Castonguay, L. G., Constantino, M.J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*(3), 271-279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(3), 497-504.
- Chao, P. J., Steffen, J. J., & Heiby, E. M. (2012). The Effects of Working Alliance and Client-Clinician Ethnic Match on Recovery Status. *Community Mental Health Journal*, *48*(1), 91-97. doi: 10.1007/s10597-011-9423-8.
- Chenail, R. J., George, S. S., Wulff, D., Duffy, M., Scott, K. W., & Tomm, K. (2012). Clients' Relational Conceptions of Conjoint Couple and Family Therapy Quality:

- A Grounded Formal Theory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 241-264. doi: 10.1111/j.1752-0606.2011.00246.x
- Christensen, L. L., Russell, C. S., Miller, R. B., & Peterson, C. M. (1998). The process of change in couples therapy: A qualitative investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24, 177-188. doi: 10.1111/j.1752-0606.1998.tb01074.x
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46. Doi: 10.1177/001316446002000104
- Constantino, M.J., Castonguay L. G., & Schut, A. (2002). The working alliance: A flagship for the “scientist-practitioner” model in psychotherapy. En G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp.81-131). Boston: Allyn & Bacon.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205-221.
- Corbella, S., Botella, L., Gómez, A. M., Herrero, O., & Pacheco, M. (2011). Características psicométricas de la versión española del Working Alliance Inventory-Short (WAI-S). *Anales de Psicología*, 27(2), 298-301.
- Coulehan, R., Friedlander, M., & Heatherington, L. (1998). Transforming narratives: a change event in constructivist family therapy. *Family Process*, 37(1), 17-33.
- Coupland, S. K., & Serovick, J. M. (1999). Effects of Couples' Perceptions of Genogram Construction on Therapeutic Alliance and Session Impact: A Growth Curve Analysis. *Contemporary Family Therapy*, 21(4), 551-572. doi: 10.1023/A:1021683423312.
- Couture, S. M., Roberts, D. L., Penn, D. L., Cather, C., Otto, M. W., & Goff, D. (2006). Do Baseline Client Characteristics Predict the Therapeutic Alliance in the Treatment of Schizophrenia? *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 149(1), 10-14. doi: 10.1097/01.nmd.0000195315.39196.52.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed method approaches* (2a ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2a ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- De Rubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 469-482.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Madrid: Paidós.
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2012). Introducción general. La investigación cualitativa como disciplina y como práctica. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln

(Eds.), *Manual SAGE de investigación cualitativa. Vol. I. El campo de la investigación cualitativa* (pp.43-101). Barcelona: Gedisa.

- Deutsch, F. M. (2001). Equally Shared Parenting. *Current Directions in Psychology Science*, 10(1), 25-28.
- Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 481-488. doi: 0~22-006X/96/\$3.00.
- Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (1999). Transforming negative parent-adolescent interactions: From impasse to dialogue. *Family Process*, 38, 5-26.
- Doran, J. M. (2016). The Working Alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research*, 26(2), 146-163. Doi: 10.1080/10503307.2014.954153.
- Dunkle, J. H., & Friedlander, M. L. (1996). Contribution of Therapist Experience and Personal Characteristics to the Working Alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 456-460.
- Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research*, 20(2), 123-135. doi: 10.1080/10503300903470743
- Elliot, R., Fischer, C. T., & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215-229.
- Elliott, R., Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J., Stiles, W. B., Hardy, G., Llewelyn, S. P., & Margison, F. R. (1994). Comprehensive process analysis of insight events in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapies. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 449-463. doi: 10.1037/0022-0167.41.4.449
- Eltz, M. J., Shirck, S. R., & Sarlin, N. (1995). Alliance formation and treatment outcome among maltreated adolescents. *Child Abuse and Neglect*, 19, 419-431.
- Emery, R. E. (1994). *Renegotiating family relationships: Divorce, child custody, and mediation*. New York: Guilford.
- Emery, R. E., Rowen, J., & Dinescu, D. (2014). New Roles for Family Therapists in the Courts: An Overview with a Focus on Custody Dispute Resolution. *Family Process*, 53(3), 500-515. doi: 10.1111/famp.12077
- Emery, R., Sbarra, D., & Grover, T. (2005). Divorce mediation: Research and Reflections. *Family Court Review*, 43(1), 22-37. doi: 10.1111/j.1744-1617.2005.00005.x
- Escudero, V. (2009a). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 247-259.

- Escudero, V. (2009b). *Guía práctica para la intervención familiar*. Junta de Castilla y León. Recuperado de [http://uiicf.net/wp-content/uploads/2014/06/GuíaPrácticaIF\\_VEscudero.pdf](http://uiicf.net/wp-content/uploads/2014/06/GuíaPrácticaIF_VEscudero.pdf)
- Escudero, V., & Friedlander, M. L. (2003). El Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF): Desarrollo trans-cultural, fiabilidad y aplicaciones del instrumento. *Mosaico: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 25, 32-36.
- Escudero, V., Boogmans, E., Loots, G., & Friedlander, M. L. (2012). Alliance rupture and repair in conjoint family therapy: An exploratory study. *Psychotherapy*, 49(1), 26–37. doi:10.1037/a0026747.
- Escudero, V., Friedlander, M. L., & Heatherington, L. (2011). Using the e-SOFTA for Video Traininh and Research on Alliance-Related Behavior. *Psychotherapy*, 48(2), 138-147. doi: 10.1037/a0022188
- Escudero, V., Friedlander, M. L., Varela, N., & Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic Alliance in family therapy: association with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30(2), 194-214. doi: 0.1111/j.1467-6427.2008.00425.x
- Fabricius, W. V., & Luecken, L. J. (2007). Postdivorce living arrangements, parent conflict, and long-term physical health correlates for children of divorce. *Journal of Family Psychology*, 21(2), 195-205.
- Feeley, M., DeRubeis, R.J., & Gelf, L.A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 578-582.
- Feinberg, M. E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting: Science and Practice*, 3, 95-132. doi: 10.1207/S15327922PAR0302\_01.
- Feinberg, M. E., Kan, M. L., & Hetherington, E. M. (2007). The longitudinal influence of coparenting conflict on parental negativity and adolescent maladjustment. *Journal of Marriage and Family*, 69, 687–702. doi: 10.1111/j.1741-3737.2007.00400.x
- Ferenczi, S. (1932/1988). *The clinical diary of Sandor Ferenczi*. J. Dupont (Ed.). Cambridge: Harvard University Press.
- Fiedler, P. (1995). The Exploration of Change Events and Change Episodes in Psychotherapy: Models, Tools, and Outcome. En J. Siegfried (Ed.), *Therapeutic and Everyday Discourse as Behavior Change. Towards a Micro-analysis in Psychotherapy Process Research* (pp. 141-165). Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS* (2a ed). London: Sage.
- Flicker, S. M., Turner, C. W., Waldron, H. B., Brody, J. L., & Ozechowski, T. J. (2008). Ethnic background, therapeutic alliance, and treatment retention in

- functional family therapy with adolescents who abuse substances. *Journal of Family Psychology*, 22, 167–170. doi:10.1037/0893-3200.22.1.167.
- Floyd, F. J., & Zmich, D. E. (1991). Marriage and Parenting Partnership: Perceptions and Interactions of Parents with Mentally Retarded and Typically Developing Children. *Child Development*, 62, 1434-1448.
- Fram, S. H. (2013). The Constant Comparative Analysis Method Outside of Grounded Theory. *The Qualitative Report*, 18(1), 1-25.
- Freud, S. (1912/1958). The dynamics of transference. En J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 99-108). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1913). On the beginnings of treatment. En J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 122-144). London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1937). Analysis terminable and interminable. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 13, pp. 216-253). London: Hogarth Press.
- Friedlander, M. L., Angus, L., Wright, S. T., Günther, C., Austin, C. L., Kangos, K., ... Khattra, J. (2016). “If Those Tears Could Talk, What Would They Say?” Multi-Method Analysis of a Corrective Emotional Experience in Brief Dynamic Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 27, 1-18.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006a). *Therapeutic Alliance with couples and families: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2009). *La Alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. M. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 25-33. doi: 10.1037/a0022060
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., Deihl, L., Field, N., Lehman, P., McKee, M., & Cutting, M. (2005a). *Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Interacción Familiar (SOATIF-o). Manual de Entrenamiento. Revisado*. Recuperado de: <http://syl1021.sync-intertainment.com/~d766886/wp-content/uploads/2014/06/SOATIFManual.pdf>
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., Deihl, L., Field, N., Lehman, P., McKee, M., & Cutting, M. (2005b). *System for Observing Family Therapy Alliances (SOATIF-o). Revised. Training Manual*. Recuperado de: [http://syl1021.sync-intertainment.com/~d766886/wp-content/uploads/2014/06/Softa\\_CodingManual.pdf](http://syl1021.sync-intertainment.com/~d766886/wp-content/uploads/2014/06/Softa_CodingManual.pdf)
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, A. O., Heatherington, L., Cabero, A., & Martens, M. P. (2006b). System for Observing Family Therapy Alliances: A tool

for research and practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 214-225. doi: 10.1037/0022-0167.53.2.214

- Friedlander, M. L., Heatherington, L., & Escudero, V. (2016b). Research on change mechanisms: Advances in process research. En T. Sexton, & J. Lebow (Eds.) *Handbook of Family Therapy* (4a ed., pp. 454-467). New York: Routledge.
- Friedlander, M. L., Heatherington, L., Johnson, B., & Skowron, E. A. (1994). Sustaining Engagement: A change Event in Family Therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 438-448.
- Friedlander, M. L., Kivlighan, D., & Shaffer, K. (2012). Exploring Actor–Partner Interdependence in Family Therapy: Whose View (Parent or Adolescent) Best Predicts Treatment Progress? *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 168-175. doi: 10.1037/a0024199.
- Friedlander, M. L., Lambert, J. E., Escudero, V., & Cragun, C. (2008a). How do therapists enhance family alliances? Sequential analyses of therapist-client behavior in two contrasting cases. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(1). doi: 75-87. 10.1037/0033-3204.45.1.75.
- Friedlander, M. L., Lambert, J. E., & Muñiz de la Peña, C. (2008b). A step toward disentangling the alliance/improvement cycle in family therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 55(1), 118-124. doi: 10.1037/0022-0167.55.1.118.
- Friedlander, M. L., Lee, H., Shaffer, K. S., & Cabrera, P. (2014). Negotiating therapeutic alliances with a family at impasse. *Psychotherapy*, 51(1), 41-52. doi: 10.1037/a0032524.
- Friedlander, S., & Walters, M. G. (2010). When a child rejects a parent: Tailoring the intervention to fit the problem. *Family Court Review*, 48(1), 98–111.
- Garber, B. D. (2004). Therapist alienation: Foreseeing and forestalling thirdparty dynamics undermining psychotherapy with children of conflicted caregivers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(4), 357–363. doi:10.1037/0735-7028.35.4.357
- Gardner, R. (1985). Recent trends in divorce and custody litigation. *Academy Forum*, 29(2), 3-7.
- Gardner, R. (1987). *The Parental Alienation Syndrome and the differentiation between fabricated and genuine sexual abuse*. Cresskill, NJ: Creative Therapeutics.
- Gardner, R. (1992). *Parental Alienation Syndrome: a guide for mental health and legal professionals*. Cresskill, NJ: Creative Therapeutics.
- Garfield, R. (2004). The Therapeutic Alliance in Couples Therapy: Clinical Considerations. *Family Process*, 43(4), 457-465.

- Garfield, S. L. (1990). Issues and methods in psychotherapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*(3), 273–280. doi: 10.1037/0022-006X.58.3.273
- Gasper, J. A. F, Stolberg, A. L., Macie, K. M., & Williams, L. J. (2008). Coparenting in intact and divorced families: its impact on young adult adjustment. *Journal of Divorce and Remarriage, 49*, 272-290. doi: 10.1080/10502550802231924.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 27*(2), 143-153. doi.org/10.1037/0033-3204.27.2.143.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Thompson, L. W., & Gallagher, D. (1988). Relation of pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(4), 483-489.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1985). The Relationship in counseling and psychotherapy: Components, consequences and theoretical antecedents. *The Counseling Psychologist, 13*, 155-244.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of Grounded Theory: Strategies The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine.
- Glebova, T., Bartle-Haring, S., Gangamma, R., Knerr, M., Delaney, R. O., Meyer, K., McDowell, T., Adkins, K, & Grafsky, E. (2011). Therapeutic alliance and progress in couple therapy: multiple perspectives. *Journal of Family Therapy, 33*, 42-65. doi: 10.1111/j.1467-6427.2010.00503.x
- Gomes-Schwartz, B. (1978). Effective ingredients in psychotherapy: Prediction of outcome from process variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*(5), 1023–1035. doi:10.1037/0022-006X.46.5.1023
- Goodman, M., Bonds, D., Sandler, I., & Braver, S. (2004). Parent psychoeducational programs and reducing the negative effects of interparental conflict following divorce. *Family Court Review, 42*, 263–279. Doi: 10.1111/j.174-1617.2004.tb00648.x
- Gottman, J. M., & Driver, J. L. (2005). Dysfunctional Marital Conflict and Everyday Marital Interaction. *Journal of Divorce & Remarriage, 43*(3/4), 63-77. doi:10.1300/J087v43n03\_04
- Gottman, J., & Levenson, R.W. (2000). The timing of divorce: Predicting when a couple will divorce over a 14-year period. *Journal of Marriage & the Family, 62*, 737-745.
- Greenberg, L. S. (1984) Task analysis: The general approach (pp. 124-148). In L.N. Rice & L.S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L. S. (1986) Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 4-9. doi: 0022-006X/S6/M0.75.

- Greenberg, L. S. (1991). Research on the process of change. *Psychotherapy Research*, 1(1), 3-16. doi: 10.1080/10503309112331334011.
- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, 17(1), 15-30. doi: 10.1080/10503300600720390
- Greenberg, L. S. & Pinsof, W. M. (1986). Process Research: Current Trends and Future Perspectives. En L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The Psychotherapeutic Process. A Research Handbook* (pp. 3-20). New York: The Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L., Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1996) The Events-Based Approach to Couple and Family Therapy Research. En D. H. Spunkle & S. M. Moon (Eds.), *Research Methods in Family Therapy* (pp. 411-428). New York: The Guilford Press.
- Greenson, R. R. (1967). *Technique and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Greenson, R. R. (1971). The real relationship between the patient and the psychoanalyst. En M. Kanzer (Ed.), *The unconscious today*. New York: International University Press.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117), Thousand Oaks, CA: Sage.
- Günther, C. (2012). *Hacia una reformulación sistémica de "el Síndrome de Alienación Parental"*. Estudio de un caso (Tesis de Máster, Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna. Universitat Ramon Llull). Recuperado de Recercat (<http://hdl.handle.net/2072/205480>).
- Günther, C., Vilaregut, A., Pérez-Testor, C., & Linares, J.L. (en prensa). Una revisión de la producción científica sobre alienación parental: implicación en la práctica profesional. *Revista de Psicopatología Clínica, Legal y Forense*.
- Günther, C., Vilaregut, A., & Linares, J. L. (2015). Estudio cualitativo de una familia. A imperios olvidados, puentes narrados. En J. L. Linares (Ed.) *Prácticas Alienadoras Familiares. El Síndrome de Alienación Parental reformulado* (pp. 127-147). Barcelona: Gedisa.
- Hanson, W. E., Creswell, J.W., Plano-Clark, V. L., Petska, K. S., & Creswell, J. D. (2005). Mixed Methods Research Designs in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 224-235. doi 10.1037/0022-0167.52.2.224
- Hartley, D., & Strupp, H. H. (1983). The therapeutic alliance: Its relationship to outcome in brief psychotherapy. En J. Masling (Ed.), *Empirical studies of psychoanalytic theories*, 1-37. Hillsdale: Analytic Press.

- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 292–299. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.292
- Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1990a). Couple and family therapy alliance scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16(3), 299-306. doi: 10.1111/j.1752-0606.1990.tb00851.x
- Heatherington, L. & Friedlander, M. L. (1990b). Applying task analysis to structural family therapy. *Journal of Family Psychology*, 4(1), 36-48. doi:10.1037/0893-3200.4.1.36.
- Heatherington, L., Escudero, V., & Friedlander, M. L. (en prensa). Where the alliance and systems theory meet: Relationship and technique in brief family therapy. En O. Tishby & H. Wiseman (Eds.), *Significant moments in the therapeutic relationship: Clinical case studies from research to practice and back*.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., & Greenberg, L. (2005). Change Process Research in Couple and Family Therapy: Methodological Challenges and Opportunities. *Journal of Family Psychology*, 19(1), 18-27. doi: 10.1037/0893-3200.19.1.18
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., Diamond, G. M., Escudero, V., & Pinsof, W. M. (2015). 25 years of systemic therapies research: Progress and promise. *Psychotherapy Research*, 25(3), 348-364.
- Henry, W. P., & Strupp, H. H. (1994). The Therapeutic Alliance as Interpersonal Process. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.) *The Working Alliance. Theory, Research, and Practice* (pp. 51-84). New York: Wiley & Sons.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 434-440.
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of Working Alliance in Psychotherapy. Therapist Variables and Patient/Therapist Similarity as Predictors. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*. 10(4), 205-216.
- Hersoug, A.G., Monsen, J. T., Havik, O. E., & Hoglend, P. (2002) Quality of early working alliance in psychotherapy: Diagnoses, relationship and intrapsychic variables as predictors. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 18 –27.
- Hetherington, E. M., Bridges, M., & Insabella, G. M. (1998). What matters? What does not? Five perspectives on the association between marital transitions and children's adjustment. *American Psychologist*, 53(2), 167-184. doi: 10.1037/0003-066X.53.2.167.
- Higham, J. E., Friedlander, M. L., Escudero, V., & Diamond, G. (2012). Engaging reluctant adolescents in family therapy: an exploratory study of in-session processes of change. *Journal of Family Therapy*, 34(1), 24-52. doi: 0.1111/j.1467-6427.2011.00571.x

- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York: Basic Books.
- Horvath, A. O., & Bedi, R.P. (2002). The Alliance. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work. Evidence-Based Responsiveness*. (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. En L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529–556). New York: The Guildford Press.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, *36*(2), 223–233. doi:10.1037/0022-0167.36.2.223.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*, 561-573.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, *48*, 9-16.
- Horvath, A.O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between the working Alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *38*, 139-149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139.
- Howe, K. R. (2004). A Critique of Experimentalism. *Qualitative Inquiry*, *10*(4), 42-61.
- Hynes, K. C. (2015) Threats to the Therapeutic Alliance in First Sessions with High Conflict Couples. (Tesis de Máster. University of Connecticut Graduate School). Recuperado de: [http://digitalcommons.uconn.edu/gs\\_theses/756](http://digitalcommons.uconn.edu/gs_theses/756)
- Ibáñez, N. (2016). *Validación del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)* (Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna. Universitat Ramon Llull). Recuperado de: <http://www.tdx.cat/handle/10803/350314>.
- Ibáñez, N., Linares, J. L., Vilaregut, A., Virgili, C. & Campreciós, M. (2012). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB). *Psicothema*, *24*, 489-494. Recuperado de <http://www.psicothema.com/>
- Imel, Z., & Wampold, B. (2008). The importance of treatment and the science of common factors in psychotherapy. En S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (4a ed., pp. 249–262). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Instituto Nacional de Estadística, INE. (2016). *Estadísticas de Nulidades, Separaciones y Divorcios, Año 2015*. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np990.pdf>

- Jackson-Gilfort, A., Liddle, H. A., Tejada, M. J., & Dakof, G. A. (2001). Facilitating engagement of African American male adolescents in family therapy: A cultural theme process study. *Journal of Black Psychology, 27*(3), 321–340.
- Jackson, D. D. (1981). The question of family homeostasis. *Journal of Family Therapy, 3*(1), 5-15. doi: 10.1007/BF00936266.
- Jacobvitz, D., Hazen, N., Curran, M., & Hitchens, K. (2004). Observation of early triadic family interactions. Boundary disturbances in the family predict symptoms of depression, anxiety, and attention deficit/ hyperactivity disorder in middle-childhood. *Development and Psychopathology, 16*, 577–592. doi: 10.1017/S0954579404004675.
- James, A. L., & James, A. (1999). Pump Up the Volume: Listening to Children in Separation and Divorce. *Childhood, 6*(2), 189-206.
- James, C., Cushway, D., & Fadden, G. (2006). What works in engagement of families in behavioural family therapy? A positive model from the therapist perspective. *Journal of Mental Health, 15*, 355–368. doi:10.1080/09638230600700805
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher, 33*(7), 14-26.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J., & Turner, L. A. (2007). Towards a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research, 1*(2), 112-133. doi: 10.1177/1558689806298224
- Johnson, S., & Lebow, J. (2000). The "coming of age" of couple therapy: A decade review. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*(1), 23 – 38. doi: 10.1111/j.1752-0606.2000.tb00273.x
- Johnson, S. M., Makinen, J. A., & Millikin, J. W. (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 27*(2), 145-155. doi: 10.1111/j.1752-0606.2001.tb01152.x
- Johnson, S. M. & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 23*, 135-152.
- Johnston, J. R., Walters, M. G., & Friedlander, S. (2001). Therapeutic work with alienated children and their families. *Family Court Review, 39*(3), 316-333. doi: 10.1111/j.174-1617.2001.tb00613.x
- Jones, D. J., Shaffer, A., Forehand, R., Brody, G., & Armistead, L. P. (2003). Coparent conflict in single mother-headed African American families: Do parenting skills serve as a mediator or moderator of child psychosocial adjustment? *Behavior Therapy, 34*, 259–272. doi: 10.1016/S0005-7894(03)80016-3
- Karreman, A., Van Tuijl, C., Van Aken, M. A. G., & Dekovic, M. (2008). Parenting, coparenting, and effortful control in preschoolers. *Journal of Family Psychology, 22*, 30–40. doi: 10.1037/0893-3200.22.1.30.

- Katz, E. (2006). A Family Therapy Perspective on Mediation. *Family Process*, 46(1), 93-107. doi: 10.1111/j.1545-5300.2006.00194.x
- Keeney, B. (1979). Ecosystemic epistemology: An alternative paradigm for diagnosis. *Family Process*, 18, 117-129.
- Kelly, J. B. (2004). Family mediation research: Is there empirical support for the field? *Conflict Resolution Quarterly*, 22, 3–35. doi:10.1002/crq.90.
- Kelly, J. B., & Emery, R. E. (2003). Children's Adjustment Following Divorce: Risk and Resilience Perspectives. *Family Relations*, 52(4), 352–362. doi: 10.1111/j.1741-3729.2003.00352.x
- Kelly, J. B., & Johnston, J. R. (2001). The alienated child. A reformulation of Parental Alienation Syndrome. *Family Court Review*. 39(3), 249-266.
- Kindsvatter, A., & Lara, T. M. (2012). The Facilitation and Maintenance of the Therapeutic Alliance in Family Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42(4), 235-242. doi: 10.1007/s10879-012-9212-x.
- Kivlighan D., Patton, M. J., & Foote, D. (1998). Moderating effects of client attachment on the counselor experience–working alliance relationship. *Journal of Counseling Psychology*, 45(3), 274-278. doi: 10.1037/0022-0167.45.3.274
- Knerr, M., & Bartle-Haring, S. (2010). Differentiation, perceived stress and therapeutic alliance as key factors in the early stage of couple therapy. *Journal of Family Therapy*, 32, 94-118.
- Knerr, M., Bartle-Haring, S., McDowell, T., Adkins, K., Delaney, R. O., Gangamma, R., Glebova, T., Graftsky, E., & Meyer, K. (2011). The impact of initial factors on therapeutic alliance in individual and couples therapy. *Journal of Family Therapy*, 37(2), 182-99. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00176.x.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy. *Family Process*, 43(4), 425–442. doi: 10.1111/j.1545-5300.2004.00032.x.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2007). Therapeutic alliance and treatment progress in couple psychotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(2), 245–257. doi: 10.1111/j.1752-0606.2007.00019.x.
- Kokotovic, A. M., & Tracey, T. J. (1990). Working alliance in the early phase of counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 16-21.
- Kolak, A. M., & Vernon-Feagans, L. (2008). Family-level coparenting processes and child gender as moderators of family stress and toddler adjustment. *Infant and Child Development*, 17(6), 617–638. doi: 10.1002/icd.577
- Kruk, E. (2011). A Model Equal Parental Responsibility Presumption in Contested Child Custody. *The American Journal of Family Therapy*, 39(5), 375-389. doi: 10.1080/01926187.2011.575341

- Krupnick, J. L., Sotsky, S. M., Simmens, A., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J., & Pilkonis, P. A. (1996). The role of alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 532-539.
- Kuehl, B. P., Newfield, N. A., & Joanning, H. (1990). A client-based description of family therapy. *Journal of Family Psychology, 3*, 310–321. doi:10.1037/h0080546
- Lambert, J. E., & Friedlander, M. L. (2008). Relationship of differentiation of self to adult clients' perceptions of the alliance in brief family therapy. *Psychotherapy Research, 18*(2), 160-166. doi: 10.1080/10503300701255924.
- Lambert, J. E., Skinner, A. H., & Friedlander, M. L. (2012). Problematic within-family alliances in conjoint family therapy: a close look at five cases. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(3), 417-428. doi: 10.1111/j.1752-0606.2010.00212.x
- Lambert, M. J., & Barley, D. E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 357–361. doi:10.1037/0033-3204.38.4.357
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4a ed., pp.143–189). New York: Wiley.
- Lambert, M., & Hill, C. E. (1994). Assessing psychotherapy outcome and change. En A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (4a ed., pp. 72-113). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Simon, W. (2008). The therapeutic relationship: Central and essential in psychotherapy outcome. En S. F. Hick & T. Bien (Eds.), *Mindfulness and the therapeutic relationship* (pp. 19–33). New York: The Guilford Press.
- Lamela, D., & Figueiredo, B. (2016). Coparenting after marital dissolution and children's mental health: a systematic review. *Jornal de Pediatria, 92*(4), 331-342.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics, 33*(1), 159-174.
- Lansford, J. E. (2009). Parental divorce and children's adjustment. *Perspectives on Psychological Science, 4*(2), 140-152. doi: 10.1111/j.1745-6924.2009.01114.x
- Lau, Y. K. (2007). Patterns of Post-Divorce Parental Alliance and Children's Self-Esteem in Hong Kong. *Journal of Divorce & Remarriage, 47*, 155-173, doi: 10.1300/J087v47n03\_08.
- Lebow, J. (2003). Integrative Family Therapy for Disputes Involving Child Custody and Visitation. *Journal of Family Psychology, 17*(2), 181-192. doi: 10.1037/0893-3200.17.2.181

- Lebow, J. (2005). Integrative Family Therapy for Families Experiencing High-Conflict Divorce. En J. Lebow (Ed.), *Handbook of Clinical Family Therapy* (pp. 516-542). New York: Wiley & Sons.
- Lebow, J. (2008). Separation and Divorce Issues in Couple Therapy. En A. S. Gurman (Ed.), *Clinical Handbook of Couple Therapy* (pp. 459-477). New York: The Guilford Press.
- Lebow, J., & Rekart, K. N. (2007). Integrative family therapy for high-conflict divorce with disputes over child custody and visitation. *Family Process*, 46(1), 79-91. doi: 10.1111/j.1545-5300.2006.00193.x
- León, O., Franch, V. I., & Linares, J. L. (2015). Estudio cuantitativo de una familia. El niño y las PAF. En J. L. Linares (Ed.) *Prácticas Alienadoras Familiares. El Síndrome de Alienación Parental reformulado*. (pp. 109-126). Barcelona: Gedisa.
- Lietaer, G. (1992). Helping and hindering processes in Client-Centered/Experiential Psychotherapy: A content Analysis of Client and Therapist Postsession Perceptions. En S. Toukmanian & D. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches*. (pp. 134-162). Newbury Park: Sage.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18, 381-399.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna. La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Linares, J. L. (2015). *Prácticas Alienadoras Familiares. El Síndrome de Alienación Parental reformulado*. Barcelona: Gedisa.
- Linares, J. L., Macassi, S., Molero, J. & Zayas, R. (2015). Datos de una investigación. En J. L. Linares (Ed.) *Prácticas Alienadoras Familiares. El Síndrome de Alienación Parental reformulado*. Barcelona: Gedisa.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic Inquiry*, Beverly Hills, CA: Sage.
- Lindsey, E. W., & Caldera, Y. M. (2005). Interparental agreement on the use of control in childrearing and infants' compliance to mother's control strategies. *Infant Behavior and Development*, 28, 165-178. doi: 10.1016/j.infbeh.2005.02.004.
- Llewelyn, S., & Hardy, G. (2001). Process research in understanding and applying psychological therapies. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 1-21. doi: 10.1348/014466501163436.

- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. The groundwork for a study of their relationship to its outcome. En J. L. Claghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Luborsky, L., Barber, J. P., Siqueland, L., Johnson, S., Najavits, L. M., Frank, A., & Daley, D. (1996). The Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II) Psychometric Properties. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5(3), 260-271.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusyna, T. P., Berman, J. S., Levitt, J. T., Sligman, D. A., & Krause, E. D. (2002). The Dodo Bird Verdict is Alive and Well- Mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 2-12.
- Macie, K. M., & Stolberg, A. L. (2003). Assessing Parenting After Divorce: The Co-Parenting Behavior Questionnaire. *Journal of Divorce & Remarriage*, 39, 89-107. doi: 10.1300/J087v39n01\_06.
- Mamodhoussen, S., Wright, J., Tremblay, N., & Poitras-Wright, H. (2005). Impact of marital and psychological distress on therapeutic alliance in couples undergoing couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(2), 159–169.
- Margolin, G., Gordis, E. B., & John, R. S. (2001). Coparenting: A link between marital conflict and parenting in two-parent families. *Journal of Family Psychology*, 15, 3–21.
- Marmar, C. R., Weiss, D. S., & Gaston, L. (1989). Toward the validation of the California therapeutic alliance rating system. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1(1), 46–52. doi:10.1037/1040-3590.1.1.46.
- Marsanic, V. B., & Kusmic, E. (2013). Coparenting Within the Family System: Review of Literature. *Collegium Antropologicum*, 37(4), 1379-1384.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 438-450.
- Martínez, R., Castellanos, M. A., & Chacón, J. C. (2014). *Métodos de investigación en Psicología*. Madrid: EOS.
- Mastropaolo, L. (2015). Sobre las Prácticas Alienadoras Familiares en Italia. En J. L. Linares (Ed.) *Prácticas Alienadoras Familiares. El Síndrome de Alienación Parental reformulado*. (pp. 151-179). Barcelona: Gedisa.
- Mateu, C. (2015). *Construcción de la Alianza Terapéutica en Terapia de Pareja con Trastorno Depresivo Mayor*. (Tesis doctoral, Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna. Universitat Ramon Llull). Recuperada de: [http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/359389/Tesi\\_Clara\\_Mateu.pdf?sequence=1](http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/359389/Tesi_Clara_Mateu.pdf?sequence=1)
- McHale, J. P. (2007). When infants grow up in multiperson relationship systems. *Infant Mental Health Journal*, 28(4), 370–392.

- McHale, J. P., & Rasmussen, J. L. (1998). Coparental and family group-level dynamics during infancy: Early family precursors of child and family functioning during preschool. *Development and Psychopathology*, *10*, 39–59. doi: 10.1017/S0954579498001527.
- Mercadal, L., Vilaregut, A., Campreciós, M. & Virgili, C. (2013). *Las Relaciones Familiares Básicas en familias con un hijo drogodependiente*. Ponencia presentada en el IX Congreso Internacional Relaciones, la Red Española y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas, Transitando por el ciclo vital: crisis evolutivas de las familias, Bilbao, España.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Mitcham-Smith, M., & Henry, W. J. (2007). High-Conflict Divorce Solutions: Parenting Coordination as an Innovative Co-Parenting Intervention. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and families*, *15*(4), 368-373. doi: 10.1177/1066480707303751.
- Moon, S. M., Dillon, D. R., & Sprenkle, D. H. (1990). Family therapy and qualitative research. *Journal of Marital and Family Therapy*, *16*(4), 357-373.
- Moore, L. E., Tambling, R. B., & Anderson, S. R. (2013) The intersection of therapy constructs: the relationship between motivation to change, distress, referral source, and pressure to attend. *American Journal of Family Therapy*, *41*(3), 245–258. doi: 10.1080/01926187.2012.685351.
- Moras K., & Strupp, H. H. (1982). Pretherapy interpersonal relations, patients' alliance and outcome in brief therapy. *Archives of General Psychiatry*, *39*(4), 405– 409.
- Morgan, D. L. (1998). Practical Strategies for Combining Qualitative and Quantitative Methods: Applications to Health Research. *Qualitative Health Research*, *8*(3), 362-376. doi: 10.1177/104973239800800307
- Morgan, D. L. (2014). Pragmatism as a Paradigm for Social Research. *Qualitative Inquiry*, *20*(8), 1045-1053. doi: 10.1177/1077800413513733
- Morrow, S. L. (2005). Quality and Trustworthiness in Qualitative Research in Counseling Psychology. *Journal of Counseling Psychology*, *52*(2), 250-260. doi:10.1037/0022-0167.52.2.250
- Morse, J. M. (2010). Procedures and Practice of Mixed Method Design: Maintaining Control, Rigor, and Complexity. En A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.) *The SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (pp. 339-352). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Muñiz de la Peña, C., Friedlander, M. L., & Escudero, V. (2009). Frequency, severity, and evolution of split family alliances: How observable are they? *Psychotherapy Research*, *19*(2), 133-142.
- Muran, J.C., & Safran, J.D. (1998). Negotiating the therapeutic alliance in brief psychotherapy: An introduction. En J.D. Safran y J.C. Muran (Eds.), *The*

- therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 3-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nachar, N. (2008). The Mann-Whitney U: A Test for Assessing Whether Two Independent Samples Come from the Same Distribution. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, 4(1), 13-20.
- Neff, R., & Cooper, K. (2004). Parental conflict resolution: Six-, twelve-, and fifteen month follow-ups of a high-conflict program. *Family Court Review*, 42(1), 99-114.
- Nichols, M., & Fellenberg, S. (2000). The effective use of enactments in family therapy: a discovery-oriented process study. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26(2), 143-152. doi: 10.1111/j.1752-0606.2000.tb00285.x
- Norcross, J. C. (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients*. New York: Oxford University Press.
- Nunes-Costa, R., Lamela, D., & Figueiredo, B. (2009). Psychosocial adjustment and physical health in children of divorce. *Jornal de Pediatria*, 85(5), 385-396. doi: 10.2223/JPED.1925.
- O'Malley, S. S., Suh, C. S., & Strupp, H. H. (1983). The Vanderbilt Psychotherapy Process Scale: A report on the scale development and a process-outcome study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 581-586.
- O'Gorman, S. (2011). Family-Focused Child Therapy in Marital Separation. *The Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(3), 237-248.
- Owen, J., & Rhoades, G. K. (2012). Reducing Interparental Conflict Among Parents in Contentious Child Custody Disputes: An Initial Investigation of the Working Together Program. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(3), 543-555. doi: 10.1111/j.1752-0606.2010.00215.x
- Pandya, K., & Herlihy, J. (2009). An exploratory study into how a sample of a British South Asian population perceive the therapeutic alliances in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 31(4), 384-404. doi: 10.1111/j.1467-6427.2009.00474.x.
- Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, J. (2009). Developments in task analysis: New methods to study change. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 527-542. doi: 10.1080/10503300902897797
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3<sup>a</sup> edición). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pereira, T., Lock, J., & Oggins, J. (2006). Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 677-684. doi: 10.1002/eat.20303.

- Pinsof, W. M. (1989). A Conceptual Framework and Methodological Criteria for Family Therapy Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(1), 53-59.
- Pinsof, W. M. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.) *The Working Alliance. Theory, Research, and Practice* (pp. 173-195). New York: Wiley & Sons.
- Pinsof, W. M. (1995). *Integrative problem-centered Therapy. A synthesis of Family, Individual, and Biological Therapies*. Nueva York: Basic Books.
- Pinsof, W. M., & Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy, 12*(2), 137-151. doi: 10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x
- Pinsof, W. M., & Hambright, A. B. (2002). Toward prevention and clinical relevance: A preventive intervention model for family therapy research and practice. En H. A. Liddle, D. A. Santisteban, R. F. Levant, & J. H. Bray (Eds.), *Family Psychology: Science-based interventions* (pp. 177-194). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*(1), 1-8. doi: 10.1111/j.1752-0606.2000.tb00270.x
- Pinsof, W. M., Zinbarg, R., & Knobloch-Fedders, L. M. (2008). Factorial and Construct Validity of the Revised Short Form Integrative Psychotherapy Alliance Scales for Family, Couple, and Individual Therapy. *Family Process, 47*(3), 281-301.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., Rosie, J. S., O'Kelly, J. G., & Steinberg, P. I. (1999). Prediction of dropping out in time-limited interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy, 36*(2), 114-122.
- Plano Clark, V. L., & Badiie, M. (2010). Research Questions in Mixed Methods Research. En A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.) *The SAGE Handbook of Mixed Methods in Social & Behavioral Research* (275-304). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Plano Clark, V. L., Huddleston-Casas, C. A., Churchill, S. L., O'Neil Green, D., & Garrett, A. L. (2008). Mixed Methods Approaches in Family Science Research. *Journal of Family Issues, 29*(11), 1543-1566. doi: 10.1177/0192513X08318251
- Pozzobon, M., Linares, J. L., Argimon, I. I. L., Falceto, O. G. & Marin, A. H. (2015). Tradução para a língua portuguesa do Brasil e adaptação semântico-cultural do Questionário de Avaliação das Relações Familiares Básicas. *Pensando Famílias, 19*(1), 3-18.
- Quinn, W. H., Dotson, D., & Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research, 7*(4), 429-438. doi: 10.1080/10503309712331332123.

- Rait, D. S. (1998). Perspectives on the therapeutic alliance in brief couples and family therapy. En J.D. Safran & J.C. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 171-191). Washington DC: American Psychological Association.
- Rait, D. S. (2000). The Therapeutic Alliance in Couples and Family Therapy. *Psychotherapy in Practice*, 56(2), 211-224.
- Ramisch, J., McVicker, M., & Sahin, Z. S. (2009). Helping Low-Conflict Divorced Parents Establish Appropriate Boundaries Using a Variation of the Miracle Question: An Integration of Solution-Focused Therapy and Structural Family Therapy. *Journal of Divorce & Remarriage*, 50(7), 481-495, doi: 10.1080/10502550902970587.
- Relvas, A. P., & Sotero, L. (2014). *Familias obligadas, terapeutas forzosos. La Alianza Terapéutica en Contextos Coercitivos*. Madrid: Ediciones Morata.
- Rennie, D. L. (1992). Qualitative analysis of the client's experience of psychotherapy: The unfolding of reflexivity. En S. Toukmanian & D. L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy process research: Paradigmatic and narrative approaches*. (pp. 211-233). Newbury Park: Sage.
- Rennie, D. L. (2012). Qualitative Research as Methodical Hermeneutics. *Psychological Methods*, 17(3), 385-98. doi: 10.1037/a0029250.
- Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., & Perez, G. A. (2003). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology*, 17(4), 534-544. doi: 10.1037/0893-3200.17.4.534.
- Rodríguez, M. D., & Soto, R. (2015). El coordinador de la parentalidad. Una propuesta desde dentro. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 15, 171-187.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rohrbaugh, M. (2014). Old Wine in New Bottles: Decanting Systemic Family Process Research in the Era of Evidence-Based Practice. *Family Process*, 53(3), 434-444. doi: 10.1111/famp.12079.
- Rosenberger, E. W., & Hayes, J. A. (2002). Origins, consequences, and management of countertransference: A case study. *Journal of Counseling Psychology*, 49(2), 221-232.
- Ryan, E. R., & Cicchetti, D. V. (1985). Predicting quality of alliance in the initial psychotherapy interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 717-725.
- Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic Alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27(2), 154-165. doi: 10.1037/0033-3204.27.2.154

- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance. A Relational Treatment Guide*. New York: The Guilford Press.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 286-291.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. En A. O. Horvath, & L. S. Greenberg, (Eds.) *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 225-255). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Satir, V. (1964). *Conjoint family therapy*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Saunders S. M. (2001) Pretreatment correlates of the therapeutic bond. *Journal of Clinical Psychology*, 57(12), 1339–1352. doi: 10.1002/jclp.1101.
- Schifflett, K., & Cummings, E. M. (1999). A program for educating parents about the effects of divorce and conflict on children: An initial evaluation. *Family Relations*, 48, 79-89.
- Schoppe, S. J., Mangelsdorf, S. C., & Frosch, C. A. (2001). Coparenting, family process, and family structure: Implications for preschoolers' externalizing behaviour problems. *Journal of Family Psychology*, 15, 526–545. doi: 10.1037/0893-3200.15.3.526.
- Sells, S. P., Smith, T. E., & Moon, S. (1996). An ethnographic study of client and therapist perceptions of therapy effectiveness in a university-based training clinic. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22, 321–342. doi:10.1111/j.1752-0606.1996.tb00209.x
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1986). *Paradoja y Contraparadoja: un nuevo modelo de terapia familiar de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Sexton, T. L., & Datchi, C. (2014). The Development and Evolution of Family Therapy Research: Its Impact on Practice, Current Status, and Future Directions. *Family Process*, 53(3), 415-433. doi: 10.1111/famp.12084.
- Shelef, K., & Diamond, G. M. (2008). Short form of the Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale: Development, reliability, and validity. *Psychotherapy Research*, 18(4), 433–443. doi: 10.1080/10503300701810801.
- Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 689–698. doi: 10.1037/0022-006X.73.4.689
- Sluzki, C. (1975). The coalitionary process in initiating family therapy. *Family Process*, 14(1), 67-77.

- Sluzki, C. E. (1992). Transformations: A Blueprint for Narrative Changes in Therapy. *Family Process, 31*(3), 217-230. doi:10.1111/j.1545-5300.1992.00217.x
- Smerud, P. E., & Rosenfarb, I. S. (2008). The therapeutic alliance and family psychoeducation in the treatment of schizophrenia: an exploratory prospective change process study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 505-510. doi: 10.1037/0022-006X.76.3.505.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Sotero, L. (2016). *Clientes (in)voluntaries em terapia familiar. Aliança Terapêutica e resultados*. (Tesis doctoral, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa).
- Sotero, L., Major, S., Escudero, V., & Relvas, A. P. (2016). The therapeutic alliance with involuntary clients: how does it work? *Journal of Family Therapy, 38*, 36–58. doi: 10.1111/1467-6427.12046
- Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred model. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*(2), 113-129. doi: 10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x
- Sprenkle, D. H., & Moon, S. M. (Eds.). (1996). *Research Methos in Family Therapy*. New York: Guilford Press.
- Sprenkle, D. H., & Piercy, F. P. (Eds.). (2005). *Research Methods in Family Therapy* (2a ed.). New York: Guilford Press.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis, 15*, 117-125.
- Sterba, R. (1940). The dynamics of the dissolution of the transference resistance. *Psychoanalytic Quarterly, 9*, 363-379.
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy, 27*(3), 411-420.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., & Elliott, R. (1986). Are all psychotherapies equal? *American Psychologist, 41*, 165–180. doi:10.1037/0003-066X.41.2.165
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (2a ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stright, A. D., & Neitzel, C. (2003). Beyond parenting: Coparenting and children's classroom adjustment. *International Journal of Behavioral Development, 27*, 31–40. doi: 10.1080/01650250143000580.

- Strupp, H. H. (1973). The interpersonal relationship as a vehicle for therapeutic learning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 41*(1), 13-15.
- Suh, C. S., Strupp, H. H., & O'Malley, S. S. (1986). The Vanderbilt Process Measures: The Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (NNIS). En L. S. Greenberg & W.M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook*. (pp. 285–323). New York: Guilford Press.
- Symonds, B. D., & Horvath, A. O. (2004). Optimizing the Alliance in couple therapy. *Family Process, 43*(4), 443-455. doi: 10.1111/j.1545-5300.2004.00033.x.
- Tashakkori, A., & Creswell, J. (2007). Exploring the nature of research questions in mixed methods research. *Journal of Mixed Methods Research, 1*(3), 207-211. doi: 10.1177/1558689807302814
- Teubert, D., & Pinquart, M. (2010). The Association Between Coparenting and Child Adjustment: A Meta-Analysis. *Parenting: Science and Practice, 10*, 286-307. doi: 10.1080/15295192.2010.492040.
- Teubert, D., & Pinquart, M. (2011). The link between coparenting, parenting, and adolescent life satisfaction. *Family Science, 2*(4), 221-229. doi: 10.1080/19424620.2012.666655.
- Thomas, S. E., Werner-Wilson, R. J., Murphy, M. (2005). Influence of Therapist and Client Behaviors on Therapy Alliance. *Contemporary Family Therapy, 27*(1), 19-35. doi: 10.1007/s10591-004-1968-z.
- Tompkins, K. A., & Swift, J. K. (2015). Psychotherapy Process and Outcome Research. En R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Eds.), *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (pp. 1-7). New York: Wiley-Blackwell.
- Tracey, T. J. (2010). Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy Research, 13*, 401–413. doi:10.1093/ptr/kpg041.
- Tracey, T. J., & Kokotovic, A. M. (1989). Factor structure of the Working Alliance Inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*(3), 207- 210.
- Trinder, L., Kellet, J., & Swift, L. (2008). The Relationship Between Contact and Child Adjustment in High Conflict Cases after Divorce or Separation. *Child and Adolescent Mental Health, 13*(4), 181-187. doi: 10.1111/j.1475-3588.2008.00484.x.
- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy, 48*(1), 50–57. doi:10.1037/a0022061
- Valles, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social*. Madrid: Síntesis.
- Vaughn, M. (2004). Creating “maneuvering room”: a Grounded Theory of language and influence in marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy, 26*(4), 425-445.

- Vilaregut, A., Callea, A., Coletti, M., Campreciós, M., Mercadal, L., & Mateu, C. (en revisión). Validation of the Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB) in Italian population. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*.
- Viljoen, M., & Van Rensburg, E. (2014). Exploring the lived experiences of psychologists working with parental alienation syndrome. *Journal of Divorce and Remarriage*, 55(4), 253-275.
- Von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, desarrollo, aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Walters, M. G., & Friedlander, S. (2010). Finding a Tenable Middle Space: Understanding the Role of Clinical Interventions When a Child Refuses Contact with a Parent. *Journal of Child Custody*, 7, 287-328. doi: 10.1080/15379418.2010.521027.
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum & Associates.
- Wampold, B. E., Imel, Z. E., & Miller, S. D. (2009). Barriers to the dissemination of empirically supported treatments: Matching evidence to messages. *The Behavior Therapist*, 32, 144-155.
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (1994). The Alliance in Experiential Therapy: Enacting the Relationship Condition. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The Working Alliance. Theory, Research, and Practice* (pp. 153-172). New York: Wiley & Sons.
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: Norton.
- Watzlawick, P., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). Change. *Principles of problem formation and problem solution*. New York: Norton.
- Weissman, S., & Cohen, R. S. (1985). The parenting alliance and adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 12, 24-45.
- Werner-Wilson, R. J. (1997). Is therapeutic alliance influenced by gender in marriage and family therapy? *Journal of Feminist Family Therapy*, 9(1), 3-16.
- Werner-Wilson, R. J., Zimmerman, T. S., & Price, S. J. (1999). Are goals and topics influenced by gender and modality in the initial marriage and family therapy session? *Journal of Marital and Family Therapy*, 25(2), 253-262. doi: 10.1111/j.1752-0606.1999.tb01126.x.
- Whitaker, C.A. (1976). The hindrance of theory in clinical work. En P. Guerin (Ed.), *Family Therapy: Theory and practice* (pp. 154-164). New York: Gardner Press.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

- Whitehurst, D. H., O'Keefe, S., & Wilson, R. A. (2008). Divorced and Separated Parents in Conflict: Results from a True Experiment Effect of a Court Mandated Parenting Education Program. *Journal of Divorce & Remarriage*, 48(3/4), 127-144.
- Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London: Hogarth.
- Yáñez-Yaben, S. (2010). Hacia la coparentalidad postdivorcio: percepción del apoyo recibido de la ex pareja en progenitores divorciados españoles. *International Journal of Health Psychology*, 10(2), 295-307.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., & Gangamma, R. (2016). Predicting premature termination with Alliance at sessions 1 and 3: an exploratory study. *Journal of Family Therapy*, 38, 5-17. doi: 10.1111/1467-6427.12031
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-375.

# Apéndice

---



## Apéndice A

### Lista de indicadores del SOATIF-o para el terapeuta

#### 1. Enganche en el proceso terapéutico

- 1.1. (+) El terapeuta explica cómo funciona la terapia
- 1.2. (+) El terapeuta pregunta al cliente acerca de qué quiere hablar en la sesión
- 1.3. (+) El terapeuta estimula al cliente a definir sus metas en la terapia
- 1.4. (+) El terapeuta pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión
- 1.5. (+) El terapeuta pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación/sugerencia o hacer una tarea en casa (o fuera de la sesión)
- 1.6. (+) El terapeuta pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea para casa asignada previamente
- 1.7. (+) El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir
- 1.8. (+) El terapeuta captura la atención del cliente (por ejemplo, inclinándose deliberadamente hacia delante, llamándolos por el nombre, dirigiéndose a él/ella directamente, etc.)
- 1.9. (+) El terapeuta pregunta si el cliente tiene alguna duda o pregunta que hacer
- 1.10. (+) El terapeuta elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar
- 1.11. (-) El terapeuta define metas terapéuticas o impone tareas o procedimientos sin pedir la colaboración del cliente
- 1.12. (-) El terapeuta discute con el cliente acerca de la naturaleza, propósito o valor de la terapia
- 1.13. (-) El terapeuta critica cómo hizo el cliente una tarea para casa (o le critica por no hacerla)

#### 2. Conexión Emocional

- 2.1. (+) El terapeuta comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente
- 2.2. (+) El terapeuta expresa confianza o que cree en el cliente
- 2.3. (+) El terapeuta expresa interés en el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha
- 2.4. (+) El terapeuta expresa afecto o toca afectivamente al cliente dentro de lo apropiado al contexto profesional (por ejemplo, darle la mano, una palmada, etc.)

- 2.5. (+) El terapeuta desvela sus reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación
- 2.6. (+) El terapeuta desvela algún aspecto de su vida personal
- 2.7. (+) El terapeuta señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias
- 2.8. (+) El terapeuta expresa explícitamente empatía (verbal o no verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes (por ejemplo “sé lo duro que debe ser”, “siento su dolor”, o llora con los clientes)
- 2.9. (+) El terapeuta normaliza la vulnerabilidad emocional del cliente (entendiendo que llorar, mostrar sentimientos dolorosos, etc., son muestras de vulnerabilidad del cliente)
- 2.10. (-) El terapeuta tiene interacciones hostiles, críticas o sarcásticas con el cliente
- 2.11. (-) El terapeuta no responde a expresiones de interés personal o afecto hacia él por parte del cliente

### **3. Seguridad en el sistema terapéutico**

- 3.1. (+) El terapeuta reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir de cuestiones privadas
- 3.2. (+) El terapeuta proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad
- 3.3. (+) El terapeuta propicia la discusión sobre elementos del contexto terapéutico que pueden intimidar al cliente (por ejemplo, equipo de grabación, informes a terceras partes, equipo de observación del tratamiento, espejo unidireccional, procedimientos investigación, etc.)
- 3.4. (+) El terapeuta ayuda a los clientes a hablar sinceramente y a no estar a la defensiva unos con otros
- 3.5. (+) El terapeuta intenta contener, controlar, o manejar la hostilidad abierta entre clientes
- 3.6. (+) El terapeuta protege activamente a un miembro de la familia de otro (por ejemplo, de acusaciones, hostilidad o intrusismo emocional)
- 3.7. (+) El terapeuta cambia la conversación hacia algo agradable o que no genera ansiedad cuando parece haber tensión o ansiedad (por ejemplo, programas de tele, diversión, elementos de la sala, etc.)
- 3.8. (+) El terapeuta pide a un cliente (o subgrupo de clientes) que salga de la sala para quedarse solo con un cliente (o subgrupo) durante una parte de la sesión
- 3.9. (-) El terapeuta permite que el conflicto familiar se escale hacia el abuso verbal, amenazas o intimidación
- 3.10. (-) El terapeuta no atiende a expresiones claras de vulnerabilidad de un cliente (por ejemplo, llanto, defensividad, etc.)

#### **4. Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia**

- 4.1. (+) El terapeuta alienta acuerdos de compromiso entre los clientes
- 4.2. (+) El terapeuta anima a los clientes a preguntarse entre ellos por sus respectivos puntos de vista
- 4.3. (+) El terapeuta elogia a los clientes por respetar los puntos de vista de los otros
- 4.4. (+) El terapeuta subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución
- 4.5. (+) El terapeuta destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos
- 4.6. (+) El terapeuta anima a los clientes a mostrar afecto, preocupación o apoyo de unos por otros
- 4.7. (+) El terapeuta anima a los clientes a pedir confirmación y opinión (*feedback*) por parte de otros
- 4.8. (-) El terapeuta no interviene (o queda descalificada su intervención) cuando miembros de la familia discuten entre ellos acerca de las metas, el valor o la necesidad de la terapia
- 4.9. (-) El terapeuta ignora las preocupaciones explicitadas por un miembro de la familia discutiendo únicamente las preocupaciones de otro



## Apéndice B

### Lista de indicadores del SOATIF-o para la familia

#### 1. Enganche en el proceso terapéutico

- 1.1. (+) El cliente indica su acuerdo con las metas propuestas por el terapeuta
- 1.2. (+) El cliente describe o discute un plan para mejorar la situación
- 1.3. (+) El cliente introduce un problema para discutirlo
- 1.4. (+) El cliente acepta hacer las tareas para casa que se le sugieren
- 1.5. (+) El cliente indica que ha hecho una tarea o que la ha visto como útil
- 1.6. (+) El cliente expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo
- 1.7. (+) El cliente cumple las peticiones del terapeuta para discutir o representar alguna interacción delante de él
- 1.8. (+) El cliente se inclina hacia delante (postura corporal)
- 1.9. (+) El cliente menciona el tratamiento, el proceso de terapia, o una sesión en concreto
- 1.10. (–) El cliente expresa sentirse “atascado” o dice que la terapia no ha sido o no es útil
- 1.11. (–) El cliente muestra indiferencia acerca de las tareas o del proceso de terapia

#### 2. Conexión Emocional

- 2.1. (+) El cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta.
- 2.2. (+) El cliente verbaliza su confianza en el terapeuta
- 2.3. (+) El cliente expresa interés en aspectos de la vida personal del terapeuta
- 2.4. (+) El cliente indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta
- 2.5. (+) El cliente expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta
- 2.6. (+) El cliente imita, reproduce, la postura corporal del terapeuta
- 2.7. (–) El cliente evita el contacto ocular con el terapeuta
- 2.8. (–) El cliente rechaza o es reticente a responder al terapeuta
- 2.9. (–) El cliente tiene interacción hostil o sarcástica con el terapeuta
- 2.10. (–) El cliente hace comentarios acerca de la incompetencia o inadecuación del terapeuta

### **3. Seguridad en el sistema terapéutico**

- 3.1. (+) El cliente indica que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía
- 3.2. (+) El cliente varía su tono emocional durante la sesión (por ejemplo, se ríe o llora)
- 3.3. (+) El cliente “abre” su intimidad (por ejemplo, comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, llora, etc.)
- 3.4. (+) El cliente adopta una postura corporal abierta (relajada; se ha de observar fundamentalmente la parte superior del cuerpo: tronco y brazos)
- 3.5. (+) El cliente revela un secreto o algo que otros miembros de la familia no sabían
- 3.6. (+) El cliente anima a otro miembro familiar a abrirse o decir la verdad
- 3.7. (+) El cliente pregunta directamente a otro miembro de la familia que opinen de él/ella como persona o de sus conductas
- 3.8. (–) El cliente expresa ansiedad de forma no verbal (por ej., da golpecitos, se agita, se mueve)
- 3.9. (–) El cliente se protege de forma no verbal (por ejemplo, cruza los brazos sobre el pecho, no se quita el abrigo o deja el bolso, se sienta lejos del grupo...)
- 3.10. (–) El cliente rechaza o es reticente a responder cuando otro miembro de la familia le habla
- 3.11. (–) El cliente responde defensivamente a otro miembro de la familia
- 3.12. (–) El cliente menciona de forma ansiosa/incómoda la cámara, los observadores, la supervisión, o los procedimientos de investigación.

### **4. Compartir el propósito de la terapia**

- 4.1. (+) Los miembros de la familia se ofrecen un acuerdo de compromiso
- 4.2. (+) Los miembros de la familia comparten una broma o un momento gracioso.
- 4.3. (+) Los miembros de la familia se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista.
- 4.4. (+) Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista
- 4.5. (+) Los miembros de la familia reflejan-reproducen posturas corporales
- 4.6. (–) Los miembros de la familia evitan el contacto ocular entre ellos
- 4.7. (–) Los miembros de la familia se culpan unos a otros
- 4.8. (–) Los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros
- 4.9. (–) Unos miembros de la familia tratan de alinearse con el terapeuta en contra de otros

- 4.10. (–) El cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia
- 4.11. (–) Los miembros de la familia no están de acuerdo entre sí sobre el valor, el propósito, las metas, o las áreas de la terapia, o sobre quién debe ser incluido en las sesiones.



## Apéndice C

### Solicitud de consulta al equipo de terapia familiar



#### **CENTRE DE CONSULTA I TERÀPIA FAMILIAR ESCOLA DE TERÀPIA FAMILIAR**

#### **SERVEI DE PSIQUIATRIA DE L'HOSPITAL DE LA SANTA CREU I SANT PAU**

#### **HOSPITAL UNIVERSITARI DE LA UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA**

Av. San Antoni M<sup>o</sup> Claret, 167. Barcelona 08025. Tl.93 291 94 75

#### **SOLICITUD DE CONSULTA AL EQUIPO DE TERAPIA FAMILIAR**

La Terapia Familiar se basa en la idea de que cualquier problema relacionado con la salud mental que afecte a uno o a varios miembros de la familia puede solucionarse mejor con la colaboración de la misma. Por ello, el equipo de Terapia Familiar plantea como **requisito mínimo en la primera visita la presencia de todos los miembros de la familia que sean expresamente convocados.**

El proceso psicoterapéutico será llevado a cabo por el Equipo de Terapia Familiar, constituido por psiquiatras y psicólogos coordinados por un responsable clínico adscrito al caso, en estrecha colaboración con la familia. Las sesiones tendrán lugar en una sala equipada con espejo unidireccional y sistemas de registro videográfico, imprescindibles para un adecuado seguimiento clínico de los casos. Asimismo, el material clínico resultante podrá ser utilizado en trabajos docentes y de investigación.

Cumplimentando esta solicitud de consulta, firmada por los miembros responsables de la familia, quedan ustedes anotados en la lista de espera del Equipo de Terapia Familiar para, posteriormente, ser contactados telefónicamente por un miembro del mismo.

La cumplimentación y firma de esta solicitud supone una aceptación de las características del trabajo clínico antes señaladas. En caso de cualquier duda al rellenarla pueden contactar con la Secretaría llamando al teléfono 93 291 94 75 los días laborables de 10 a 14 horas.

1. Describan todos los miembros de la familia que conviven actualmente, especificando nombre y apellidos, lugar y fecha de nacimiento, profesión y ocupación actual.

2. Comenten de forma detallada cuál es el principal problema por el que piden consulta al equipo de Terapia Familiar **en este momento.**

3. ¿Están realizando en la actualidad algún tratamiento? En caso afirmativo especificar profesional responsable y centro asistencial.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
4. ¿Hay algún miembro de la familia que se esté visitando actualmente o se haya visitado anteriormente en este Hospital? Especificar n° de historia y servicio.
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
5. ¿Hay algún otro problema que preocupe en la familia? Especificar de manera detallada.

6. ¿Quién les aconsejó realizar esta consulta al equipo de Terapia Familiar?
  
7. Si han sido orientados por un profesional, especificar nombre y apellidos, profesión, centro asistencial y teléfono de contacto.
  
8. ¿Quién está rellenando esta solicitud?
  
9. ¿Están de acuerdo los responsables de la familia en realizar esta consulta?
  
10. ¿Hay algún miembro de la familia que no conozca o no esté de acuerdo en la realización de esta consulta?. Si así fuera, ¿quién?
  
11. Dirección y teléfono del domicilio familiar:  
Calle/Plaza/Av.:  
CP:                      Población:                      Provincia:  
Teléfonos (fijo y móvil):
  
12. Teléfono de contacto en horario laboral:
  
13. Fecha, firma y nombre y apellidos de los responsables de la familia:

## Apéndice D

### Transcripción de los motivos de consulta anotados por los progenitores en la solicitud de terapia familiar

Respuestas en el apartado: *“Comente de forma detallada cuál es el principal problema por el que piden consulta al equipo de Terapia Familiar en este momento”*

#### Caso 1: Motivo principal de consulta

Madre (Progenitor C): *“El padre de mis dos hijas, y mi marido durante veinte años, decidió abandonarnos sin hacerse responsable de nada, dejándonos en la calle y casi sin ayuda económica. Durante este tiempo sólo las ha visto seis veces en un año entero y el comportamiento que ha tenido en estas ocasiones no ha sido el adecuado ya que las ha insultado y culpado de la situación en la que nos encontramos.”*

Padre (Progenitor NC): *“Determinar las causas de la aversión que sienten hacia mí mis hijas ya que impide que podamos tener una relación sana y cariñosa. Todo ha sucedido a raíz del divorcio.”*

#### Caso 2: Motivo principal de consulta

Padre (Progenitor C): *“Situación de conflicto derivada de un proceso de divorcio planteado de manera agresiva por parte de la madre. Se ha creado una situación de rechazo de la hija y una marcada judicialización del tema.”*

Madre (Progenitor NC): *“Como consecuencia de la separación, mi hija ha mostrado un rechazo total hacia mí, mi familia y toda persona relacionada conmigo, cortando cualquier comunicación ya que me culpa de la situación de su padre, además de sentirse traicionada por mí. A pesar de mis intentos por acercarme a ella, ha sido inútil.”*

#### Caso 3: Motivo principal de consulta

Madre (Progenitor C): *“La manera de ser de [padre], mi exmarido y padre de mi hijo. Prefiero comentarlo directamente con el profesional que se me asigne.”*

Padre (Progenitor NC): *“Procedimiento judicial. Falta de entendimiento.”*

#### Caso 4: Motivo principal de consulta

Madre (Progenitor C): *“El estado de salud mental de [hija].”*

Padre (Progenitor NC): *“Llevo sin ver a mi hija un año y medio, ya que su madre ha puesto de su parte todos los obstáculos que puede, denuncias. Esto me ha causado, a mi hija y a mí, problemas en nuestra relación, que era muy buena. Esto también lo están sufriendo mis padres y mi familia en general.”*

#### Caso 5: Motivo principal de consulta

Madre (Progenitor C): *“La no comunicación de los progenitores. Mirar hoja adjunta”*  
[Remite a un documento adjunto. Se trata de un informe psicopedagógico del hijo, en el

que se destacan *“dificultades de aprendizaje principalmente causadas por sus conductas y su estado emocional, que le impide concentrarse en los estudios”*].

Padre (Progenitor NC): *“Todo lo que se refiere a los hijos”*

**Caso 6:** Motivo principal de consulta

Padre (Progenitor C): *“[madre] niega rotundamente la realidad, aludiendo a la alienación parental que [hijo] tiene con su padre. Llevándolo a juicio, se beneficia de un sistema legal, que ante esta situación siempre otorga la custodia a la madre. La relación entre sus progenitores desde la separación ha sido muy complicada, y la suma de factores no ayuda a la estabilización de la familia en ninguno de los ámbitos básicos.”*

Madre (Progenitor NC): *“Después de muchos años de juicios y demandas, no hemos conseguido ponernos de acuerdo con el padre de mi hijo, el cual es la principal víctima de este conflicto, por la manipulación por parte del padre contra la madre, lo cual está ocasionando daños físicos y psicológicos en su persona, y para orientar cómo poder llevar el problema de una vez por todas, por el bien de todos y en especial del menor. [hijo] es el centro de preocupación. Bastante a menudo se le escapan las heces, a menudo quiere dormir conmigo, irritabilidad y mal comportamiento escolar.”*

**Caso 7:** Motivo principal de consulta

Madre (Progenitor C): *“Comportamiento de mi ex.”*

Padre (Progenitor NC): *“Conflicto muy grave con la ex, de manera que ha influido en mis hijos hasta el punto que me odian a muerte además de haber soportado otros insultos, amenazas y agresiones que me lleva a no poderlos ver. Esta situación ha deparado en mi persona, sobrevivo en un estado semidepresivo, en la última temporada recibiendo tratamiento”*

**Caso 8:** Motivo principal de consulta

Madre (Progenitor C): *“Yo me separé de [padre]. [Padre] me persiguió por distintos lugares, tren, calle, etc. Durante 4 años no vio a [hijo]. Después de este tiempo, el menor tuvo contacto con su padre en visitas tuteladas. [hijo] está en tratamiento psicológico y psiquiátrico, porque debido a todos los hechos acontecidos, no quiere asistir a dichas visitas. Toma mediación a consecuencia de la ansiedad que le produce dicha situación. A consecuencia de dicha situación el niño se quiere autolesionar y hacer daño a la persona que tiene cerca. Me preocupa cuando le entran ataques de ira, que se haga daño y le queden secuelas.”*

Padre (Progenitor NC): *“La manipulación de la madre de mi hijo en mi contra. Actualmente sólo puedo visitar a mi hijo [hijo] en un ‘Punt de Trobada’. Los psicólogos del centro no hacen constar en los informes los comentarios de mi hijo como ‘cuando sea mayor te mataré’. En el último informe, se reflejó que mi hijo no me da un beso ni al entrar ni al salir, ni tan siquiera un abrazo.”*

**Caso 9:** Motivo principal de consulta

Madre (Progenitor C): *“El proceso de rechazo de la hija hacia el padre ha estallado hace unos dos/tres años con crisis de angustia y otras. La falta de comunicación entre padre y madre es un hecho. Intentamos una Terapia Familiar que el padre finalizó a causa de un fin de semana de visita que quería que la hija pasase con él. Hemos estado un año con*

*psicólogos y abogados, intentando encontrar soluciones, que ha finalizado con una decisión judicial. El problema es que no sabemos superar el resentimiento y culpabilización para que nuestra hija no sufra.”*

Padre (Progenitor NC): *“Desacuerdo en la toma de decisiones sobre nuestra hija”*

**Caso 10:** Motivo principal de consulta

Madre (Progenitor C): *“Relación actual con el padre de mis hijos. Situación económica. Relación entre los niños y su padre. Mi marido y yo estamos en proceso de divorcio, siendo la causa principal el informe de [hospital] tras un proceso de estudio y evaluación de unos comentarios de la niña. Dicho informe concluye que hubo unas conductas sexuales inadecuadas por parte del padre.”*

Padre (Progenitor NC): *“Separación de la pareja”*

**Caso 11:** Motivo principal de consulta

Madre (Progenitor C): *“El principal motivo es que [hija] lleva más de un año sin ver ni hablar con su progenitor. Ha hecho terapia de un año con un psicólogo y una de un mes con una psicóloga. En este momento la actitud tanto del padre como de [hija] no es correcta por eso nos han aconsejado venir, por la gran experiencia que tiene el centro en estos problemas familiares”*

Padre (Progenitor NC): *“Mi hija se niega a hablarme y a asistir a las visitas en el último año y medio, causado esto por los celos de mi actual pareja. Me preocupa que mi hija crezca en un entorno familiar que le permite actitudes perjudiciales para ella y para el resto de la familia, como negar la palabra y el derecho de visitas hacia su padre.”*

**Caso 12:** Motivo principal de consulta

Madre (Progenitor C): *“Somos padres divorciados con hijos en común. Debido al comportamiento de nuestra hija adolescente, el padre me denunció como causante (según él) del problema. Además del comportamiento de mi hija, también me preocupa mi hijo que tiene una minusvalía psíquica, y mi madre enferma.”*

Padre (Progenitor NC): *“Trastorno de la conducta de [hija]. Problemas de robos, amistades, estudios. No visitas con su padre. Alienación parental por parte de la madre. Falta absoluta de comunicación en el entorno familiar.”*

**Caso 13:** Motivo principal de consulta

Padre (Progenitor C): *“Pésima relación madre-hija. Divorcio de los padres, no amistoso, en el cual recae al principio la guarda y custodia en manos de la madre. Debido a la continua insistencia de la niña en ver y pasar más tiempo con su padre desde entonces, con el cual la relación siempre ha sido buena, la negativa de la madre al respecto y el continuado deterioro de la relación madre-hija, que no ha sido tan buena como la que tiene con el padre desde el nacimiento de la niña, el padre opta por llevar a la niña a una psicóloga colegiada, la cual confirma este deterioro progresivo, asignándole el Eje V: 6.2 de alteración en el patrón de las relaciones familiares. Con el paso del tiempo la niña insiste cada vez más y de manera fehaciente y de manera firme y regular en cambiar este tipo de relación. El avance y deterioro progresivo cada vez mayor de la relación madre-hija llevar a esta última al extremo de escaparse de casa en varias ocasiones.*

*Consta un informe elaborado por [hospital] el cual destacan la ansiedad de [hija]. Este informe es efectuado de manera regular por el Centro Escolar.”*

Madre (Progenitor NC): *“[hija] se ha visto involucrada en los conflictos entre sus padres, incluso formando parte de ellos. Su padre la ha utilizado para llamar por teléfono a familiares para defenderlo. [Hija] se ha escapado de casa, a raíz de una discusión típica madre-hija.”*

**Caso 14:** Motivo principal de consulta

Madre (Progenitor C): *“Dificultades existentes en la relación paterno filial a causa de la falta de empatía del Sr. [padre] con sus hijos, falta de afectividad, falta de comunicación, control de sus impulsos, entre otras cuestiones que ha conllevado una reacción adversa de nuestros hijos a la figura y presencia paterna. Autolesiones e intentos de suicidio por parte de [hija]”*

Padre (Progenitor NC): *“Mala relación padre-hijos y salud de los hijos”*

**Caso 15:** Motivo principal de consulta

Madre (Progenitor C): *“Mala relación y estados de tensión que se han producido”*

Padre (Progenitor NC): *“El problema radica en la mala relación de los padres que afecta de forma negativa a los hijos comunes. La relación deriva de la conducta de obstrucción y falta de comunicación generada por la madre”*

**Caso 16:** Motivo principal de consulta

Madre (Progenitor C): *“Custodia del menor.”*

Padre (Progenitor NC): *“Desarrollo personal y emocional del menor. La motivación viene determinada a raíz de la separación y atendiendo a la situación actual de los progenitores y la edad del hijo el común.”*

## Apéndice E

### Valoraciones del SOATIF-o para la división de grupos: presencia de indicadores en la dimensión de *Sentido de Compartir el Propósito (SCP)* en todas las sesiones con los dos progenitores

Caso	Total sesiones	Sesiones con ambos progenitores	Puntuación SCP	Núm. Indicadores positivos SCP	Último indicador SCP de la sesión	Grupo
1	7	1c	-3	0	(-) Hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia	SIN indicadores positivos de alianza intrasistema
		6	-3	0	(-) Hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia	SIN indicadores positivos de alianza intrasistema
		7	-2	0	(-) Los miembros de la familia se culpan unos a otros	SIN indicadores positivos de alianza intrasistema
2	13	1	-3	0	(-) Hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia	SIN indicadores positivos de alianza intrasistema
		4	-3	0	(-) Hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia	SIN indicadores positivos de alianza intrasistema
		8	-2	0	(-) Hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia	SIN indicadores positivos de alianza intrasistema
		12	-1	0	(-) Los miembros de la familia se culpan unos a otros	SIN indicadores positivos de alianza intrasistema
3	3	1c	-3	0	(-) Los miembros de la familia evitan contacto ocular entre ellos	SIN indicadores positivos de alianza intrasistema
4	7	1c	-2	0	(-) Hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia	SIN indicadores positivos de alianza intrasistema
		4	-2	0	(-) Los miembros de la familia se culpan unos a otros	SIN indicadores positivos de alianza intrasistema
5	8	1c	-2	0	(-) Hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia	SIN indicadores positivos de alianza intrasistema
		4	-2	0	(-) Los miembros de la familia se culpan unos a otros	SIN indicadores positivos de alianza intrasistema
		5	-2	0	(-) Los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros	SIN indicadores positivos de alianza intrasistema
6	5	0	0	0		SIN indicadores positivos de alianza intrasistema
7	3	0	0	0		SIN indicadores positivos de alianza intrasistema
8	3	0	0	0		SIN indicadores positivos de alianza intrasistema
9	4	0	0	0		SIN indicadores positivos de alianza intrasistema
10	7	1c	-1	2	(+) Los miembros de la familia se ofrecen un acuerdo de compromiso	CON indicadores positivos de alianza intrasistema
		6	1	2	(+) Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista	CON indicadores positivos de alianza intrasistema
11	9	1c	0	2	(+) Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista	CON indicadores positivos de alianza intrasistema
		7	0	0	No se observaron indicadores de SCP en esta sesión	CON indicadores positivos de alianza intrasistema
12	19	1c	+1	2	(+) Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista	CON indicadores positivos de alianza intrasistema
		6	+1	1	(+) Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista	CON indicadores positivos de alianza intrasistema
		7	-1	1	(-) Los miembros de la familia no están de acuerdo sobre [...] quién debe ser incluido en las sesiones	CON indicadores positivos de alianza intrasistema
		11	0	0	No se observaron indicadores de SCP en esta sesión	CON indicadores positivos de alianza intrasistema
		12	+1	2	(+) Los miembros de la familia se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista	CON indicadores positivos de alianza intrasistema
13	5	1c	0	4	(+) Los miembros de la familia se ofrecen un acuerdo de compromiso	CON indicadores positivos de alianza intrasistema
		14	+1	2	(+) Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista	CON indicadores positivos de alianza intrasistema
14	10	1c	+1	4	(+) Los miembros de la familia se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista	CON indicadores positivos de alianza intrasistema
		5	+1	1	(+) Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista	CON indicadores positivos de alianza intrasistema
15	4	1c	+1	2	(+) Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista	CON indicadores positivos de alianza intrasistema
16	5	1c	+1	2	(+) Los miembros de la familia se ofrecen un acuerdo de compromiso	CON indicadores positivos de alianza intrasistema
		4	+1	1	(+) Los miembros de la familia se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista	CON indicadores positivos de alianza intrasistema

Nota. 1c = Primera sesión conjunta, diferente a las primeras sesiones individuales que se realizaron previamente con cada uno de los progenitores.



## Apéndice F

### Marcadores de los Eventos Positivos y Negativos

Evento	Caso	Marcador	Indicador SCP - SOATIF-o	Descripción
A (positivo)	10	Inicial	(-) <i>El cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia</i>	Al inicio de la sesión se produce una discusión entre los progenitores. La madre se refiere al padre como “ <i>este señor</i> ”. El padre defiende sus opiniones con expresiones como “ <i>yo eso lo estudié en tercero de EGB con los tiempos verbales</i> ”.
		Final (cambio)	(+) <i>Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista</i>	Hacia el final de la sesión se observan respuestas como “ <i>Vale, entiendo lo que dices</i> ”. En otro momento la madre dice, con un tono calmado: “ <i>Para mi hubiera sido más cómoda continuar como estaba</i> ” y el padre contesta: “ <i>Ya lo sé...</i> ”. Finalmente, la madre dice: “ <i>Confío en que sigamos viniendo aquí</i> ” y el padre responde: “ <i>Sí, ojalá</i> ”.
B (positivo)	11	Inicial	(-) <i>Los miembros de la familia se culpan unos a otros</i>	Se produce una discusión entre los padres. Hablando del problema de la hija la madre dice “ <i>Él lo empeoró</i> ” o reprocha que el problema de la hija se debe a “ <i>la actitud que tiene</i> ” el padre.
		Final (cambio)	(+) <i>Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista</i>	Hacia el final de la sesión la tensión entre los progenitores se ha rebajado. Tras una intervención del padre, la madre dice: “ <i>sí, eso es verdad</i> ”. Al final de la sesión, la madre dice: “ <i>Vale. Si este es el primer psicólogo que nos puede ayudar, vamos hacia adelante, vamos hacia adelante.</i> ” y el padre responde: “ <i>vale, sí, eso es lo que quiero decir</i> ”.
C (positivo)	12	Inicial	(-) <i>El cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia</i>	Los padres discuten y se observan expresiones como: “ <i>¿Pero como va a ser más coherente si no está bien? ¿No lo ves? ¿No lo ves que no está bien? (tocándose la cabeza)</i> ”. La madre repite las palabras del padre con sarcasmo.
		Final (cambio)	(+) <i>Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista</i>	La discusión se reduce y empiezan a hablar de manera conjunta sobre el problema de la hija. El padre hace aportaciones como “ <i>efectivamente la madre se carga con todo</i> ” (después de que la madre lo expusiera) o inicia una intervención diciendo “ <i>opinando como ella...</i> ”

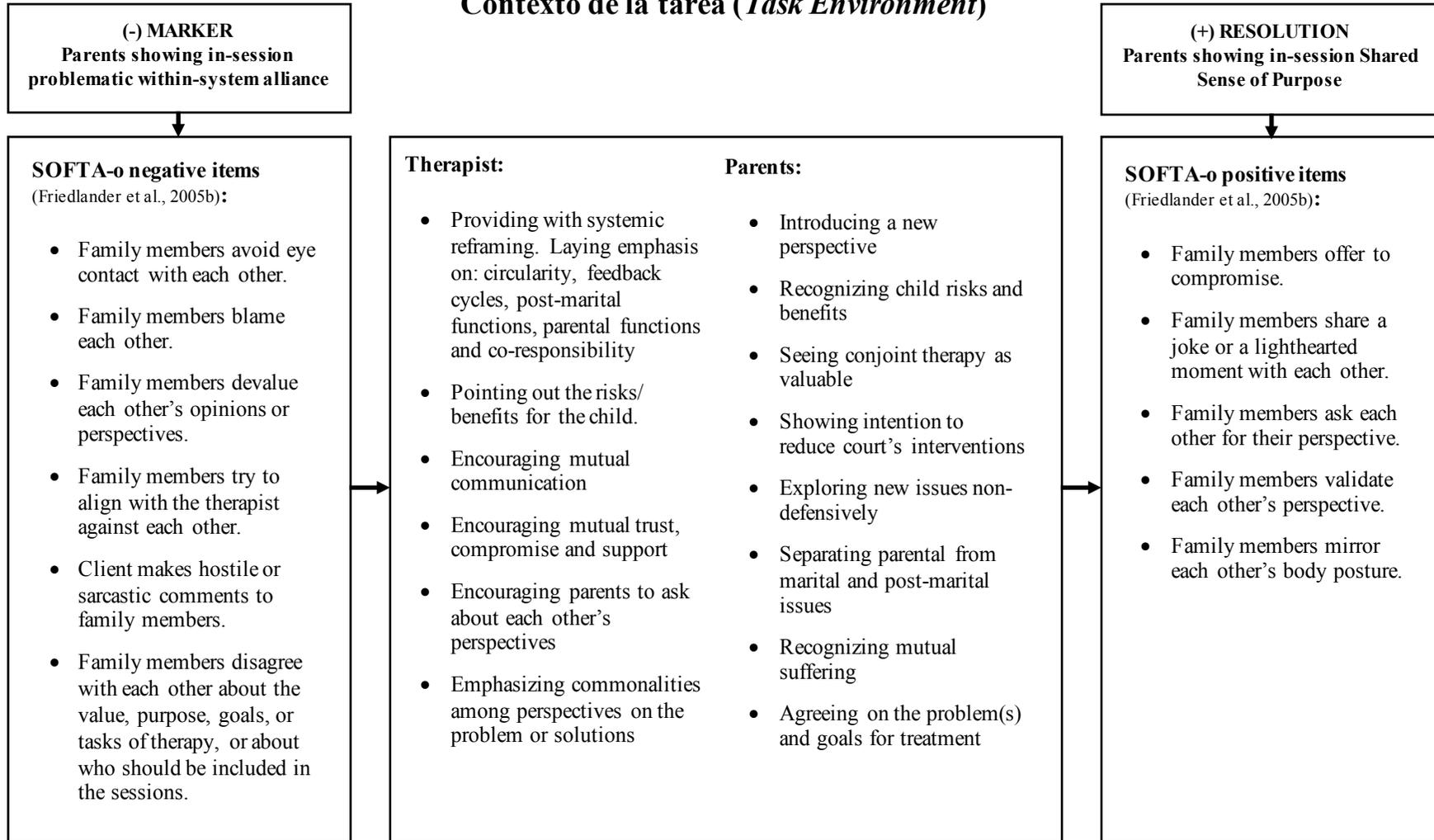
D (positivo)	13	Inicial	(-) <i>Los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros</i> (-) <i>Unos miembros de la familia tratan de alinearse con el terapeuta en contra de otros</i>	Los padres discuten y se acusan mutuamente de estar mintiendo con expresiones como: “No, eso no, no digas mentiras, ¿eh?” o “Estás diciendo cosas que no son verdad”.  En un momento la madre le dice al terapeuta: “¿Ve lo que está haciendo? ¡Incluirla a ella en esto!”
		Final (cambio)	(+) <i>Los miembros de la familia se ofrecen un acuerdo de compromiso</i>	Hacia el final de la sesión el padre dice: “Entiendo que en algunas cosas tengo y tenemos que ceder. Pasa por hacer un tachón. Por mi parte también, que no haya una beligerancia constante”.
E (positivo)	14	Inicial	(-) <i>El cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia</i>	La sesión comienza con los padres separados sin prácticamente mantener contacto ocular. El terapeuta pregunta: “¿Cómo se comunican los padres?” Y el padre contesta: “No nos comunicamos, bueno, a través del juez (mirando a la madre) [...] Mañana tenemos una cita ante el juez [...] una nueva ¿eh? Una nueva...” (tono sarcástico y señalando a la madre, indicándole al terapeuta que no es asunto suyo).
		Final (cambio)	(+) <i>Los miembros de la familia se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista.</i>	El padre dice: “Creo que eso lo aceptamos los dos, ¿no? (mirando a la madre)” y la madre contesta: “Sí, seguro, fallos hemos hecho los dos, eso seguro.”
F (negativo)	1	Inicial (No cambio)	(-) <i>Los miembros de la familia se culpan unos a otros</i> (-) <i>El cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia</i>	La discusión entre los padres ocupa prácticamente toda la sesión. Se producen constantes ejemplos de falta de colaboración. Los progenitores se culpan unos a otros (por ejemplo: “pero lo que pienso es que tú tienes un carácter que cuando te enfadas no escuchas”, “Lo que pasa es que encuentro que tú has actuado de una manera que creo que te has pasado” o “Quién las ha abandonado has sido tú, no yo.”). Se producen varias faltas de respeto (por ejemplo: “¿Pero quien coño te crees que eres? O “¡Para que te enteres!”).
G (negativo)	2	Inicial (No cambio)	(-) <i>Los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros</i>	Los progenitores discuten durante gran parte de la sesión, el padre, en una intervención inicial dice: “Me refiero a qué significado tiene todo esto. Si lo que se quiere es hablar, ¿Por qué en tres años no se ha hecho cuando se ha solicitado tantas veces? ¿Por qué se falsea una realidad conscientemente?”. Posteriormente ambos se acusan de mentir (Por ejemplo: ¡Di la verdad!).

H (negativo)	3	Inicial (No cambio)	(-) <i>Los miembros de la familia se culpan unos a otros</i> (-) <i>Los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros</i>	Los padres discuten desde el inicio de la sesión, la madre sostiene que el motivo de los problemas del hijo es que el padre no puede hacerse cargo de él correctamente (“ <i>No creo que sus habilidades parentales sean las adecuadas [...] Cuando tiene al niño no es responsable</i> ”) Se acusan mutuamente de no estar diciendo la verdad. Por ejemplo, el padre dice “ <i>y eso, como no podía ser de otra manera, es mentira</i> ” [...] <i>Jajaja ¡Mintiendo, mintiendo otra vez!</i> O la madre dice: “ <i>Ahora el que estás mintiendo eres tú</i> ”
I (negativo)	4	Inicial (No cambio)	(-) <i>Los miembros de la familia evitan el contacto ocular entre ellos</i> (-) <i>Los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros</i> (-) <i>Los miembros de la familia se culpan unos a otros</i>	Los progenitores no mantienen contacto ocular durante la mayor parte de la sesión.  Los progenitores discuten aferrados a sus respectivas posiciones. Por ejemplo, la madre dice: “ <i>Se le tendría que caer la cara de vergüenza</i> ” o el padre dice: “ <i>¡Está mintiendo ya!</i> ” <i>Hablando de solucionar el problema, el padre dice: “Aquí hay una parte que no está por la labor (refiriéndose a la madre)”</i> ,
J (negativo)	5	Inicial (No cambio)	(-) <i>Los miembros de la familia evitan el contacto ocular entre ellos</i> (-) <i>Los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros</i> (-) <i>Los miembros de la familia se culpan unos a otros</i>	Al inicio de la sesión, los progenitores no se hablan mirándose el uno al otro y hablan a través del terapeuta. El padre se refiere a la madre como “la señora X(apellido)”. La madre dice: “ <i>Esto es como siempre, él suelta su rollo que es parte de la realidad más muchas mentiras</i> ” y el padre contesta: “ <i>¡No digas mentiras!</i> ”. En un momento de la sesión, el terapeuta le sugiere al padre que no se aleje de los hijos y el padre dice: “ <i>¡No lo hago yo, es ella!</i> ”



## Apéndice G

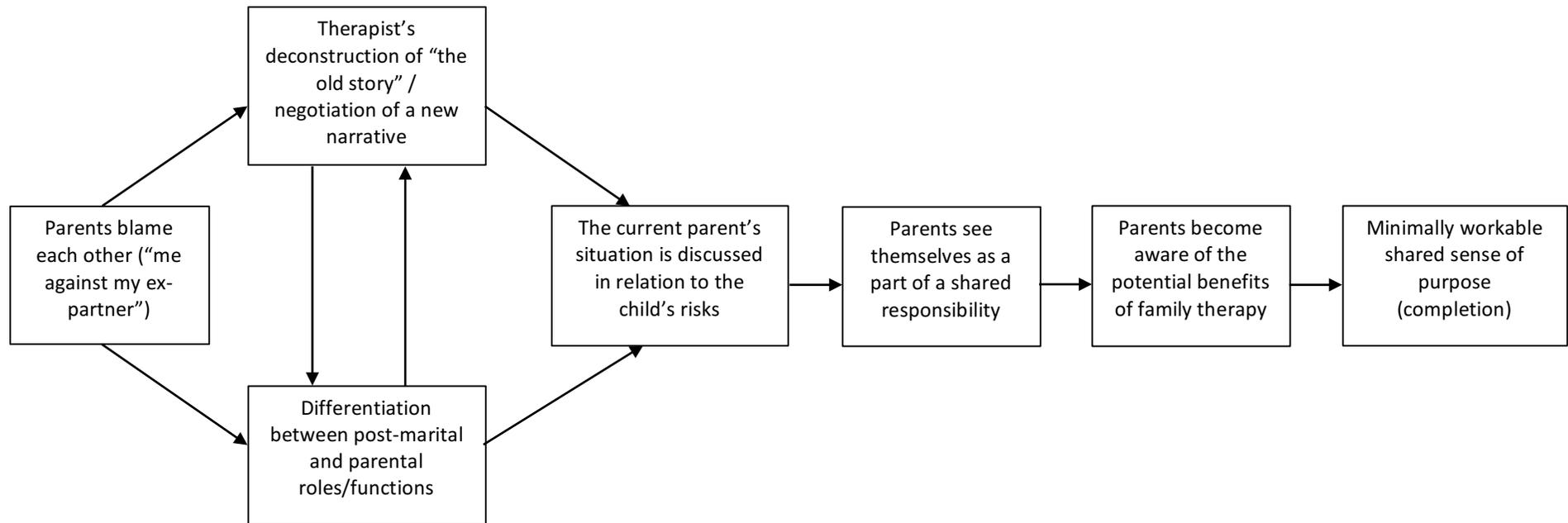
### Contexto de la tarea (*Task Environment*)





## Apéndice H

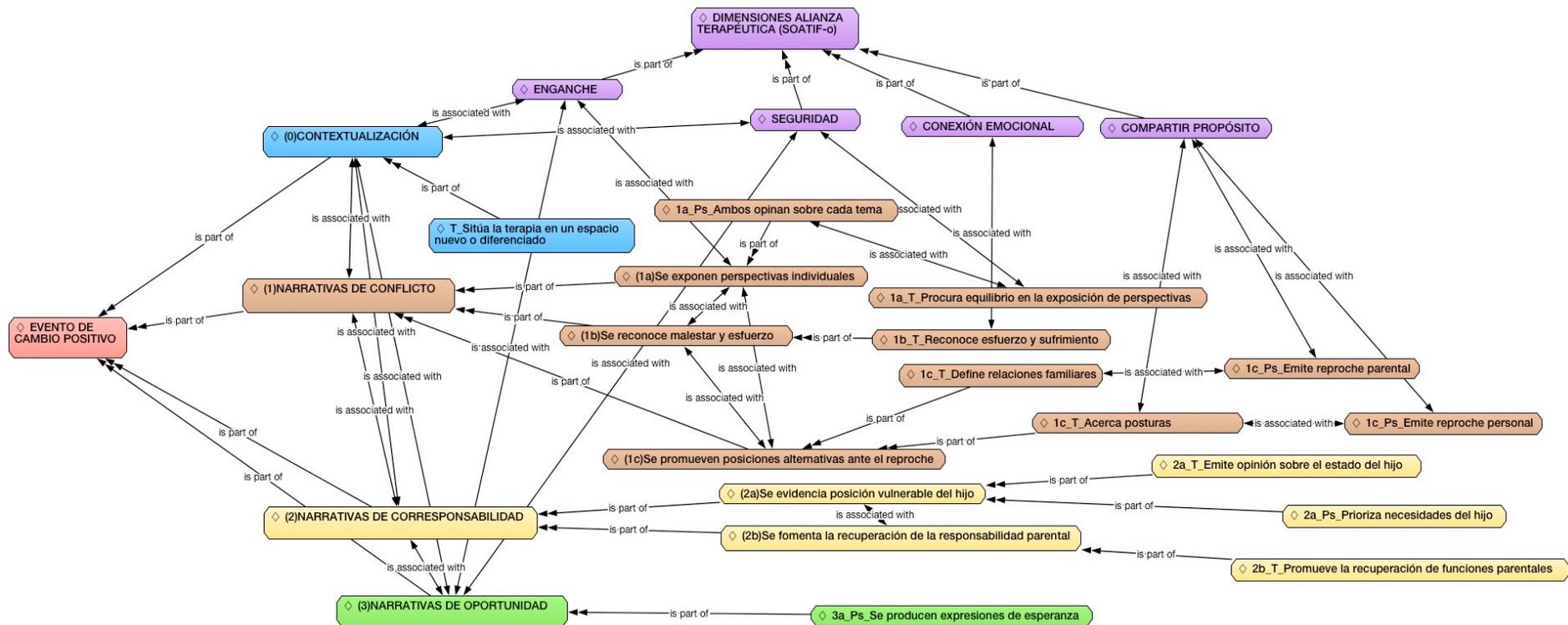
### Modelo Teórico-racional (*Rational model*)





# Apéndice I

## Red\* de conexiones entre los elementos del Modelo de cambio y las dimensiones del SOATIF



\* Esta red ha sido realizada con el soporte del programa informático Atlas.ti® (versión 1.0.43 para Mac)







Aquesta Tesi Doctoral ha estat defensada el dia \_\_\_\_ d\_\_\_\_\_ de 201\_\_  
al Centre\_\_\_\_\_

de la Universitat Ramon Llull, davant el Tribunal format pels Doctors i Doctores  
sotasignants, havent obtingut la qualificació:

President/a

\_\_\_\_\_

Vocal

\_\_\_\_\_

Vocal \*

\_\_\_\_\_

Vocal \*

\_\_\_\_\_

Secretari/ària

\_\_\_\_\_

Doctorand/a

\_\_\_\_\_

*(\*): Només en el cas de tenir un tribunal de 5 membres*

