

Construcción de la alianza terapéutica familiar y análisis del proceso y el cambio terapéutico en el tratamiento integrado individual y familiar en casos de Trastorno Límite de la Personalidad desde el modelo relacional sistémico

Iolanda d'Ascenzo

<http://hdl.handle.net/10803/674974>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

Título	Construcción de la alianza terapéutica familiar y análisis del proceso y el cambio terapéutico en el tratamiento integrado individual y familiar en casos de Trastorno Límite de la Personalidad desde el modelo relacional sistémico
Realizado por	Iolanda D'Ascenzo
Centro	Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
Departamento	Psicología
Dirigido por	Dra. Anna Vilaregut Puigdesens

ALIANZA, PROCESO Y CAMBIO TERAPÉUTICO EN FAMILIAS CON TLP
DESDE EL MODELO RELACIONAL SISTÉMICO

TESIS DOCTORAL

**Construcción de la alianza terapéutica familiar y análisis del proceso y el cambio
terapéutico en el tratamiento integrado individual y familiar en casos de Trastorno
Límite de la Personalidad desde el modelo relacional sistémico**

Iolanda D'Ascenzo

Dirigida por la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blauquerna

Universitat Ramon Llull

Barcelona, diciembre 2021

ALIANZA, PROCESO Y CAMBIO TERAPÉUTICO EN FAMILIAS CON TLP
DESDE EL MODELO RELACIONAL SISTÉMICO

*En el momento en el que elijo entrar
con plenos derechos en la vida del paciente, yo, terapeuta, no sólo me encontraré
delante de sus mismos problemas, si no que tendré que estar preparado para verlos en
sintonía con la perspectiva del paciente. Tendré que asumir como punto de partida que
conocer es preferible al no conocer y correr riesgos es preferible al no arriesgarse*

Irvin Yalom

Agradecimientos

Esta tesis ha sido posible gracias a un largo recorrido de formación, experiencia clínica e investigación en el que, sobre todo, han influido los encuentros que he hecho en el camino. A todas las personas que me han acompañado, que han sido fuente de inspiración, apoyo y estímulo quiero dar las gracias y probablemente no las mencionaré todas.

Para empezar a mi Directora de tesis, la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens que ha hecho posible que el proyecto de unir la clínica y la investigación en el ámbito de la terapia relacional sistémica se concretizara y se convirtiera en una fecunda colaboración. Le agradezco haberme transmitido su rigor científico, la tenacidad y la pasión en la investigación, dejando espacio a la creatividad y la innovación.

Gracias a la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna*, a los docentes del doctorado y especialmente a su director, el Dr. Jordi Segura por su paciencia y su dedicación, por guiarme en los años del Doctorado.

Gracias al Dr. Carles Perez Testor, un pionero en la investigación en terapia familiar, investigador principal del *Grup de Recerca de Parella i Família* y gracias a todos los miembros del equipo investigador.

Esta tesis no habría sido posible sin la *Escuela de Terapia Familiar del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* de Barcelona que ha sido mi hogar y mi familia durante más de 20 años. Gracias al Dr. Juan Luis Linares por haberme acogido, por enseñarme tanto, por compartir, por la confianza y el afecto. Gracias a Carmen Campo que me ha inmensamente enriquecido a nivel profesional y personal, en ella he encontrado una hermana en la clínica, en la investigación y en la vida. Con ambos he movido mis pasos

en el tema que es objeto de esta tesis y compartido la pasión de investigar y hacer psicoterapia en un tema casi inexplorado hasta entonces por la terapia familiar.

Gracias a todos los docentes, secretarias y alumnas y alumnos del *Master en Terapia Familiar de l'Escola de Terapia Familiar del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, que me permiten aprender continuamente, sobre todo a quienes han colaborado con el equipo de psicoterapia para las familias con un miembro con trastorno límite de la personalidad. Un gracias especial a mis coterapeutas, Anxela Delgado, Dina Brenner, Catalina Wild, Luis Pulgar, Francesca Sciarillo, Marta Salla y Ana Lacort.

Gracias al Dr. Enric Álvarez, director del Servicio de Psiquiatría del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, a las colegas y los colegas, a los secretarios y las enfermeras.

Gracias a mi profesor de psiquiatría, el Dr. Marcello Nardini, que me transmitió su sabiduría en la clínica y la psicopatología, apostó por mí y me permitió aprender tanto. Gracias a la Dra. Norvegia Belardinelli por cuidarme y ser mi figura de apego en la *Clinica delle Malattie Nervose e Mentali* de la Universidad de Siena, al amigo y colega Angelo Malinconico del Servicio de Psiquiatría de Termoli.

Gracias a Gianmarco Manfrida y Maurizio Coletti que han sido mis mentores en el arte de la terapia familiar y gracias a Sandra Melosi por su ejemplo, y a mis compañeras y compañeros de formación en Terapia Familiar del *Centro Studi e Applicazione della Psicologia Relazionale* di Prato. Gracias, Gianmarco, por la generosidad con la que me han transmitido tus conocimientos, sabiduría, habilidades retóricas y el afecto que nos sigue uniendo. Gracias, Maurizio, por tu generosidad en compartir ideas y conocimientos a través de la supervisión, por enseñarme el buen uso del humor.

Un gracias especial a Luigi Cancrini, que es mi faro desde la formación en Terapia Familiar hasta el día de hoy en el apasionante y complejo viaje de tratar con psicoterapia las situaciones graves de sufrimiento psíquico. Gracias al *Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale* di Roma, que me ha permitido enriquecer y completar mi formación en Terapia Familiar, a sus docentes, a Francesca De Gregorio y un gracias afectuoso a Luigi Onnis que me animó a continuar mi trabajo con los trastornos límites de la personalidad.

Gracias a Alfredo Canevaro por enseñarme a trabajar en una perspectiva trigeneracional, por mostrarme la magia de la alianza terapéutica, por confiar en mí y apoyarme.

Gracias a Gianfranco Draghi, mi maestro en el psicoanálisis y después amigo, que, entre las numerosas semillas que sembró en mi mente, fue el primero en hacerme ver la analogía entre artes marciales y fuerzas interactuantes en la relación terapéutica.

Agradezco a la Dra. Lorna Smith Benjamin el haber provocado una transformación profunda en mis conocimientos. Gracias por haberme sugerido continuar trabajando en la terapia familiar con los trastornos límites de la personalidad para contestar a la pregunta sobre cómo y por qué las personas cambian.

Gracias al Dr. Valentín Escudero por los aprendizajes en el tema de la Alianza Terapéutica y la terapia familiar, por su generosidad, su cercanía y su disponibilidad.

Gracias a las personas que me han enseñado mucho en el ámbito de la investigación en psicoterapia. Primero al Dr. Guillem Feixas por su sabiduría y su generosidad, a la Dra. Valeria Ugazio y a la Dra. Umberta Telfener por ser un ejemplo, a Matteo Selvini por compartir ideas y experiencias, al Dr. Eia Asen que me acogió con

afecto en el *Mudsley Hospital* en Londres. Algunos, incluso sin que se lo haya pedido, me han estimulado con sugerencias, consejos, conversaciones.

Gracias a todas y todos los profesionales de los Centros ITA de Barcelona, Argenton, Sabadell y Tarragona, en especial a su Director médico, el Dr Antoni Grau, por haberme elegido como supervisora y docente, por confiar en mí y darme la oportunidad de aprender constantemente a través del desafío que supone curar trastornos graves con un modelo integrador de terapia.

Gracias a las investigadoras e investigadores que han compartido conmigo el trabajo de los estudios de esta tesis, Rocío Yagüe, Gisela Álvarez, Mar Bodas, Mar Elias, Israel Uraño, Nataixa Fabregat, Emma Ribera, Vanessa Munguia, Maria José Obando. Gracias a la Dra. Anna Vilaregut, al Dr Ignacio Bolaños, a Sonia Torres y a Verónica Zurdo por haber convertido en una experiencia única nuestras reuniones online durante la pandemia.

Gracias a todas las personas importantes de mi vida que han contribuido a formar mi personalidad, mis padres Piera y Elio por el amor incondicional y el ejemplo, la fuerza, la curiosidad, la pasión por la vida, el altruismo, la capacidad de tener y dar esperanza, mi hermano Gildo por compartir la vida, los juegos y la ternura, por protegerme, a mi abuelo que me enseñó a aprender de las relaciones con perseverancia, a toda mi familia por ser un puerto seguro del que salir y al que volver.

Gracias a mis numerosas amigas y amigos, en especial a Stilianos Nicolau y a Paola Palmitesta por el afecto, las risas, la ayuda, por compartir, por todo lo que nos une.

Gracias a mi compañero, Alessandro, por estar y estar y estar y estar, por su amor, su fuerza y su estabilidad. Es el mejor aliado que se pueda tener en la gran aventura de la vida.

Gracias a Mozart, a las canciones y a la música que ha sido la banda sonora de mis horas de trabajo.

El mayor agradecimiento va a mis pacientes y sus familias, que me han abierto las puertas de sus casas, de sus historias y de su corazón y han confiado en mí.

Resumen

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es el más frecuente entre los trastornos de personalidad y un desafío para su tratamiento. Las características psicopatológicas del trastorno que implican dificultades relacionales e inestabilidad emocional se reflejan en el manejo de la relación terapéutica y plantean la necesidad de construir y mantener una fuerte Alianza Terapéutica (AT) para garantizar el éxito de la terapia. Aunque el problema más importante de las personas con TLP sean las dificultades en las relaciones interpersonales, la mayoría de los modelos de terapia son de tipo individual y los que incluyen a la familia lo hacen desde una perspectiva psicoeducativa. En la psicoterapia relacional sistémica tener presente a la familia significa incluirla en el diagnóstico relacional e implicarla desde el comienzo del tratamiento, como un recurso. La AT en terapia familiar tiene una mayor complejidad con respecto a la alianza individual. Con el objetivo de profundizar en el conocimiento de la AT familiar, se han elegido 3 familias con un miembro diagnosticado de TLP, tratadas siguiendo la terapia integrada individual y familiar desde el modelo relacional sistémico. A partir del análisis a través del SOATIF-o de la construcción y la evolución de la AT en los procesos terapéuticos y los resultados obtenidos, se ha dado lugar a los tres estudios que se presentan en la tesis. Además de analizar las contribuciones del terapeuta y el cambio terapéutico en el estudio 2 y 3.

Palabras claves: Alianza Terapéutica, cambio terapéutico, proceso terapéutico, SOATIF-o, terapia relacional sistémica, tratamiento integrado individual y familiar.

Abstract

Borderline Personality Disorders (BPD) is the most frequent personality disorder and is a challenge for its therapy. Psychological characteristics of the disorders like relational difficulties and emotional instability reflect in driving the therapeutic relationship and need a strong Therapeutic Alliance (TA) in order to guarantee the success of the therapy. Although the most important problem of person with BPD is the difficulty in interpersonal relationships, most of the therapeutic models are individual and those who include family are psychoeducational models. In the systemic relational psychotherapy family is included in the relational diagnostic and is involved from the beginning of the treatment as a resource. The TA in family therapy is more complex compared with individual alliance. With the aim to know deeply the family TA, we have chosen three families with a member diagnosed as BPD, treated with an integrated individual and family therapy based on the systemic relational model. From the analyses using SOFTA-o of construction and evolution of the TA in the therapeutic process and the results obtained, have been carried out the three studies presented in this thesis. In addition to analyze contributions of the psychotherapist and the therapeutic change in the study 2 and 3.

Keywords: individual and family integrated treatment, systemic relational psychotherapy SOFTA-o, Therapeutic Alliance, therapeutic change, therapeutic process.

ÍNDICE

Introducción.....	18
PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO.....	26
1. El Trastorno Límite de la Personalidad y la Terapia Familiar	28
1.1 Definición, diagnóstico y prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad.....	30
1.2 Trastorno Límite de la Personalidad y contextos familiares	34
1.3 Terapia familiar del Trastorno Límite de la Personalidad.....	45
2. El Trastorno Límite de la Personalidad en la Terapia Relacional Sistémica.....	53
2.1 El diagnóstico relacional	55
2.2 El Trastorno Límite de la Personalidad en la Psicopatología relacional sistémica.....	65
2.3 Tratamiento integrado individual y familiar en el Trastorno Límite de Personalidad	79
2.3.1 Principios terapéuticos	79
2.3.2 Etapas del Tratamiento y Objetivos	82
2.3.3 Niveles de intervención.....	84
2.3.4 Resultados y líneas futuras.....	90
3. Alianza Terapéutica Familiar en la Terapia Familiar del Trastorno Límite de Personalidad.....	93
3.1 La Alianza Terapéutica: definición e historia del constructo	95
3.2 Conceptualización de la Alianza Terapéutica Familiar.....	98
3.3 La Alianza Terapéutica Familiar del Trastorno Límite de Personalidad	105

SEGUNDA PARTE: APLICACIÓN EMPÍRICA	109
4. Objetivos.....	111
5. Método.....	112
5.1 Diseño.....	112
5.2 Participantes	112
5.3 Instrumentos	118
5.4 Procedimiento.....	119
6. Resultados.....	122
7. Discusión y conclusiones	254
8. Limitaciones y futuras líneas de investigación.....	267
9. Referencias	269
APÉNDICES	295

Introducción

La primera persona con un funcionamiento límite de la personalidad con la que recuerdo haber tenido una relación afectiva es mi amiga de la adolescencia. Esto, obviamente, yo entonces no lo sabía. Ni lo sabía mi amiga ni mucho menos su familia y las personas que se relacionaban con ella. Siempre he buscado una clave de lectura, una explicación a las experiencias que viví en esa relación, a las intensas emociones y las grandes dificultades, a la alegría y el dolor que marcaron la relación con ella. Tener una amiga así constituyó la parte exuberante, atrevida, apasionada, transgresiva, guerrera que llenó de aventura y de adrenalina mi adolescencia. Las cosas se complicaron cuando, después de una ruptura sentimental, mi amiga empezó a tener algo que, en ese momento, en el segundo año de carrera de Medicina, pude reconocer como síntomas: ansiedad, angustia, sentimientos de vacío, ideas paranoides, conductas impulsivas y una gran inestabilidad emocional. No pude ayudarla tanto como me hubiera gustado, aunque nuestra larga amistad siga viva, era muy difícil y, quizás, por ese motivo, siempre he continuado buscando respuestas.

En mis años de especialización en Psiquiatría, en la *Clinica delle Malattie Nervose e Mentali* de la Universidad de Siena, en Italia, empecé a tratar pacientes con diagnóstico de trastorno *borderline* de personalidad. Eran los años en los que el trastorno estaba muy relacionado con las problemáticas de consumo de sustancias y de trastornos alimentarios, sobretudo la bulimia nerviosa. Las contribuciones del Prof. Luigi Cancrini fueron mi referencia y fuente de inspiración en un ámbito, hasta ese momento, poco conocido y, en parte, confuso. Gracias a la colaboración con el *Centro Studi e Applicazione della Psicologia Relazionale* di Prato, dirigido por Gianmarco Manfreda, escuela donde me formé como terapeuta familiar, pude hacer las primeras

terapias familiares con estas pacientes en una fecunda colaboración con mi grupo de formación. Esa experiencia se plasmó en el artículo *Disturbo Borderline di Personalità: situazione intermedia tra affermazione di autonomia e dipendenza* (Ciardo et al., 1994), incluido en el libro *Psicopatologia e modelli relazionali: la prospettiva relazionale* (Manfrida, de Bernart, D'Ascenzo, Giannini, Nardini, 1994).

Los años de trabajo como psiquiatra en un servicio de psiquiatría de un hospital general contribuyeron a formar un rico y variado bagaje de experiencia clínica en los diferentes ámbitos de los trastornos graves, incluidos los trastornos de personalidad. Fueron útiles, en ese sentido, para desarrollar en el campo una mejor capacidad diagnóstica y de conocimiento de la psicopatología que tenía sus raíces en la formación fenomenológica proporcionada por el Prof. Marcello Nardini y que, en esos años, se iba integrando con la epistemología sistémica y la diagnóstica del DSM y el ICD-10.

En Barcelona fue a recalar en un contexto que congeniaba perfectamente con mis inquietudes en la clínica y la investigación. Empecé mi primera colaboración en el Servicio de Psiquiatría del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* en el ámbito de la terapia familiar de los trastornos alimentarios, con el Dr. Jose Soriano y su equipo. La variabilidad de las respuestas terapéuticas en función de la alianza terapéutica con las paciente anoréxicas y bulímicas y sus familias, me llevó hacia un mayor interés por los trastornos de personalidad. La lectura del libro *Muchachas anoréxicas y bulímicas* (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1998) me dio un empuje en profundizar en el conocimiento de la personalidad. Los autores señalaban la necesidad de incluir un diagnóstico de personalidad para dar un marco apropiado a la relación terapéutica.

Sobre todo, la colaboración con el Dr. Juan Luis Linares y con Carmen Campo constituyó la experiencia fundamental. Trabajar conjuntamente me permitió conocer a

fondo el modelo de psicopatología relacional del Dr. Linares (Linares, 1999) y la traducción al italiano del libro *Tras la honorable fachada* (Linares & Campo, 2000) sobre la psicopatología relacional y la terapia de las depresiones, propició el conocimiento de un modelo de investigación clínica en la terapia familiar de los trastornos psiquiátricos. Linares y Campo se propusieron replicar la experiencia en el ámbito de los trastornos de personalidad y tuve la gran oportunidad de unirme a ese proyecto. En esos años empezaron a llegar numerosos casos de TLP a terapia familiar, tanto derivados por otros profesionales o instituciones de salud mental, como también por demandas espontáneas por parte de los familiares o las mismas pacientes.

El trabajo en coterapia con Carmen Campo nos llevó a construir un modelo de intervención específico para los TLP y sus familias basado en los principios de la psicoterapia relacional sistémica.

A partir del 2005 hasta el 2015 pude coordinar el equipo de terapia familiar de los TLP en la *Escuela de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau*, tanto en la clínica como en la investigación y la docencia. Tuve, así, la posibilidad de ampliar mis conocimientos, gracias, además, a la supervisión con Luigi Cancrini en el Centro ISBA de Barcelona, a los numerosos cursos, la formación con Lorna Smith Benjamin y los seminarios con el Dr. Escudero, con el Dr. Clarkin, con el Dr. Liotti y otros. Pude añadir a mi experiencia la participación a congresos y seminarios como ponente, especialmente la cita anual del congreso internacional de Terapia Familiar que, desde la creación del grupo *Relates*, une numerosos países de Europa, América Latina y el MRI de Palo Alto. Se trata de ocasiones únicas de estímulo e intercambio con otros profesionales y con los maestros del mismo ámbito.

Paralelamente la actividad de supervisión y formación en los centros ITA de tratamiento de trastornos alimentarios y trastornos de conducta en adolescentes ha enriquecido enormemente el conocimiento de la complejidad de los trastornos de personalidad y de sus contextos.

El trabajo que se ha desarrollado en el Departamento de Psicoterapia Familiar del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, un modelo de intervención psicoterapéutica con pacientes diagnosticados de TLP y sus familias, se fundamenta en el convencimiento de que los trastornos de personalidad son reversibles, aunque la idea más común sea que inevitablemente se cronifiquen (Benjamin, 1996; Cancrini, 2007; Campo & D'Ascenzo, 2010). Los objetivos terapéuticos estaban orientados a conseguir la estabilidad emocional y relacional de los pacientes, además de la desaparición de los síntomas, sobre todo cambios en el funcionamiento psíquico y en el contexto relacional que permitieran salir del circuito asistencial y seguir con la trayectoria evolutiva propia de la etapa del ciclo vital correspondiente. En efecto, el seguimiento a dos años muestra que la mayoría de los casos tratados ha salido del circuito asistencial y mantiene una buena estabilidad emocional y relacional (Campo & D'Ascenzo, 2010).

El desarrollo de dicho modelo de psicoterapia ha avanzado a través de una serie de etapas evolutivas. Nos propusimos mantener un diálogo constante entre clínica e investigación, aunque con las limitaciones propias de un trabajo de campo y de la presión asistencial. Empezamos con una primera formulación de las hipótesis relacionales del TLP, la experimentación del tratamiento y la consolidación del mismo en un protocolo específico de intervención a través de un método de ensayo y error. Hemos mantenido una constante discusión en equipo sobre la práctica clínica, basada en el *feedback* procedente de la revisión del material videograbado de las sesiones; hemos

contado con el soporte de la investigación hecha por parte de los estudiantes del Master de Terapia Familiar del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*. Hemos contrastado las observaciones y la modalidad de intervención entre tres terapeutas, expertos en terapia familiar desde el enfoque sistémico del mismo hospital; dos con más de 30 años de experiencia, el Dr. Juan Luis Linares y Carmen Campo, uno con más de 15 años de experiencia en ese momento, yo misma. La posibilidad de contar con un equipo y de un grupo de observación y la grabación de las sesiones, han facilitado reflexionar y revisar, a lo largo del tiempo, tanto las hipótesis psicopatológicas como la intervención terapéutica.

En el 2015 propuse y ha sido aprobado por el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona el Postgrado de Tratamiento integrado individual y familiar para los TLP.

Los resultados satisfactorios obtenidos en el transcurso de la intervención clínica, la aplicación del modelo de psicoterapia en un contexto público de salud mental en casos graves, la creciente atención que ha suscitado en el ámbito profesional nos han animado a proponernos difundir el modelo y han planteado la necesidad de hacer pruebas de eficacia.

Según Botella y Feixas (1994) es especialmente importante la evaluación de la eficacia de la psicoterapia por varios motivos. En primer lugar, el compromiso ético de la comunidad de psicoterapeutas con la mejora y optimización de la salud mental de sus pacientes hace que sea necesario disponer de evidencias contrastadas sobre los efectos terapéuticos de los tratamientos psicológicos. En segundo lugar, la inclusión de los servicios psicoterapéuticos en sistemas de salud públicos o privados requiere la justificación social de la rentabilidad del gasto que generan. En tercer lugar, el avance

de la psicoterapia como disciplina científica depende del contraste empírico de las modalidades de intervención propuestas desde las diferentes perspectivas teóricas.

El primer paso en ese sentido implica la manualización del método de intervención. Esto permitiría en el futuro su difusión, ya no sólo a través de artículos sino de la enseñanza directa a los estudiantes a través de programas específicos de formación en terapia familiar, a la vez que haría posible evaluar la eficacia de la psicoterapia.

Siguiendo en la misma línea que nuestro proceso evolutivo, el modelo que proponen Carroll y Nuro (2002) para la manualización de un tratamiento psicoterapéutico implica una visión de la misma no como un evento puntual si no como una serie de etapas progresivas en las que cada fase sucesiva añade una mayor complejidad.

Entrar a ser parte del *Grup de Recerca de Parella i Família* de Blanquerna, Universitat Ramon Llull, el encuentro con la Dra. Anna Vilaregut y el Dr. Carles Pérez Testor y los estudios de Doctorado, me han ofrecido el contexto adecuado para empezar a sistematizar mi larga experiencia y el bagaje de conocimientos que se han plasmado en el marco teórico de esta tesis.

En estos años han ocurrido dos eventos, uno de pequeña escala, la demencia de mi madre, y otro de gran escala, la pandemia de Covid-19. Ambos han influido en el desarrollo de la tesis y han sido obstáculo y a la vez oportunidad de aprendizaje. Me han llevado a modificar en parte los objetivos de mi tesis, manteniendo la adherencia al mismo tema que en el proyecto originario era la Manualización del Modelo Integrado individual y familiar en el tratamiento de los Trastornos Límites de Personalidad. Una

aproximación sistémico-relacional. He abordado un aspecto prioritario de la intervención terapéutica con las familias con un miembro diagnosticado de TLP, que es la construcción de la alianza terapéutica y su mantenimiento a lo largo de la terapia. En uno de los estudios, además, se ha hecho una valoración cualitativa del cambio terapéutico.

Aunque este trabajo sea sólo un paso de un proyecto más amplio aplazado, es importante en el camino. Lo es para mí y espero que lo sea para las familias que podrían, en el futuro, beneficiarse de mejores recursos terapéuticos en situaciones graves de sufrimiento psíquico.

PRIMERA PARTE: MARCO TEÓRICO

1. El Trastorno Límite de la Personalidad y la Terapia Familiar

- 1.1 Definición, diagnóstico y prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad
- 1.2 Trastorno Límite de la Personalidad y contextos familiares
- 1.3 Terapia familiar del Trastorno Límite de la Personalidad

1. El Trastorno Límite de la Personalidad y la Terapia Familiar

1.1 Definición, diagnóstico y prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es, entre los trastornos de personalidad, el que genera mayor interés en buena parte por su prevalencia que se estima en un 1,6% pero podría ser tan elevada como un 5,9%. Es entre el 6% y el 10% de los individuos que acuden a los centros de salud mental y el 20% de los pacientes hospitalizados. La mayoría son mujeres con una relación de 3:1 con respecto a los hombres (DSM-5, p.665). Para algunos autores, el TLP es uno de los trastornos de la personalidad más frecuentes hoy en día, afectando aproximadamente entre el 30% y 60% de los pacientes con diagnóstico de trastorno de la personalidad (Álvarez, 2001; Bellino et al., 2009).

El TLP es el único trastorno de la personalidad para el que la *American Psychiatric Association* (APA) ha definido específicas líneas guía de tratamiento, defendiendo la oportunidad de dar prioridad a la elección de una terapia combinada, que incluya un enfoque psicoterapéutico asociado al farmacológico. La psicoterapia del paciente límite tiene el objetivo de reorganizar la personalidad y mejorar el funcionamiento global, interviniendo sobre los factores psíquicos e interpersonales conflictivos como el trastorno de la identidad, los sentimientos crónicos de vacío, los miedos al abandono y la inestabilidad relacional (APA, 2001; Oldham, 2005).

Según Campo y D'Ascenzo (2010) es el que más viene derivado a terapia familiar por otros profesionales y el que tiene más demandas espontáneas de terapia por parte de los pacientes, que suelen tener interés en mejorar la calidad de sus relaciones o intentar reforzar vínculos lábiles.

La historia del TLP inició entre finales de los años '30 y principios de los '40, cuando los psiquiatras empezaron a ver pacientes que presentaban características psicopatológicas que no permitían etiquetarlos como esquizofrénicos porque no alcanzaban tan alto nivel de gravedad y, a la vez, estaban demasiado trastornados para ser tratados con el modelo psicoanalítico clásico.

El término *borderline* fue utilizado por primera vez por Stern (1938) para aquellos pacientes que no podían ser identificados ni como esquizofrénicos ni como neuróticos, mientras que Hock y Polatin (1949) acuñaron para ellos el término de “esquizofrenia pseudoneurótica” (Cotugno & Benedetto, 2000).

La patología *borderline* adquirió una autonomía nosológica al ser estudiada desde la perspectiva psicodinámica, sobre todo a partir de los estudios de Knight (1953) que, aplicando los conceptos de la psicología del yo, conceptualizó los estados *borderline* como un tipo de funcionamiento del yo, intermedio entre el psicótico y el neurótico.

Posteriormente, Grinker (1968) formuló los primeros criterios nosográficos que llevaron a la construcción de categorías diagnósticas hasta la introducción del trastorno *borderline* de personalidad en el DSM-III (APA, 1980) y Gunderson y Singer (1975) formularon los criterios diagnósticos que siguen siendo los más utilizados en la clínica y la investigación del trastorno límite.

Kernberg (1967, 1976) dio un gran impulso a la comprensión y el tratamiento de la patología *borderline* en el estudio de la personalidad en ámbito psicodinámico, utilizando por primera vez el término *borderline* asociado al concepto de organización de la personalidad. Sucesivamente, Kernberg (citado en Clarkin et al., 2000) propuso

considerar los trastornos de personalidad del cluster B (Eje II del DSM IV, 1994) dentro de una común organización *borderline* de la personalidad y en esta área se colocarían en un continuum el trastorno límite, el narcisista, el paranoide, el esquizotípico, el histriónico, el dependiente y el antisocial.

La organización *borderline* de personalidad, que une los diferentes trastornos, es definida por la presencia de patrones característicos de debilidad del Yo, el uso de mecanismos de defensa de tipo primitivo como la escisión, relaciones objétales patológicas internalizadas y un general mantenimiento del criterio de realidad (Kernberg, 1975, 2004).

En el DSM IV (1994), el TLP es clasificado como un trastorno del cluster B del eje II y viene definido como “un patrón intrusivo de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en los afectos y en la imagen de sí mismo, caracterizado por una elevada impulsividad que empieza en la edad adulta y es presente en varios contextos” (p. 790).

Los cambios aportados en el DSM-IV-TR (2000) y, sucesivamente, en el DSM-5 (2013) al diagnóstico de los trastornos de personalidad no han modificado los criterios diagnósticos del TLP.

Los posibles problemas incluyen inestabilidad afectiva y emocional, relaciones interpersonales caóticas, impulsividad, alteración de la identidad, autolesiones, ideas e intentos de suicidio, consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria, miedo al abandono y sensación de vacío. En la Tabla 1, se pueden encontrar los criterios diagnósticos del DSM-5, (2013).

Tabla 1.

Criterios diagnósticos del Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM5 (2013).

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- | | |
|-----|--|
| (1) | esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
<i>Nota:</i> No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación del criterio 5 |
| (2) | patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre devaluación e idealización |
| (3) | alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable |
| (4) | impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
<i>Nota:</i> No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5 |
| (5) | comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación |
| (6) | inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días) |
| (7) | sentimientos crónicos de vacío |
| (8) | ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes) |
| (9) | ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves |
-

1.2 Trastorno Límite de la Personalidad y contextos familiares

En las últimas tres décadas, el modelo psicodinámico y el cognitivo-conductual, así como otros enfoques, han dedicado su atención a estudiar los antecedentes familiares y el contexto relacional de los pacientes con TLP.

La idea que factores individuales y ambientales se retroalimentan en la personalidad estaba presente en el planteamiento integrador de Millon (1998) cuando la definía en base a la complejidad de las características psicológicas que surgen de una matriz de determinantes biológicos y aprendizajes que suponen un patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo.

Una revisión de los estudios sobre la incidencia familiar en el TLP evidencia que el trastorno es cinco veces más frecuente entre los familiares de primer grado de los pacientes que en la población general. En dichas familias se ha encontrado además una mayor prevalencia de trastornos por abuso de sustancias y depresión, pero no de esquizofrenia. La presencia, durante la infancia de estos pacientes, de muchos traumas, abusos, u otros factores estresantes induce a considerar la predisposición familiar al trastorno más desde una óptica ambiental que estrictamente genética (Bellino et al., 2009). Los estudios sobre la influencia de los factores genéticos y biológicos en el TLP indicarían que estresores ambientales significativos y crónicos, como abuso físico, abuso sexual y negligencia, comunes en la población de TLP, juegan un rol significativo en modular (estimulando o exacerbando) el funcionamiento patológico de los correlatos biológicos asociados con el TLP. Lo que parece claro es que es esencial no asumir que los aspectos biológicos individuales se desarrollan de forma aislada de los factores sociales y ambientales (Fruzzetti et al., 2005).

Un antecedente ambiental muy común en la infancia es el abuso sexual, presente en porcentajes diferentes según los estudios. El 75% en el estudio de Silk et al. (1995) y entre un 40 y un 70% en la revisión de la literatura empírica realizada por Zanarini (2000). Battle et al. (2004) realizaron una investigación para explorar la presencia del abuso sexual y otros tipos de abuso o de abandono en el TLP comparado con otros trastornos de la personalidad. Los resultados indicaron que, en general, un 73% de los pacientes con trastorno de la personalidad afirmaron haber estado expuestos a alguna forma de abuso y un 82% a negligencia o abandono. Además, esta investigación encontró que, en comparación con el resto de trastornos de la personalidad examinados, el TLP fue el diagnóstico más fuertemente asociado con una infancia de malos tratos. A pesar de estas evidencias, menos del 10% de los niños con historia de abuso sexual en la infancia serán diagnosticados de TLP en la edad adulta.

Para Horwits et al. (2001), el abuso sexual y físico per se no parecen ser factores importantes para determinar las consecuencias negativas de tales eventos, sino que son las respuestas de los padres y cuidadores a la divulgación del abuso (validación o invalidación de la información) las que mediatizan los efectos del mismo. Esta apreciación parece coherente con los resultados encontrados por Bandelow et. al. (2003) que, comparando una muestra de 63 pacientes diagnosticados de TLP y un grupo control, comprobaron que los primeros relataban en un mayor porcentaje historias de abuso sexual y maltrato en la infancia, y, de estos, solo dos de los pacientes con historia de abuso sexual habían recibido apoyo emocional de uno de los padres en el contexto del incidente.

Allen y Lauterbach (2007) encontraron relaciones entre los rasgos de personalidad en el adulto y la historia infantil marcada por experiencias traumáticas,

diferenciando la presencia de tales rasgos de personalidad según si se trataba de un trauma puntual o experiencias traumáticas repetidas. En su estudio demostraron, además, que un trauma infantil puede producir alteraciones de la personalidad independientes de la presencia o ausencia de un diagnóstico de trastorno de la personalidad.

Felitti y sus colaboradores (1998) introdujeron el concepto de Experiencias Infantiles Adversas (ACE, *Adverse Childhood Experiences*) para indicar todas las situaciones vividas en la infancia que constituyen adversidades en el proceso evolutivo y pueden ser factores de riesgo que se asocian al desarrollo de trastornos mentales en el adulto. Estas experiencias incluyen abuso emocional, físico y sexual, violencia doméstica, vivir con personas que abusan de sustancias o que padecen un trastorno mental, miembros de la familia que tienen conductas suicidas o que han estado en prisión, pérdida de uno de los padres, negligencia emocional o física. Se incluyen también todas las situaciones que involucran al menor de forma activa o pasiva en conductas violentas en contra de figuras significativas de apego y, en general, las condiciones que crean un contexto familiar impredecible e inseguro.

Según Linares (2002) una de las posibilidades de maltrato en la infancia es el maltrato psicológico asociado a la triangulación. Basándose en los conceptos de conyugalidad y parentalidad formula una situación en la que una parentalidad inicialmente conservada puede verse secundariamente deteriorada por el impacto de una conyugalidad disarmónica, donde por conyugalidad armoniosa se entiende la capacidad de resolver de modo razonable los conflictos conyugales. En cambio, en el maltrato psicológico asociado a la triangulación, los padres fracasan como tales cuando la

disarmonía conyugal produce un cambio de prioridades que perjudica la protección de los hijos y los expone a las consecuencias del conflicto conyugal.

Otros tipos de eventos ajenos al contexto familiar y que pueden perjudicar la salud física o psíquica tanto en el niño como en el adulto son violencia en el barrio, vivir en una zona de guerra y los desastres naturales.

Malacrea (2007) en su teoría del trauma subrayó que las experiencias desfavorables en la infancia pueden tener varias consecuencias en términos de síntomas y conductas porque producen una distorsión traumática en los procesos de apego, base de la futura personalidad. La misma autora señaló que tanto si se trata de un trauma agudo como si se trata de estrés crónico la experiencia traumática sobrepasa las normales capacidades y estrategias de enfrentamiento delante de los eventos externos, pero cambia mucho si la experiencia es puntual y aguda, o crónica. El trauma crónico no es percibido por el niño como tal, probablemente la cronicidad de la experiencia traumática viene a ser parte de la identidad con consecuencias permanentes en los procesos de regulación psicológica y biológica del niño. Se habla en estos casos de trauma interno a la identidad.

Más recientemente, Martin-Blanco et al. (2014) estudiaron la relación entre el maltrato infantil y los rasgos temperamentales de la gravedad del TLP como un factor que podría jugar un papel importante en el desarrollo del trastorno. De una muestra de 130 sujetos con TLP, aproximadamente el 70% de la muestra informó de algún tipo de abuso o negligencia. Los resultados mostraron que el rasgo neuroticismo-ansiedad y rasgo de agresión-hostilidad, así como el abuso emocional, fueron factores de riesgo asociados de forma independiente con la severidad del TLP. La interacción entre los rasgos altos de neuroticismo-ansiedad y la presencia de abuso emocional se asoció con

la gravedad del TLP. Estos resultados sugieren que la interacción entre los rasgos temperamentales y las historias de abusos en la infancia podrían influir tanto en el desarrollo como en la severidad del trastorno, aunque los mismos autores comentan que son necesarios más estudios para identificar los factores biológicos y ambientales asociados con la gravedad del trastorno.

En cuanto al contexto familiar, en el siguiente subapartado se revisan las diversas investigaciones que han estudiado las relaciones e interacciones familiares como factores claves en el desarrollo del TLP.

Mahler (1973) contribuyó con sus observaciones al entendimiento del trastorno límite cuando, a través de sus estudios sobre la simbiosis madre-hijo, señaló cómo el niño adquiere autonomía desafiando a la madre “buena” que intenta mantener la intimidad de un estadio anterior. Desarrolla una intensa ambivalencia en esta fase de separación-individuación, al alternar entre la cercanía y el distanciamiento negativista.

Tanto Kernberg (1979), como la propia Mahler (1973), fundaron en este fenómeno, definido como *crisis de acercamiento*, una parte considerable de su teoría sobre las personalidades *borderline*. Una de las propuestas centrales es que, en el proceso de desarrollo del niño, en el periodo que va de los seis a los veinticuatro meses, debe lograrse la tarea que consiste en integrar las representaciones buenas y malas, es decir, construir representaciones unitarias del self y del objeto. Según estos autores en los casos *borderline* esto no se lograría suficientemente. Las representaciones *malas* del self y del objeto, cargadas agresivamente, acabarían con predominar y amenazar a las representaciones *buenas*. Como consecuencia se utilizarían mecanismos de defensa de escisión para proteger el conjunto de las representaciones buenas del self y el objeto contra las representaciones malas. A través de estos mecanismos, algo que es normal

entre los doce y los dieciocho meses y además caracteriza esa etapa, o sea la no integración de representaciones opuestas, se mantendría más allá del periodo de edad apropiado.

Las ideas propuestas por Masterson (1972), basadas en las tesis sobre el desarrollo de Bowlby (1969) y de la propia Mahler (1976) insisten en el papel de la madre como facilitadora del mantenimiento del vínculo simbiótico con el hijo en tanto teme perder su amor si el hijo se empeña en adquirir autonomía. Los hijos se verían así enfrentados al dilema de que ser autónomos signifique perder el amor materno. Stern, sucesivamente, (1985) propuso hablar del *self-with-other* en lugar de la fusión simbiótica, indicando con esa definición, que la experiencia de unión de los primeros meses no está caracterizada por una fusión, en su mayor parte pasiva, sino por percepciones e interacciones diferenciadas que engendran un sentimiento agradable de unión producido activamente, de una armonía afectiva que conserva las fronteras del yo.

Trabajos más recientes encuadran el TLP en la teoría del apego y lo asocian con un tipo de relación con la madre definido como de apego desorganizado (Liotti, 2001; Mintzenberg et al., 2006).

La Teoría del Apego fue conceptualizada por Bowlby (1969) y hace referencia a las modalidades características de la relación del niño con sus referentes más cercanos, las figuras de apego. El fundamento teórico es que las interacciones entre el niño y sus figuras primarias establecerán los cimientos para el desarrollo de la personalidad y moldearán las interacciones íntimas de la persona en la adultez, las expectativas de aceptación social y las actitudes frente al rechazo. En base a reiteradas interacciones con otros significativos el niño crea una serie de modelos mentales acerca de sí mismo y de los demás en un contexto de interacción social, *los modelos operantes internos*

(Bowlby, 1973). Se debe al mismo autor la formulación, además, de uno de los conceptos básicos de la teoría del apego y que han influido también otros modelos de psicoterapia, la base segura, la relación de apego que se forma a través de la estabilidad y seguridad que la figura primaria de apego provee al niño en momentos de estrés, lo que permite al niño explorar el ambiente a su alrededor (Bowlby, 1988).

La literatura sobre el apego muestra relaciones entre el tipo de apego y la psicopatología (Greenberg, 1999), mientras que un apego seguro constituiría un factor de protección y resiliencia (Siegel, 1999) y permitiría una mejor regulación de las emociones y menor hostilidad en la relación con los otros (Fonagy, 2004).

En su propuesta psicopatológica, Liotti (2001), en base a los estudios sobre la *strange situation* (Ainsworth et al., 1978; Main & Solomon, 1995), afirma que en el origen evolutivo de los TLP podría existir un patrón de apego desorganizado, en el que la figura de apego se comporta de forma inconsistente como una fuente de seguridad en algunas ocasiones y de amenaza en otras, como consecuencia de sus propios traumas o duelos no resueltos. El apego desorganizado, al ser internalizado por el niño, dificulta alcanzar un estado de autorregulación emocional estable y se reactivaría en cada situación de apego. Para evitar esto, el niño aprendería a inhibir el sistema de apego mediante la activación de otros sistemas motivacionales.

Johnson et al. (2002) han mostrado que la baja implicación emocional de los padres hacia los niños iba en detrimento de su capacidad para socializar con eficacia, lo que haría aumentar sus posibilidades de desarrollar conductas suicidas.

Zanarini et al. (1997) refieren que el 92% de los pacientes con TLP han experimentado negligencia biparental y rechazo emocional antes de los 18 años,

Bandelow et al. (2003) han encontrado estilos de crianzas inadecuadas y menor atención y afecto recibidos por parte de los padres.

Ciardo et al. (1994) en su estudio señalaron como dato significativo en las familias con pacientes con TLP, la ausencia de uno de los miembros de la pareja parental, sea por la ausencia física de uno de los progenitores o mental, es decir un conjunto de elementos marcados por la pobreza de intercambios interactivos, una relación fría. Además, estas familias muestran un desajuste de la función parental de contenedor emocional, moduladora del sufrimiento psíquico relacionado con el desarrollo individual dentro de la familia. Esta, delante de las señales de autonomía, envía mensajes que provocan dependencia, ofrece mayor protección, en lugar de fomentar la autonomía, hasta punir los persistentes intentos de emancipación connotándolos como amenazantes y agresivos, con el resultado que el normal proceso de autonomía se carga de miedos de abandono, que el hijo afronta manteniendo el vínculo con los padres. La emocionalidad de estas familias oscila entre dos polos: la implicación ansiosa y confusa y la negligencia, detrás de una aparente armonía. Los autores, además, relevaron la presencia de trastornos psicopatológicos según los criterios del DSM III-R en el 40% de los progenitores: TLP en uno de los progenitores, trastorno del estado de ánimo y trastorno delirante crónico.

Cheavens et al. (2004) han encontrado que la supresión de pensamientos negativos como estrategia defensiva se deriva de un alto nivel de crítica por parte de los padres, y se relaciona con tres características clave del TLP: la sensibilidad interpersonal, la agresividad y la impulsividad. En cambio, el estudio realizado por Hooley y Hoffman (1999) muestra que altos niveles de implicación emocional en los

miembros de la familia se asocian de forma significativa con una mejor evolución clínica en el seguimiento a un año de pacientes con diagnóstico de TLP.

Linehan (1993) introdujo el concepto de validación emocional y de ambiente invalidante como circunstancia fundamental en la producción de la desregulación de las emociones que encontramos en personas con diagnóstico de TLP. En su modelo de terapia cognitivo-dialéctica por ambiente invalidante se considera claramente el que se produce en la familia, tanto que los terapeutas cognitivo-dialécticos se han puesto a estudiar las intervenciones de terapia familiar que consiguen disminuir la invalidación.

Siguiendo con la misma autora, el TLP consiste principalmente en una disfunción del sistema de regulación de las emociones. En su conceptualización, esta disfunción tiene por un lado causas biológicas que constituyen la vulnerabilidad inicial del niño que condiciona una mayor sensibilidad a los estímulos emocionales. Este déficit produciría dificultades en la regulación de las respuestas emocionales y de los estados de ánimo en respuesta a los estímulos ambientales. El TLP resultaría de la interacción entre la vulnerabilidad del niño y un entorno invalidante que consiste en un ambiente familiar que niega o responde de modo no adecuado a las experiencias privadas del niño, no se toman sus reacciones emocionales como válidas ante los hechos que las provocan, sino que se las trivializa, se las desprecia, se las desatiende o, incluso, se las castiga. Como resultado de todo esto se produce una exacerbación de la vulnerabilidad emocional individual que, a su vez, influye recíprocamente en el entorno invalidante acabando por condicionar el desarrollo de un self no cohesionado, dependiente de los demás a causa de la desconfianza que siente el individuo hacia sus propios estados de ánimo. También las conductas autolesivas se podrían interpretar en función del ambiente como intentos de regular el afecto, y como comunicación

finalizada a estimular conductas de ayuda en un entorno que no responde empáticamente.

El primer estudio que demuestra la existencia de una coherencia de orden clínico entre los síntomas presentados por un adulto diagnosticado de un trastorno de personalidad y la historia de las relaciones interpersonales es el de Benjamin (1996). La autora, basándose en las descripciones clínicas del DSM y, a través de un método validado llamado SASB (*Structural Analysis of Social Behaviour*), sistematizó los trastornos de personalidad trazando una correspondencia entre las historias de los pacientes y los rasgos de personalidad correspondientes.

Siguiendo con Benjamin (1996), en cuanto a la relación del TLP con determinadas características del contexto familiar en la infancia y la adolescencia, identificó cuatro elementos principales en la historia evolutiva de los pacientes con TLP. Éstos fueron los siguientes:

(1) En el interior de la familia prevalece el caos con peleas, enfrentamientos, infidelidades, cambios de pareja, de casa, de figuras de apego. Puede haber algún tipo de violencia, situaciones en las cuales, a menudo, viene implicado el niño que en el futuro desarrollará un TLP.

(2) La historia evolutiva incluye momentos o fases en las que un progenitor/cuidador es afectivo seguidos por experiencias de abandono, aislamiento o soledad, a causa de la desaparición, aunque temporal, de las figuras de referencia, lo que puede provocar en el niño sentimientos de culpabilidad con respecto a estas ausencias. Las ausencias no son previsibles ni hay adultos que empaticen con el niño o que puedan protegerle suficientemente. El afecto que el niño recibe es auténtico, pero intermitente.

Pueden darse episodios de abandono traumático entremezclados con periodos de sobre involucración.

(3) Durante este periodo en el que recibe afecto de un progenitor/cuidador, el futuro paciente presenta un fuerte apego a esta figura significativa y cuando el hijo/hija intenta diferenciarse e individualizarse, el progenitor/cuidador lo vive como una traición, atacando con dureza esta búsqueda de independencia del paciente. Consecuencia de esto es que los esfuerzos para la autonomía del paciente vienen interpretados como deslealtad.

(4) El futuro paciente aprende que puede conseguir amor y preocupación a través de la infelicidad o la enfermedad. Sucesivamente aplicará a sus relaciones más significativas este mismo aprendizaje, creyendo que aquellos que le cuidan le darán más apoyo, afecto y amor si él/ella está enfermo o sufre.

En la misma línea, Allen et al. (2005), hacen notar que la interacción en estas familias está caracterizada por oscilar entre extremos de sobre y baja implicación de los padres marcadas por la hostilidad, donde los dos extremos no son vistos como opuestos sino como dos aspectos del mismo fenómeno. La idea básica es que estas contradicciones influyen de varias maneras sobre la autonomía del hijo. Un patrón de conducta común en el hijo que consiste en un comportamiento hostil, exigente, provocativo y autodestructivo. Este comportamiento es posible que se genere desde la percepción por parte de un niño que, para mantener la estabilidad parental, debe permanecer dependiente en cierto modo de los padres y, simultáneamente, ser objeto de su odio. Las conductas contradictorias de los padres y el comportamiento del hijo entran en un círculo vicioso en el que se retroalimentan como patrones relacionales disfuncionales.

Giffin (2008) señala que las dificultades que presentan los pacientes con TLP son de naturaleza interpersonal a tal punto que debería considerarse como un trastorno que afecta no solo a la persona que lo presenta, sino también a las personas a su alrededor. En su estudio cualitativo sobre un grupo de pacientes con TLP y sus familias, evidenció que las familias están caracterizadas por una gran complejidad sostenida por contradicciones y, a veces, sobreimplicación y que las respuestas de los familiares indican una falta de comprensión por parte de los clínicos sobre cómo ayudar a las familias. Concluye que las experiencias de las familias llevarían a considerar necesario incluir un enfoque sistémico que focalice, más allá de las relaciones diádicas, el interjuego con y entre diferentes niveles de relaciones. Para eso sería necesario estudiar los procesos familiares en el TLP con investigaciones que utilicen una metodología cualitativa (Bryman, 1988; Penny & Woodward, 2005; Lefrey, 2005), aún escasas si comparadas con investigaciones basadas en una metodología cuantitativa (Gunderson & Lyoo, 1997; Guttman & Laporte, 2000; Hoffman et al., 2007; Hooley & Hoffman, 1999; Schiers & Bok, 2007).

1.3 Terapia familiar del Trastorno Límite de la Personalidad

El trabajo terapéutico con las personas diagnosticadas de trastorno límite de personalidad requiere habilidades específicas de manejo de la relación terapéutica y del contexto relacional de los pacientes. Los graves problemas de relación, la inestabilidad emocional, la impulsividad, la tendencia al *acting-out* y al suicidio, la dependencia de sustancias y la promiscuidad sexual constituyen un reto en su tratamiento para los profesionales de la salud mental y también para los familiares. Son necesarias una

adecuada formación de los terapeutas y una correcta comunicación con la familia para introducir una mirada con una perspectiva de cambio y esperanza en el futuro.

A pesar de que la influencia del contexto familiar y de las relaciones sea ampliamente conocida, tanto en otros como en el ámbito sistémico-relacional, existe una carencia de modelos de psicoterapia específicos que incluyan la terapia familiar en el tratamiento de los TLP.

Estudios recientes demuestran que los pacientes con TLP se benefician de la psicoterapia como tratamiento de primera elección (Links et al., 2017). La farmacoterapia puede tener modestos efectos sobre algunos rasgos centrales del trastorno, pero la severidad global del trastorno no se ve influenciada por ningún tratamiento farmacológico (Stoffers et al., 2010) y hay escasez de evidencias que orienten sobre el tratamiento farmacológico (Hancock-Jonson et al., 2017) en el abordaje de los TLP.

La mayoría de modelos psicoterapéuticos de comprobada eficacia en el tratamiento de los TLP son de tipo individual (Clarkin et al., 2000; Linehan, 2003) y los que incluyen a la familia en la terapia lo hacen desde una perspectiva psicoeducativa (Hoffman et al., 2005; Blum et al., 2008; Mosquera, 2013).

Son escasas las propuestas por parte del modelo sistémico, aunque autores de otros enfoques han incluido a la familia en el tratamiento poniendo énfasis en la importancia de las relaciones interpersonales (Allen, 2001; Gunderson & Gabbard, 2002; Hoffman et al., 2005; Linehan, 2003).

Los trastornos de personalidad llegan, cada vez con más frecuencia, a la atención de los psicoterapeutas familiares, sobre todo cuando otros recursos terapéuticos son

considerados ineficaces, o bien tras la demanda por parte de los pacientes o un miembro de la familia, a causa de conflictos en las relaciones familiares (Campo & D'Ascenzo, 2010).

Varios estudios sobre el desarrollo de la personalidad, y en especial modo los que se refieren al trastorno límite, demuestran la importancia de las relaciones familiares, de experiencias infantiles traumáticas, negligencia o caos relacional en las familias (Bandelow et al., 2003; Battle et al., 2004; Benjamin, 1996; Cancrini, 2007; Zanarini et al., 1997).

Sin embargo, es notorio que pueden intervenir factores de resiliencia (Cyrulnik, 2002) en la vida de una persona que cambian el curso de un destino dramático y activan conductas y recursos personales y ecosistémicos inesperados. Estos factores de resiliencia incluyen las relaciones interpersonales y, entre éstas, la relación psicoterapéutica (Cancrini, 2007). Se pueden sustituir determinadas experiencias disfuncionales con otras nuevas, más funcionales, hacer una reedición y ofrecer otra posibilidad de conducta, sentimiento y pensamiento delante del mismo hecho.

Este planteamiento es especialmente interesante desde el punto de vista terapéutico y desde una perspectiva del contexto en un sentido ecológico. A tal propósito, Campo y D'Ascenzo (2010) subrayaron que: “más allá de eventos puntuales y dramáticos, es necesario comprender y modificar los contextos relacionales que con más probabilidad distorsionan las experiencias básicas de la persona con respecto a la imagen del sí mismo y la percepción de ser querido” (p. 28).

Los primeros estudios que incluyen a la familia en el tratamiento son de tipo psicoeducativo. Se basan en la idea que implicar a la familia parece mejorar los resultados para las personas con TLP (Hooley & Hoffman, 1999).

Los modelos psicoeducativos de intervención en la familia tienen sus orígenes en las investigaciones y consiguientes tratamientos de Brown, Leff, Vaughn y colaboradores (Brown et al, 1962; 1972; Vaughn & Leff, 1976). Acuñaron el término Emoción Expresada (EE) para referirse a la actitud de crítica y hostilidad y a la sobreinvolucración que caracterizaban las familias con un miembro esquizofrénico. Un alto nivel de EE estaba relacionado con un mayor número de recaídas.

El enfoque psicoeducativo, que sucesivamente se ha aplicado también a otras tipologías de problemas mentales y físicos, está basado en ayudar a la familia a aliviar el malestar derivado de la gestión del familiar enfermo, entender la naturaleza del trastorno, ajustar las expectativas, promover estrategias de enfrentamiento.

En este ámbito destacan las terapias llamadas *Family Connections* (Fruzzetti & Hoffman, 2004; Hoffman et al., 2003) que implican apoyo y entrenamiento para las familias con el objetivo de desarrollar habilidades para validar a la persona con TLP.

Un enfoque individual y familiar de gran relevancia es el de Linehan (2003). La autora señala que una de las características más importantes en las familias con un miembro con TLP es la falta de validación emocional y por ese motivo tiene presente a la familia integrando algunas ideas de las teorías de orientación sistémica en la etiopatogenia del trastorno límite de personalidad como resultado de la interacción entre la vulnerabilidad emocional individual y el entorno familiar y social.

En la misma línea, se colocan las terapias STEPPS (*Systems Treatments for Emotional Predictability and Problem Solving*) que implican en el tratamiento a los profesionales, amigos y familiares para comprender los problemas emocionales y de regulación de la conducta de la persona con TLP y dar pautas de manejo (Blum et al., 2008).

Varios estudios concuerdan en la oportunidad de incluir a la familia en el tratamiento y se han centrado en analizar la efectividad de la terapia familiar en familias con un miembro diagnosticado de TLP (Cancrini & De Gregorio, 2018; Choi, 2018; Giffin, 2008; Glick et al., 1995; Infurna et al., 2016; Woodberry et al., 2002).

El modelo relacional sistémico considera a la familia y/o las relaciones significativas como el contexto de referencia más importante para el desarrollo y el funcionamiento del individuo y lo incluye tanto en el diagnóstico como en la terapia. No trata, por lo tanto, únicamente, de implicar a la familia en el tratamiento como hace el enfoque psicoeducativo. La familia y otras relaciones significativas son el foco de interés en la comprensión del trastorno desde la psicopatología relacional, así como en el proceso terapéutico y de consolidación de los cambios con el objetivo de modificar el funcionamiento de la personalidad (Allen 2001; Campo & D'Ascenzo, 2010; Cancrini & De Gregorio 2018, D'Ascenzo & Sciarillo 2012; Linares, 2012; Selvini, 2008).

Cancrini y De Gregorio (2018) señalan que, desde un punto de vista estructural, algunos de los beneficios de involucrar a la familia en el tratamiento terapéutico implican poder ayudar a los padres/cuidadores a funcionar desde un frente unido para manejar los comportamientos sintomáticos del paciente y, además, facilitar que sean capaces de distinguir o diferenciar al paciente como individuo de lo que hace o siente durante momentos concretos o fases de su vida. Apuntan al problema de la relación

terapéutica con estos pacientes y familias, teniendo presente que la situación por la que atraviesan estos sistemas familiares es dolorosa, complicada y caótica y puede resultar un gran desafío para los terapeutas que pueden llegar a ser incomprendidos o ignorados por la familia a causa del caos, la tristeza y la atmósfera explosiva en el que se ven inmersos. Por otra parte, una vez superada esta dificultad, la fuerza de implicación emocional que presentan estas familias, permite que el paciente experimente la fuerza y autenticidad del cariño, afecto y reconocimiento familiar. A medida que transcurren las sesiones terapéuticas, el comportamiento sintomático pierde intensidad y frecuencia, facilitando una intervención más estructurada donde se puede trabajar la diferenciación e individualización del paciente y proporcionar estabilidad en el sistema familiar abordando conflictos no resueltos dentro de la pareja parental, entre hermanos o con la familia extensa.

Los mismos autores señalan la importancia de identificar la etapa del ciclo vital en la que el paciente se encuentra para elegir en cada momento la intervención terapéutica más oportuna; la elección de trabajar con el individuo, la pareja o la familia es una decisión que el terapeuta debe afrontar para ayudar de la mejor manera posible y se beneficia de un marco sistémico de psicoterapia. Añaden: sólo una metodología basada en una atenta consideración del ciclo vital y del contexto interpersonal en el que los síntomas se manifiestan puede activar todos los recursos de los que el terapeuta dispone para ayudar a los pacientes con síntomas de TLP (Cancrini & De Gregorio, 2018).

Contrariamente a la idea difusa de la cronicidad del TLP, los estudios demuestran que es un trastorno muy tratable (Leichsering & Leibing, 2003) y que si se

interviene en los factores ambientales de riesgo para el desarrollo del trastorno es posible prevenirlo (Barnow et al., 2006).

Cancrini y De Gregorio (2019) ponen énfasis en la necesidad de trabajar con las familias de origen y de procreación como prioridad absoluta en las estructuras que se ocupan de estos pacientes y señalan que:

para que el trastorno de personalidad se desarrolle en toda su grandiosa psicopatología no es suficiente que el niño sea expuesto por un cierto tiempo a las situaciones traumáticas características de las “infancias infelices”, es necesario e indispensable también que el niño no sea protegido de ellas y que no reciba un tratamiento psicoterapéutico que lo ayude a elaborar de manera adecuada los traumas que ha vivido (p.29)

En respuesta a las dificultades de manejo terapéutico que presentan estos casos y respondiendo a la oportunidad de prevenir la cristalización del trastorno (Cancrini, 2007; Zanarini et al., 2003) en la etapa del ciclo vital del adolescente y joven adulto, Campo y D’Ascenzo (2010) crearon un modelo psicoterapéutico, el Tratamiento Integrado Individual y Familiar, para tratar a pacientes diagnosticados de TLP, utilizando convocatorias donde no solo se emplean intervenciones individuales, sino también se incorporan intervenciones familiares desde el inicio del tratamiento, y se trabaja con los diferentes subsistemas familiares. De esta manera, se facilitan los cambios terapéuticos de forma más directa en el contexto natural de referencia y se utilizan los recursos del ecosistema. Es decir, la técnica y la alianza se entrelazan en el transcurso del proceso terapéutico (Friedlander et al., 2006).

2. El Trastornos Límite de la Personalidad en la Terapia Relacional Sistémica

2.1 El diagnóstico relacional

2.2 El Trastorno Límite de la Personalidad en la Psicopatología relacional
sistémica

2.3 Tratamiento integrado individual y familiar en el TLP

2.3.1 Principios terapéuticos

2.3.2 Etapas del Tratamiento y Objetivos

2.3.3 Niveles de intervención

2.3.4 Resultados y líneas futuras

2. El Trastorno Límite de la Personalidad en la Terapia Relacional Sistémica

2.1 El diagnóstico relacional

La Terapia Familiar, gracias a las aportaciones de la Teoría General de los Sistemas (von Bertalanffy, 1968) y la Cibernética de primer y segundo orden, introdujo una nueva epistemología en la manera de encuadrar y tratar a los trastornos psiquiátricos.

Bateson (1936, Bateson et al., 1951) y los investigadores del Mental Research Institute de Palo Alto fueron los primeros en realizar sesiones conjuntas de la familia para tratar trastornos psiquiátricos y formularon las ideas que se plasmaron en el libro de Watzlawick, Beavin y Jackson: *Pragmatics of Human Communication: A Study of International Patterns, Pathologies, and Paradoxes*, editado por primera vez en 1967.

Dentro del marco de la terapia y la teoría de la familia, se considera al individuo como una parte del sistema mayor que constituye la familia. Esta perspectiva cambia los modelos usados para explicar la conducta de un individuo. En este marco más amplio se considera que la conducta ni es independiente de las condiciones ambientales ni es el producto de procesos intrapsíquicos, sino el resultado del interjuego de procesos recíprocos entre partes interactuantes basados en la circularidad (von Bertalanffy, 1968; Watzlawick et al., 1967).

El individuo y la familia se encuadran como sistemas de tipos lógicos diferentes. La conducta de la familia en su conjunto es determinada por las reglas de comunicación e interacción aplicables en el sistema familiar, así como también por la estructura de la familia misma, en otras palabras, por el tipo de relaciones recíprocas que existen entre los miembros de la familia.

En ese sentido trabajar desde la perspectiva sistémica ha supuesto antes que nada ampliar el foco de observación, observar la conducta humana tanto la normal como la patológica en su contexto relacional y no de forma aislada (Hoffman, 1987), conceptualizando el contexto no como algo externo, que existe per se, lo que comúnmente se entiende como entorno o circunstancias, sino dinámico, en continua co-construcción en base a las interacciones recíprocas que se establecen constantemente (Campo & D'Ascenzo, 2010; Campo, 2015).

El principio según el cual un síntoma no puede ser comprendido del todo hasta que no se sitúa en el contexto en el cual se ha producido (Watzlawick et al., 1967), en el desarrollo posterior de la terapia familiar, ha llevado a una nueva concepción del diagnóstico en la psicopatología relacional (Cancrini, 1991; Linares, 2012) y a la conceptualización del diagnóstico relacional.

El diagnóstico relacional tiene la función, más allá de un diagnóstico convencional, de evaluar si las familias constituyen una fuente de recursos o añaden mayor dificultad para el proceso terapéutico. Puede guiar al terapeuta para ordenar la información en la primera etapa de consulta con la familia, introduce información a través de las preguntas estimulando la reflexión y una nueva visión del problema (Selvini Palazzoli, 1980; Selvini, 2008).

En la realización del diagnóstico relacional se tienen en cuenta dos planos de investigación: el plano diacrónico, los datos fundamentales de la historia del paciente y su familia y el plano sincrónico, o sea las observaciones en el aquí y el ahora de las interacciones entre la familia y el profesional mismo que se relaciona con ella (Selvini, 2008).

Cancrini (1991) considera el síntoma como la expresión de un malestar que interesa el sistema en su totalidad y del que el individuo es una parte y, por eso, conceptualiza el diagnóstico como una posibilidad de hacer luz sobre el significado del síntoma dentro del contexto en el que emerge. Por ese motivo, define el síntoma como *emergente sintomático*, que es posible conectar con el contexto que le pertenece y la etapa del ciclo vital y considerarlo como emergencia subjetiva que guarda una relación con un defecto de individuación de todo el sistema, como la punta del iceberg y su base que forman un cuerpo único (en Cancrini & La Rosa, 1991). En relación con el ciclo vital considera cinco tipos de situaciones: la familia durante la adolescencia, la situación de desvinculación del hijo de la familia de origen, la situación del joven adulto en la etapa de organización, la familia con niños pequeños, la situación de adaptación a los problemas de la tercera edad.

Las intervenciones familiares en el ámbito clínico se han ido aplicando a muchas situaciones de sufrimiento psiquiátrico, poniendo, según Cancrini (Cancrini & La Rosa, 1991) los investigadores y los terapeutas delante de tres consideraciones fundamentales: la posibilidad de reconstruir el significado interpersonal del síntoma si se coloca en su propio contexto, la posibilidad de utilizar terapéuticamente dicha reconstrucción y, finalmente, la posibilidad de verificar la correspondencia entre los síntomas psiquiátricos y un defecto de individuación de los miembros del sistema.

El concepto de individuación encuadra el diagnóstico en una visión trigeracional que tiene en cuenta el estudio longitudinal de la familia y la posibilidad de transmisión a través de las generaciones de ciertas conductas o modelos de funcionamiento (Bowen, 1979; Framo, 1992; Lidz, 1963).

Bowen (1979) definió la familia como una “unidad emocional” cuya naturaleza es una intensa conexión emocional entre sus miembros. Los miembros de la familia se influyen tanto el uno al otro en pensamientos, sentimientos y acciones que parecen vivir bajo la misma “piel emocional”. Por lo tanto, la independencia emocional depende de los niveles de diferenciación de sus miembros como resultado de un proceso de modulación entre pertenencia y diferenciación y el nivel de diferenciación de las generaciones anteriores influye en las siguientes.

El diagnóstico trigeneracional hace referencia a los aspectos diacrónicos, como las personas han vivido y elaborado su propia posición de hijo o hija en su familia de origen y cómo eso influye en su identidad y en la manera de ser padres o madres a su vez y de establecer sus relaciones fuera de la familia de origen (Selvini, 2008).

Un encuadre diagnóstico que tenga en cuenta el análisis estructural de la familia (Minuchin, 1974) hace referencia a las funciones de la familia en cuanto estructura en la que, a través de las pautas de relación que se desarrollan a lo largo del tiempo, los individuos pueden saber cómo relacionarse los unos con los otros, qué función tienen los unos con respecto a los otros. La familia necesita una estructura viable para poder desarrollar sus tareas esenciales, o sea, dar soporte individual a la vez que proporciona un sentimiento de pertenencia.

En el sistema familiar en base a la jerarquía interna existen subsistemas, el de la pareja (subsistema conyugal), de los padres (subsistema parental), el de los hijos (subsistema filial) y de los propios hermanos (subsistema fraternal). Los subsistemas están definidos por límites entre ellos que marcan el área funcional dentro de la cual los roles se diferencian y se ejercen, a la vez que regulan la relación entre los miembros del sistema dependiendo de la pertenencia a un determinado subsistema. Los límites

constituyen las normas que rigen la transmisión de información dentro del sistema y pueden ser:

Claros: cuando la información pasa de forma adecuada con respecto al tipo de relación y a la etapa del ciclo vital y se respeta el funcionamiento autónomo en las áreas de funcionamiento propio de cada subsistema.

Rígidos: cuando las informaciones pasan los límites de manera insuficiente y el intercambio entre los subsistemas es escaso. Se fomenta la independencia, pero se limitan la calidez y el afecto.

Difusos: cuando las informaciones pasan de manera excesiva, lo que puede provocar que se genere cierta confusión de roles y de funciones. Existe mucho apoyo emocional, pero implicando una limitación de la autonomía personal. Se mantiene una fuerte interdependencia entre los miembros que puede obstaculizar el proceso de autonomía de los hijos, las relaciones extra familiares y, en general, los movimientos de separación y diferenciación.

Existe una distribución complementaria del poder entre el subsistema parental (*up*) y el filial (*down*) que permite a los padres ejercer sus funciones educativas y nutricias y a los hijos crecer en un contexto que pueda proporcionar lo necesario tanto en el plano afectivo como en el normativo. Las disfunciones se generan de la constitución de relaciones entre subsistemas que alteran la distribución del poder con alteración de roles y funciones. Pueden ser alianzas entre progenitor y un hijo/a, a veces en contra del otro/a, triangulación o parentalización.

En la triangulación un hijo participa de alguna manera en el conflicto entre los padres, a través de una alianza intergeneracional. El resultado es que la posibilidad de

dirigir la energía psíquica y física, la motivación y las acciones hacia metas propias es dificultada por las fuerzas centrípetas procedentes de la familia de origen y por el funcionamiento psíquico del hijo, más orientado a satisfacer los intereses de los demás que los propios. Este último aspecto resulta ser el aprendizaje básico a nivel relacional. Algo análogo ocurre cuando hay parentalización y un hijo asume responsabilidades que corresponden a las de un adulto, en una época muy temprana del desarrollo. La triangulación y la parentalización diversamente combinadas en las historias familiares pueden dificultar el proceso de desarrollo individual (D'Ascenzo, 2020).

En esta misma línea, una importante aportación es la teoría de las relaciones familiares de Linares (2012). Se basa en la “nutrición relacional” para explicar la funcionalidad de la familia y del ser humano y, a la vez, de la psicopatología cuando es disfuncional. El asunto inicial es el amor complejo, en la definición del autor:

el amor es un fenómeno relacional complejo que incorpora elementos cognitivos y pragmáticos a los componentes emocionales. Existen, pues, un pensar, un sentir y un hacer amorosos que, dirigidos hacia la persona objeto de ellos, deben ser percibidos por ésta como tales. Al resultado de este proceso lo llamamos nutrición relacional, que no es sino la conciencia de ser complejamente amado (p.106)

En la conceptualización de la psicopatología relacional de Linares, la patología es fruto de las interferencias en el hecho de ser complejamente amado en el seno de la familia. Siguiendo esta misma teoría, la dinámica relacional de una familia puede definirse en base a dos dimensiones familiares que corresponden al tipo de relación que los miembros de la pareja mantienen entre sí, la conyugalidad, y las que les unen a los hijos, la parentalidad. Las funciones de la conyugalidad incluyen reconocimiento,

valoración, cariño, ternura, deseo y sexualidad, mientras que la parentalidad se sustenta en la valoración, el reconocimiento, el cariño y la ternura e incluye también la sociabilización en sus dos aspectos normativo y de protección.

Estas dos dimensiones, aunque sean independientes, se influyen y, según su nivel de funcionalidad y disfuncionalidad, y las combinaciones de ellas, pueden configurar diferentes cuadros psicopatológicos que corresponden a ciertas áreas que incluyen los diagnósticos psiquiátricos, pero no se identifican con ellos, mientras que corresponden a diagnósticos relacionales.

La complejidad desde la cual se encuadran los síntomas en la perspectiva relacional sistémica permite considerarlos no sólo como una expresión de un sufrimiento personal, una forma de comunicar ese sufrimiento, sino también como una expresión de un determinado tipo de relaciones familiares y de las funciones que desarrollan dentro de ese sistema (Selvini et al., 1988; D'Ascenzo, 2020). La complejidad de la trama interactiva en la que los diferentes miembros del sistema están implicados es formulada de manera ejemplar por el concepto de “juego relacional” (Selvini Palazzoli et al., 1988) que da significado también a las estrategias individuales, a los objetivos, las intenciones y las finalidades de las personas que forman parte del contexto del que el síntoma es expresión.

En la misma línea de lo expuesto anteriormente, Campo (2015) sugiere que:

la conducta sintomática, cuando se observa desde la perspectiva sistémica y teniendo en cuenta los principios que regulan la comunicación, forma parte, como cualquier otra conducta que se valora en su contexto, de una secuencia de interacciones reguladas por patrones redundantes de interacción. Implica

también por ello un mensaje, éste, sin embargo, no es reconocido como tal, en tanto la conducta sintomática presenta la peculiaridad de ser vivida por el sujeto como involuntaria. El hecho de que el contexto social participe y refrende esa valoración es lo que facilita la tendencia al enmascaramiento de su significado tanto para el paciente como para los que le rodean. Vistos desde esa perspectiva, los síntomas implican a la vez poder y debilidad: por una parte, al no serles reconocida su condición de mensaje, representan un poderoso inductor de conductas, por otro suponen forzosamente un freno a las posibilidades del sujeto y una disminución de su autoestima en tanto su autonomía queda mermada (p.34)

Onnis (1989; Onnis e Galluzzo, 1990) propone una revisión de la epistemología sistémica cuando pasa de un modelo homeostático a un modelo evolutivo. Este último modifica el significado que se atribuye a la patología, ya que, reintroduciendo la dimensión del tiempo, devuelve el valor de la historia, del pasado, no en un sentido de causalidad lineal, si no en el sentido que el pasado sigue viviendo en el presente. Mientras en una concepción homeostática, el síntoma era considerado una manifestación finalizada sobre todo a mantener la rigidez del sistema, en una concepción evolutiva, en cambio, el síntoma se convierte en un factor de inestabilidad del sistema y, aunque implique un sufrimiento y una gran incertidumbre, puede movilizar en el sistema procesos de desarrollo hacia un funcionamiento más maduro y propiciar también el encuentro terapéutico.

En esta línea, el síntoma no sólo señala una dificultad, si no que, a la vez, tiene importancia por lo que no es posible decir, o sea la necesidad de cambio. En una visión evolutiva el terapeuta puede ver más allá del momento actual, hacia donde la persona y

el sistema de pertenencia pueden llegar y cómo pueden llegar a estar si los recursos y las potencialidades vienen aprovechados con la ayuda terapéutica (D'Ascenzo, 2020).

Si integramos las dos dimensiones, la individual y la relacional, podemos ver que existe una interconexión entre el sufrimiento psíquico en cuanto expresión de un malestar individual y una historia familiar de la que también es expresión. El proceso evolutivo no se ha desarrollado de manera funcional y las necesidades afectivas no han sido respondidas de forma adecuada.

Una teoría que explica esta visión es la de Benjamin (2003), en la que se basa la IRT (*Interpersonal Reconstructive Therapy*). Según la autora, vivimos de acuerdo a las normas y los valores que recibimos de las personas a las que amamos, con el objetivo de una adherencia fiel a la visión de las figuras de apego interiorizadas. Las figuras claves son las personas en relación a las cuales el paciente desarrolla patrones problemáticos, a través de procesos de copia (*copy process*), o sea ser como él/ella, actuar como si él/ella tuviera el control de la situación actual, o más bien tratarse uno a sí mismo como ha sido tratado. Los síntomas están asociados a esos patrones desadaptativos que el paciente mantiene por su conexión con las figuras de apego y, por ese motivo, vienen denominados “regalo de amor”.

Por lo tanto, la lealtad hacia las figuras de apego interiorizadas puede impedir la diferenciación la separación de la familia y el desarrollo individual.

Tanto Cancrini (1996) como Linares (2012), formularon el aspecto más significativo de la diferencia entre diagnóstico relacional y diagnóstico psiquiátrico en medicina cuando recomendaron no calificar como enfermedad los trastornos mentales. Linares (2012), a tal propósito, afirma que:

la patología mental existe desde el momento en que existe un inmenso sufrimiento asociado a comportamientos y estados de conciencia generadores de fracaso individual y desajuste social, pero ello no justifica el uso del concepto de enfermedad asociado, en la medicina moderna, a una anatomía patológica y una fisiopatología determinadas, inexistentes en el terreno psicopatológico (p. 111)

El autor sugiere, por lo tanto, el uso de “metáforas guía” para aludir a las referencias diagnósticas en el campo psicopatológico.

Boscolo y Bertrando (1993) señalaron el problema del diagnóstico psiquiátrico cuando plantearon que es una de las muchas definiciones posibles que se pueden atribuir a las personas, pero conlleva consecuencias peculiares comparado con otros diagnósticos. Involucra toda una serie de significados relevantes que son parte de la historia de la humanidad y que evocan la incurabilidad de una persona que ha perdido la razón y el contacto con los demás. Lo que ocurre, a raíz de la intervención psicoterapéutica, es que se vuelve a conectar a la persona con los demás y a reinsertarla en un movimiento temporal. En ese sentido, gracias a la posibilidad de conectar el presente con el pasado a través de la narración, la historia de las personas, liberada del peso aplastante de los datos anamnésticos, se convierte en una fuente de novedad, ofrece una visión alternativa que reactiva el proceso evolutivo. Si la terapia interviene también a través de una lectura de los síntomas en clave trigeneracional y se da una reconciliación con el pasado (Selvini et al., 1988), el cambio evolutivo es aún más amplio y profundo.

2.2 El Trastornos Límite de la Personalidad en la psicopatología relacional sistémica

Desde una perspectiva relacional Linares (2006) define la personalidad como “la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, a través de un dialogo constante entre pasado y presente, y doblemente contextualizada por un substrato biológico y un marco cultural” (p. 166).

El proceso de construcción de la personalidad, en la conceptualización de Linares (1996, 2012), es determinado por la influencia de dos elementos decisivos: la narrativa y la identidad. Se define como narrativa la atribución de significado que viene dada a la experiencia relacional y la identidad corresponde a las narrativas que la persona acepta como definitorias de sí misma, de modo que la identidad y la narrativa, se construyen dentro de la relación.

En su teoría de una psicopatología relacional de los trastornos de personalidad, basándose en los conceptos básicos de conyugalidad y parentalidad, sitúa los TLP en los trastornos de la vinculación afectiva, que se asocian a tres combinaciones de estas dos funciones familiares básicas: las triangulaciones, las deprivaciones y las caotizaciones. Dando fe de la complejidad y multiplicidad de esta área psicopatológica, describe tres situaciones típicas de los TLP en el ámbito familiar (Linares, 2012).

Las situaciones que define como Triangulaciones equívocas se producen en la familia cuando una parentalidad primariamente conservada se ve deteriorada secundariamente por el impacto de una conyugalidad disarmónica, o sea unos padres que, por su propia historia familiar y capacidades personales han funcionado bien y podrían seguir haciéndolo, pero no ejercen de manera adecuada la parentalidad por la

presencia de conflictos conyugales. Lo cual facilita que los hijos se vean invitados, con escasa posibilidad de resistirse, a participar en los juegos relacionales de los padres.

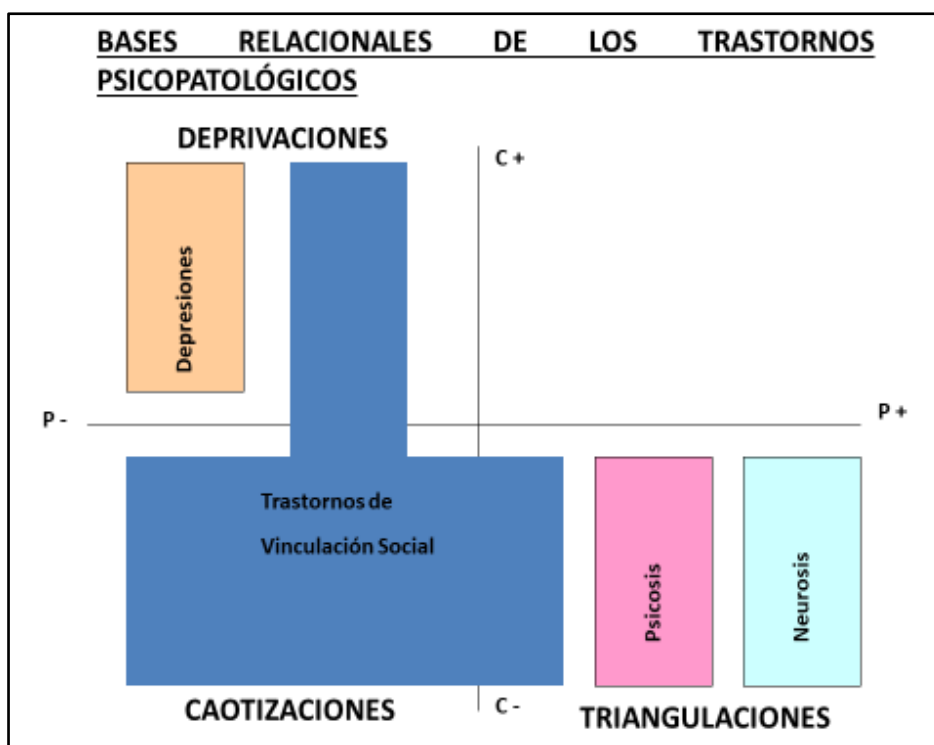
Muy diferente es la situación de las Deprivaciones, en las que se combinan una parentalidad deteriorada y una conyugalidad armoniosa generalmente basada en la complementariedad. En la parentalidad encontramos pseudohiperprotección, crítica, descalificación y rechazo. Es muy frecuente en familias con hijos adoptados y puede propiciar una evolución narcisista de la personalidad del hijo. Los padres bien avenidos entre sí como pareja, se muestran incapaces de atender a las necesidades nutricias del hijo, al que perciben como molesto y lleno de defectos.

Las situaciones de Caotización se describen como el resultado de una conyugalidad disarmónica y una parentalidad deteriorada. Se trata de las familias en las que predomina el rechazo en las interacciones parento-filiales y son los casos más graves, a menudo con rasgos antisociales.

Como se puede observar en la Figura 1., estas situaciones constituyen las áreas psicopatológicas del cuadrante superior izquierdo y los dos cuadrantes inferiores, mientras que el superior derecho, caracterizado por una parentalidad y una conyugalidad funcionales, por consiguiente, por una adecuada nutrición relacional, evidencia la ausencia de patología.

Figura 1

Bases relacionales de los trastornos psicopatológicos. (Linares, 2012)



Cancrini (2007) nos adentra en el conocimiento del TLP utilizando la metáfora del océano borderline. Conceptualiza el espacio que ocupan las situaciones asociadas a un funcionamiento mental borderline como el océano, mucho más vasto que el que ocupan los continentes separados por el océano, las neurosis y las psicosis. Las personas con funcionamiento límite de personalidad se pueden mover en el océano de una orilla a otra de los continentes, variando la sintomatología y las manifestaciones conductuales y relacionales del trastorno en un continuum entre síntomas neuróticos y psicóticos.

Esto concuerda con algo que es notorio para los clínicos que se ocupan de TLP, o sea, que existe una amplia variedad de síntomas y niveles diferentes de gravedad del mismo trastorno, así como una variabilidad clínica a lo largo de la vida.

En ese aspecto, la conceptualización de Kernberg (1975) de organización *borderline*, sería el fundamento de la conceptualización de Cancrini (2006), pero este segundo autor propone encuadrar la personalidad no tanto en términos estructurales, cuanto en términos de funcionamiento, remarcando el carácter de reversibilidad y de co-construcción en la interacción de un trastorno de personalidad.

Un aspecto clave de su teoría, en ese sentido, es representado por el concepto de umbral de funcionamiento patológico de la personalidad. Dice el autor en referencia a las principales tareas evolutivas que afronta el niño en su desarrollo: la primera, que habitualmente afronta en los primeros ocho meses de vida, es la diferenciación. El niño que la supera distingue el Sí mismo del no Sí mismo, y el que no lo supera entra en la psicosis infantil (Mahler, 1975), mientras que el que lo supera de forma incompleta mantiene un nivel de umbral bajo para el funcionamiento psicótico (Cancrini, 1999). La segunda tarea, que el niño empieza a afrontar posteriormente, a los “fatales segundos dieciocho meses de vida”, afecta a la integración de las representaciones buenas y malas del Sí mismo y del objeto. No superar esta tarea implica un umbral bajo de funcionamiento *borderline*. La tercera, que el niño afronta inmediatamente después, se refiere al triángulo edípico y a la diferenciación sexual. La no superación de esta tercera tarea conlleva un umbral bajo para el funcionamiento neurótico.

Lo que puntualiza Cancrini (2007) es que el proceso de integración de las representaciones buenas y malas sobre Sí mismo y sobre el objeto prosigue a lo largo del tiempo durante todo el proceso educativo, poniendo énfasis en la importancia de los contextos interpersonales que facilitan, con estímulos inapropiados, un funcionamiento no integrado de la mente. “Se trata de contextos muy distintos entre sí por la calidad de las experiencias vividas pero que tienen en común la capacidad de activar diversas

formas de funcionamiento mental borderline” (p. 138). A la vez el autor, señalando una consonancia con las posiciones de Benjamin, afirma que el contexto interpersonal activo en la infancia, por otra parte, presenta muchas similitudes con el tipo de comportamiento del niño que se adapta al mismo y con el trastorno de personalidad que eventualmente presentará de adulto.

Sintetizando las teorías de Cancrini (2007) en el desarrollo de la persona, en base a las experiencias de la infancia y de la adolescencia, se construye un funcionamiento patológico de personalidad que tiene un umbral más o menos alto que se activa de forma diferente en las personas e, incluso en la misma persona, según determinadas circunstancias que pueden ser la dependencia, el abuso sexual, el maltrato o los retos propios de las diferentes etapas del ciclo vital. Sería crucial, por lo tanto, como primera condición necesaria, pero no suficiente, para el desarrollo de un funcionamiento de personalidad patológico, algo que ocurre en la infancia, “una infancia infeliz” (p.138).

En continuidad con este planteamiento, que Cancrini llama “viaje en una patología inexplorada” (Cancrini, 2006) pasa de la exploración de la patología del adulto y sus implicaciones a los orígenes del trastorno, investigando sobre las infancias infelices (Cancrini, 2012). Retoma los estudios de Benjamin (1996) y, a través de la experiencia clínica y de supervisión con niños con grave alteración del funcionamiento, experiencias de abandono, maltrato, abuso que llama “niños infelices”, sistematiza el contexto relacional típico de cada trastorno, conectándolo con el significado de los síntomas del adulto. En el caso del TLP, las características del contexto familiar en la infancia y la adolescencia encontradas por la Benjamin en las historias familiares de los adultos y observadas por Cancrini en los niños dan lugar a una correspondencia entre

síntomas del adulto e historia infantil y de la adolescencia de la persona con TLP. La impulsividad incontrolada, la dramatización constante de los hechos y de las emociones derivadas de éstos, la inestabilidad de los vínculos emocionales, los sentimientos de vacío y el miedo al abandono, las autolesiones y los intentos de suicidio encuentran un significado en relación a los aprendizajes básicos y las experiencias en el contexto familiar. Ver Tabla 2.

Tabla 2

Resumen interpersonal del trastorno límite de personalidad. (Cancrini, 2012.)

Historia infantil (y de la adolescencia)	Síntomas del adulto
Estilo de vida caótico, necesidad de adaptarse rápidamente (de impulso) a la variabilidad continua e imprevisibilidad de las referencias afectivas y organizativas.	Tendencia a tomar decisiones rápidas basadas en la emoción prevalente (impulsividad) e inconstancia en las relaciones afectivas.
Experiencias repetidas de abandono.	Terror al abandono que se manifiesta con implicación intensa y a menudo desmesurada; celos que pueden originar violencia, puesta en acción, en la base de un abandono real o imaginario, de ataques rabiosos y/o de un programa auto punitivo.
La discontinuidad y el caos no excluyen la autenticidad del afecto que viene dado al niño por parte de adultos que le necesitan; el vínculo con personas externas a la familia viene atacado y criticado y da lugar a un característico conflicto de lealtades.	Ataca las relaciones positivas en el momento en el que podrían consolidarse en una situación en la que las percibe cómo en conflicto con las figuras interiorizadas a las que debe mantenerse leal.

El malestar solicita los cuidados por parte del adulto en la etapa en la que el niño sufre el abandono.

Exagera (dramatiza) el malestar para que le cuiden; frecuencia importante de comportamientos auto lesivos (los cortes) y de intentos de suicidio.

En esta misma línea que integra las dimensiones individual y familiar en la psicopatología de la personalidad, se sitúa el trabajo con pacientes diagnosticados de TLP efectuado en el departamento de psicoterapia del *Hospital de Sant Pau* de Barcelona entre 2000 y 2015. Con el objetivo de encuadrar los TLP en una perspectiva relacional sistémica, teniendo en cuenta tanto las características individuales como el contexto de referencia de estos pacientes, se realizó una investigación clínica. El diagnóstico relacional, más allá del diagnóstico clínico convencional (DSM IV), incluía las experiencias relacionales que habrían dificultado el desarrollo armonioso de la personalidad en dichos pacientes (Campo y D'Ascenzo, 2010; Linares, 2006).

En el estudio de pacientes con diagnóstico de TLP según los criterios del DSM IV (2000), Campo y D'Ascenzo (2010) utilizaron una perspectiva relacional que se caracteriza no solo por conseguir la colaboración de la familia, aspecto que es común a otros enfoques (Hoffman y Fruzzetti, 2007; Linehan, 2002; Mosquera, 2013) si no sobre todo focalizar el contexto relacional conceptualizado como el entramado de relaciones significativas en el que el individuo se halla inmerso. Tienen en cuenta, por lo tanto, no sólo las relaciones con los miembros de la familia, sino también con otras figuras significativas que pueden tener un peso diferente en la vida de las personas según las etapas del ciclo vital, como, por ejemplo, el contexto escolar en un niño, el grupo de iguales en los adolescentes, el contexto laboral en la edad adulta. Según la misma conceptualización de contexto indican que, en las diferentes etapas del ciclo vital, tendrá más relevancia la familia de origen si se trata de un adolescente o un joven

adulto, mientras que será prioritaria la relación de pareja si el paciente es un adulto con familia propia.

A partir de esta contextualización, las autoras formularon un diagnóstico de la familia de origen considerando como elementos para ello, desde una perspectiva relacional sistémica, las dos dimensiones relacionales básicas de parentalidad y conyugalidad (Linares, 2002), el funcionamiento de la fratría, incluyendo también los elementos trigeracionales de la historia familiar. En los adultos con pareja estable exploraron el vínculo conyugal y las funciones parentales, si había hijos.

Se valoraron, coherentemente con el marco de referencia, no solo las dificultades sino también los recursos que presentaban tanto el paciente como las figuras más significativas.

Desde una perspectiva sincrónica, la observación fue centrada en las secuencias interactivas repetitivas y los patrones redundantes que permitían comprender las reglas de funcionamiento tanto explícitas como implícitas que configuran el contexto relacional de cada familia. Incluyeron en la observación también la relación terapéutica considerando que, si se establece una fuerte alianza terapéutica, el terapeuta se convierte un referente significativo al sistema familiar durante el tratamiento.

Desde una perspectiva diacrónica, reconstruyeron las historias familiares, focalizando los hechos pasados más relevantes, la atribución de significado por parte de los miembros de la familia y su correspondencia con las interacciones en el presente.

Estudiaron la función parental analizando las dos variables principales de vinculación afectiva y de socialización en base a las experiencias más relevantes del paciente tanto en el área de los afectos como del aprendizaje de las normas. La

vinculación afectiva fue valorada en relación a la respuesta obtenida por parte del hijo respecto a las dos necesidades indispensables para el desarrollo armonioso de la personalidad: la necesidad de pertenencia y de apego, y la necesidad de diferenciación y autonomía (Bowlby 1969).

Estudiaron la socialización teniendo en cuenta las dos funciones parentales básicas que dan respuesta a las necesidades de los hijos respecto a dicha área: la protección y la normatividad (Linares, 2002). En la primera se consideraron relevantes las actitudes de posible negligencia o desprotección, así como las experiencias de abuso y el tipo de respuesta que los padres ofrecieron frente a ellas. La normatividad se estimó a partir de la mayor o menor exigencia por parte de los padres respecto al aprendizaje de las normas: consideraron la permisividad o la alta exigencia en torno al cumplimiento de las normas como un criterio útil para entender las dificultades asociadas a las conductas desadaptativas de estos pacientes.

La evaluación de la conyugalidad de los padres mostró diferentes combinaciones que incluyen una situación de la pareja de aparente armonía, aunque existan conflictos, una posible hostilidad con distanciamiento afectivo, una separación, a menudo con instrumentalización del hijo y prácticas alienadoras familiares (Linares, 2015). En esta última situación, el conflicto puede mantenerse abierto durante muchos años después de la separación o uno de los dos cónyuges, que suele ser el padre, desaparece por abandono o fallecimiento.

Campo & D'Ascenzo (2010) encontraron que, en los casos analizados, en cuanto a la etapa del ciclo vital, los síntomas suelen empezar en la adolescencia y evolucionar hacia una cristalización del trastorno en edad adulta (Cancrini, 2007; Zanarini, 2003).

Los problemas se sitúan, por lo tanto, en la etapa de separación, diferenciación hacia la desvinculación de la familia de origen, (Cancrini, 2007; Canevaro, 2012).

El estudio de Campo y D'Ascenzo, en ese sentido, evidencia cómo el proceso de individuación, en estas familias, resulta problemático desde la adolescencia por la presencia de mecanismos disfuncionales que provocan dificultades en las áreas de la afectividad y de la socialización. Se ha encontrado que los patrones relacionales oscilan entre la hiperinvolucración afectiva y la negligencia, lo cual genera un contexto relacional en el que el hijo percibe una confusión sobre el hecho de ser querido y de qué manera, mientras experimenta ser querido sólo si responde a ciertas expectativas de los padres. El amor de los padres hacia el hijo pierde, por lo tanto, su requisito de incondicionalidad, en cuanto quedaría supeditado a las necesidades de los padres y a las dinámicas de poder en la pareja y con respecto a otros miembros de la familia, cuando se incluyen aspectos trigeneracionales (Campo y D'Ascenzo, 2010). En una configuración familiar de este tipo, llegaría a implicar pautas de interacción mal tratante que influyen negativamente en el desarrollo de la personalidad (D'Ascenzo, 2009).

En el ámbito de los afectos, en estas familias, en base a las observaciones de Campo y D'Ascenzo (2010), los padres ocuparían los extremos de ese continuum: un progenitor, que suele ser la madre, se coloca en el polo de la excesiva cercanía tendiente a la fusión, mientras que el otro ocupa el polo de la distancia afectiva. Teniendo como base esta experiencia disociada de los afectos, cuando en la adolescencia empieza a cuestionar la manera de ser querido por el progenitor más cercano, este vive como deslealtad los movimientos de autonomía del hijo y responde con un abandono o rechazo. El hijo que no puede disfrutar tampoco de la relación con el otro progenitor distante o ausente, queda en una tierra de nadie y/o fluctuando de un polo a otro inmerso

en la ambivalencia. El aspecto disfuncional clave en este ámbito es la dificultad de regular distancia y cercanía emocional en las relaciones significativas durante el proceso de individuación.

En el plano de la socialización las funciones parentales también se polarizan por la falta de consenso entre los progenitores. Uno de ellos, que suele ser el más cercano afectivamente, ocupa el polo de alta exigencia, mientras el otro en el polo opuesto de la permisividad, con consecuente inconsistencia parental y dificultad en el aprendizaje de las normas.

El análisis cualitativo con el sistema NVivo de la comunicación parento-filial en estas familias ha mostrado la presencia de algunas redundancias que se combinan en la interacción: descalificación, desconfirmación, rechazo, pseudo-hiperprotección, inconsistencia parental, sobre implicación, ausencia de valoración, negligencia. Se ha evidenciado, analizando la interacción triádica, la presencia de triángulos observando que aumentan apoyo y/o confirmación por parte del progenitor aliado cuando se descalifica al otro progenitor y a la vez aumentan rechazo y/o desconfirmación cuando el hijo está de acuerdo o es apoyado por el otro progenitor. En la relación con la madre se mezclan confirmación y rechazo configurando situaciones de doble vínculo, empatía condicionada y escasas muestras de afecto, límites poco claros e inconsistentes, simetría y ausencia de jerarquía. En la relación con el padre: escasa confirmación, crítica y desvalorización, entorno social invalidante, escasas muestras de afecto, ausencia de límites, ausencia de jerarquía (D'Ascenzo, 2009, 2016).

Tal y como formulado por D'Ascenzo (2005) los rasgos de personalidad vistos a la luz de la historia personal, del contexto relacional, de las circunstancias de la vida y

de la interacción de todos estos factores con la biología, tienen sentido y asumen un significado adaptativo.

Hay conductas que son adaptativas en determinados contextos, en ciertas etapas del ciclo vital o frente a situaciones estresantes. Estas conductas pueden ser vistas como síntomas o rasgos patológicos de personalidad o, superadas ciertas etapas y fuera del contexto en el que se han generado, resultan no adaptativas. Por ejemplo, algunas conductas facilitan la confirmación por parte de las figuras significativas y entran a ser parte de la identidad de la persona. Si a esas conductas se le da sentido dentro de la historia y el contexto de pertenencia pueden resultar hasta competentes. Entonces el “yo soy así” o “él/ella es así” que usan frecuentemente estos pacientes y sus familiares, asume un significado de contingente y de adaptación al ambiente (D’Ascenzo, 2005; D’Ascenzo & Sciarillo, 2012).

En esa línea, una de las experiencias comunes en el contexto familiar de futuro paciente con TLP es la triangulación, variamente combinada con la parentalización y la privación (Linares, 2012; D’Ascenzo, 2020)

La historia de la pareja parental muestra elementos contradictorios de la relación en los polos amor/odio y acuerdo/desacuerdo que explican una modalidad específica de triangulación del hijo/a. Se trata de una triangulación que tiene consecuencias sobre la confirmación/validación de las emociones. Cuando la cercanía con un progenitor se convierte en alianza/coalición con este en el ámbito de un conflicto en la pareja parental, la posibilidad de recibir cuidados, confirmación y valoración quedan supeditadas al mantenimiento de la alianza. Si el hijo se convierte en el confidente y único apoyo emocional del uno de los progenitores (generalmente la madre), a menudo

en un panorama de conflicto conyugal, se genera un marco relacional de jerarquía invertida en la que el hijo da cuidados, en lugar de recibirlos (D'Ascenzo, 2009, 2020).

En la psicosis, en cambio, según los estudios de Linares (2019) el hijo entra en el juego relacional de los padres o de otras figuras significativas del sistema de pertenencia, pero la experiencia relacional fundamental es la desconfirmación que toma cuerpo y se hace comprensible en asociación con la triangulación, que usa como vehículo preferencial.

En base a lo expuesto anteriormente, en el ámbito de los trastornos de personalidad, el diagnóstico relacional sistémico se enmarca en una visión sincrónica, con atención a las interacciones en el presente (aquí y ahora) y las atribuciones de significado que las condicionan; una visión diacrónica, los hechos pasados más relevantes y el significado que tuvieron para cada miembro de la familia (Campo y D'Ascenzo, 2010).

En el estudio de Campo y D'Ascenzo (2010) este último aspecto diagnóstico utilizó como espacio privilegiado de información la sesión con los progenitores (o con la pareja si se trata de adultos emparejados) sobre la historia de familia de origen de cada uno, investigando los modelos interiorizados de sus propios progenitores y como pareja, el rol asumido como hijo y como hermano en la familia. Ofrece información sobre la organización propia de sí mismo, lo que comúnmente se entiende por personalidad, en base a las experiencias relacionales significativas vividas anteriormente, tanto en la etapa de crianza en relación a la familia de origen y otras figuras relevantes maestros, amigos etc., como en base a las posibles parejas anteriores. La organización propia de dichas experiencias, tal como señala Millon (1998), es lo que va a determinar su manera de estar en el mundo y su disposición tanto en la relación de pareja como en el ejercicio de las funciones parentales.

En el mismo estudio Campo y D'Ascenzo (2010) para los pacientes emparejados valoraron el tipo de vínculo conyugal establecido teniendo como criterio diagnóstico el tipo de relación afectiva, el patrón de jerarquía interna predominante de tipo simétrico o complementario (Watzlawick et al., 1967), la presencia de conflictos no resueltos. En los casos en los que el paciente tenía hijos, se evaluaron también el tipo de relación establecida con los mismos y a la posible existencia de mecanismos disfuncionales del tipo triangulación o parentalización.

El análisis de las características relacionales de este grupo de pacientes evidenció que, en general, la eclosión de los síntomas había sido posterior al emparejamiento. La relación de pareja mostraba una escasa vinculación afectiva, mientras ambos mantenían una relación de escasa autonomía con las respectivas familias de origen en la que seguían ocupando una posición de hijos, en detrimento del desarrollo del rol de cónyuges. La pareja se caracterizaba, además, por una jerarquía interna inicial que tendía hacia la simetría, aunque, tras la eclosión del trastorno, observaron un viraje hacia la complementariedad, en cuanto la presencia de los síntomas del paciente elicitaba actitudes de cuidado y protección por parte del cónyuge en connivencia, con relativa frecuencia, con las familias de origen respectivas. Con el tiempo las actitudes de protección del cónyuge asumían una connotación más de control volviendo a reconducir la relación a una simetría con posibilidad de escalada simétrica (Linares & Campo, 1998).

En las parejas que tenían hijos, las autoras describieron una tendencia a la ambivalencia por parte de los pacientes en la relación afectiva, patrones de relación caracterizados por la tendencia a la parentalización, donde a menudo los hijos se

convertían en el apoyo emocional del paciente y asumían funciones de control en la prevención de los intentos de suicidio y las autolesiones.

2.3 El Tratamiento Integrado Individual y Familiar en el Trastorno Límite de la Personalidad

2.3.1. Principios terapéuticos

En el Departamento de Psicoterapia Familiar del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* de Barcelona se ha desarrollado un modelo de psicoterapia para los Trastornos Límite de Personalidad (TLP) y sus familias en el marco del paradigma sistémico, el Tratamiento integrado Individual y Familiar. Se trata de un modelo psicoterapéutico que integra el nivel individual y familiar de la intervención generando una sinergia que amplifica y consolida el cambio.

Campo y D'Ascenzo (2010) conceptualizaron la personalidad como un proceso en continua construcción en base a la interacción con el mundo exterior, sobre todo con los otros significativos, y, por lo tanto, focalizaron el tratamiento no solo circunscrito a la relación con el terapeuta, sino ampliado a las interacciones naturales del paciente. Este enfoque concuerda con la definición de la personalidad de Linares (2012) y los trabajos de autores que han utilizado como marco epistemológico el modelo relacional sistémico (Benjamin, 1996; Cancrini, 2007; Selvini, 2008) y con el planteamiento integrador de Millon (Millon & Davis, 1998) que concibió la personalidad en base a una perspectiva integradora de la complejidad de aspectos estructurales y contextuales en una dimensión evolutiva (Millon & Grossman, 2005).

Asimismo, implicó el convencimiento de que los trastornos de personalidad son reversibles (Benjamin 1996; Cancrini, 2007).

Para la formulación del diagnóstico relacional, consideraron que es necesario valorar tanto las dificultades como los recursos de la familia desde el principio de la terapia. Señalan, por lo tanto, que el paciente diagnosticado de TLP, así como la familia, se caracterizan por una propensión a mostrar al terapeuta y a centrar el relato en los aspectos problemáticos. Ese sesgo negativo, acabaría amplificando las dificultades y, a la vez, limitando la posibilidad de acceder a los recursos propios de los pacientes y de los familiares tanto a nivel individual como de la familia en su conjunto.

Por ese motivo, a propósito del este modelo de terapia, defienden que es oportuno combinar intervenciones de tipo individual con el paciente, basadas en la construcción de un vínculo estable y genuino con el terapeuta, con intervenciones de tipo familiar, o propias de la terapia de pareja, ya desde el inicio del tratamiento trabajando posteriormente con los diferentes subsistemas en función de las necesidades (Campo & D'Ascenzo, 2010).

Otro aspecto relevante es que contextualizar los síntomas implica conocer acciones, pensamientos y sentimientos no sólo del paciente, sino también de los familiares. Por contexto relacional entienden tanto en el presente, las interacciones que se dan constantemente y el aquí y ahora de las sesiones (visión sincrónica) como en el pasado, la historia de las relaciones, de las circunstancias vitales y cómo éstas han moldeado la personalidad (visión diacrónica). Incluyen también una perspectiva de futuro centrada en los recursos individuales y del ecosistema. El objetivo se consigue a través del uso de sesiones individuales para profundizar con el paciente y sesiones con la familia de origen (F.O.) y/o con la pareja, para poder contextualizar y dotar de

significado relacional las conductas tanto funcionales como patológicas que presenta el paciente y que vienen relatadas por los familiares.

Siguiendo con el modelo, se considera que trabajar a la vez con el sistema familiar y no sólo con el individuo contribuye a facilitar los cambios directamente en el contexto natural de referencia. En este tipo de tratamiento, la integración de las sesiones individuales y familiares permite que las nuevas habilidades, aprendidas por el paciente en las sesiones individuales, puedan tener un refuerzo positivo gracias a las intervenciones del terapeuta orientadas a promover nuevas respuestas más funcionales en la familia. Sugieren, además, que la intervención con la familia facilita cambiar la mirada sesgada hacia lo negativo que, en muchas ocasiones, impide el desarrollo de nuevas habilidades, ya que las experiencias negativas del pasado suelen condicionar expectativas negativas con respecto a las posibilidades de cambio, en una circularidad que se retroalimenta entre el paciente y su contexto de pertenencia. Las autoras marcaron, por lo tanto, como objetivo prioritario de la terapia la construcción de un contexto relacional favorable para que los incipientes cambios positivos conseguidos en las sesiones individuales con el terapeuta fueran confirmados y consolidados en el sistema familiar de referencia.

En el nivel de la intervención individual, se considera que muchos de los patrones conductuales son adaptativos y son el resultado de aprendizajes del pasado y que pueden aprenderse nuevos más funcionales, porque, así como se formaron en las relaciones, de la misma manera se pueden modificar en el contexto relacional, gracias a nuevas experiencias positivas. Asimismo, pueden conceptualizarse como respuestas coherentes con el contexto relacional tanto presente como pasado, que incluso pueden aliviar el sufrimiento emocional o responder a la necesidad de ajustarse a la visión de

las figuras significativas, y que, al ser reforzadas, pueden entrar a formar parte del repertorio habitual del paciente (Campo & D'Ascenzo, 2010; D'Ascenzo & Sciarillo, 2013; D'Ascenzo, 2016). Estos planteamientos concuerdan con los modelos terapéuticos individuales de Benjamin (2003) y Linehan (2003).

2.3.2 Etapas del tratamiento y objetivos

El procedimiento terapéutico consta de dos etapas, una primera orientada a la construcción del contexto terapéutico, a la formulación de un diagnóstico relacional y a la explicitación de un contrato terapéutico. En esta etapa inicial se realizan entre tres y cinco sesiones generalmente de frecuencia semanal o quincenal. La variabilidad del número de sesiones y de la frecuencia depende de las características y de la disponibilidad de la familia, si hay mayor o menor conflictividad y motivación para la terapia.

La primera convocatoria es siempre familiar o con la pareja si se trata de un adulto emparejado. En los casos de adolescentes y jóvenes adultos, el modelo plantea la necesidad de una convocatoria específica de los padres conjuntamente, aunque no convivan con el paciente o estén separados a nivel conyugal, ampliada a los hermanos en el caso de que convivan bajo el mismo techo. La necesidad de implicar a ambos padres desde el comienzo de la terapia, sin embargo, no excluye realizar convocatorias por separado en aquellos casos en los que la conflictividad sea muy alta. Si se trata de un adulto con pareja estable o familia propia se prioriza la convocatoria con la pareja.

Una de las sesiones iniciales se dedica exclusivamente al paciente para favorecer la construcción de una alianza terapéutica específica con el mismo. Se utiliza este

espacio también para establecer un contrato individual con el paciente basado en la responsabilidad de manejar y contener autolesiones e ideas de suicidio y orientar la conducta hacia la finalidad de conseguir mejoras en las relaciones interpersonales.

En la etapa posterior, tras la formulación del contrato terapéutico, se realizan entrevistas de frecuencia quincenal, progresivamente espaciadas en la etapa final, en las que se trabaja alternativamente con toda la familia, con los padres a solas, con la fratría, y con el paciente a nivel individual. En el caso de los adolescentes también puede ser útil realizar algunas sesiones con el grupo de pares. En la terapia de pacientes con pareja estable se amplían las convocatorias a la familia de origen y se incluyen los hijos con el objetivo de frenar una transmisión intergeneracional de las conductas patológicas.

Construir un contexto terapéutico individual y familiar tiene un primer objetivo que es comprender las dificultades del paciente, conectarlas con la historia del desarrollo y las experiencias que han influido en la construcción de un determinado funcionamiento de personalidad, y, a la vez, comprender cómo las interacciones actuales pueden mantener, potenciar o disminuir dicho funcionamiento.

A nivel terapéutico tiene el objetivo de articular la intervención en dos ejes. El eje individual permite nuevos aprendizajes de comunicación, interacción y gestión de la expresión de emociones, pensamientos, necesidades de forma auténtica y, a la vez, adecuada al contexto relacional. La construcción de una estabilidad emocional es sostenida por los recursos de la relación terapéutica que mantiene una continuidad de respuestas a las necesidades afectivas y emocionales del paciente a través de la validación, la valoración y la modulación de las modalidades de funcionamiento con la finalidad de aprender pautas relacionales más funcionales.

El eje familiar (y/o con otras figuras significativas) permite construir un contexto relacional que sea seguro y emocionalmente significativo, capaz de escuchar, recoger y responder de forma adecuada a los mensajes comunicacionales y a las demandas afectivas del paciente y de contener de forma funcional las conductas inadecuadas, tanto si se trata de exceso como de defecto de expresividad.

Estos dos niveles, aunque separados en sus aspectos descriptivos, están unidos en la intervención y necesitan de una fuerte alianza terapéutica tanto individual como familiar. Los cambios en la comunicación y en las modalidades de relación, que son necesarios para la construcción de la misma, configuran potentes intervenciones sobre el contexto.

2.3.3 Niveles de intervención

El modelo de terapia recomienda que el trabajo sea llevado a cabo por un terapeuta y un coterapeuta junto con el equipo detrás del espejo unidireccional y que tanto las sesiones individuales como las familiares sean efectuadas por el mismo equipo terapéutico. Esto facilita las comunicaciones dentro del equipo, las revisiones del material clínico que viene videograbado, la integración de las intervenciones. El acuerdo sobre la privacidad de la información en el contexto de cada subsistema es un aspecto que viene manejado por el terapeuta al principio de la terapia con el pacto sobre la necesidad de compartir la información, previo acuerdo, cuando se trata de situaciones relevantes para todo el grupo familiar o que implican un riesgo para algún miembro. El formato de las sesiones es el clásico utilizado en terapia familiar de pre-sesión, sesión y post-sesión, incluida la pausa de reflexión del equipo con posterior devolución. Los elementos de las intervenciones individuales son los siguientes:

1) Construir una alianza terapéutica estable con el paciente.

La relación con el terapeuta tendría como objetivo prioritario proporcionar la esperanza y el modelo de que es posible establecer relaciones interpersonales más funcionales. Aunque se configure como el contexto privilegiado en el que se pueden dar situaciones de cambio que guiarán el proceso de reorganización de la experiencia personal (Guidano, 1994), se focaliza a la vez el contexto natural del paciente donde se dan intercambios significativos. Para eso se utilizan los recursos de la terapia sistémica individual (Boscoso & Bertrando, 1996; Canevaro, 2012; D'Ascenzo, 2020). La visión positiva del terapeuta, propicia la emergencia de conductas positivas en el paciente, sobre todo si se establece un vínculo no polarizado entre cercanía y distancia emocional y si el terapeuta mantiene una relación de continuidad y una visión no influenciada por las conductas del paciente, si no firme y a la vez acogedora.

2) Promover y confirmar los recursos del paciente

La relación terapéutica constituye un contexto favorable para proporcionar seguridad y esperanza en los cambios necesarios para solventar las necesidades afectivas que son legitimadas por el terapeuta. Como sugiere Linehan (2002) es determinante validar los sentimientos del paciente, que no deben cuestionarse, aunque parezcan exagerados. La escucha atenta permite ayudar al paciente a reconocer y expresar los sentimientos a través de las palabras y no a través de la acción, como suele pasar. Para conseguirlo se recomienda favorecer la conexión entre sentimientos y los estímulos que los han inducido, de manera que se puedan facilitar conductas proactivas coherentes con sus necesidades e intereses en la interacción con los otros. El terapeuta debe transmitir confianza en los recursos del paciente y sus características positivas, más allá de las acciones inadecuadas y las conductas sintomáticas que presenten, ya que

estos pacientes son expertos en conseguir que el otro actúe exactamente al contrario de lo que desean. Para eso es indispensable un adecuado manejo de sus emociones por parte del terapeuta, no a través del control, si no con autenticidad y genuinidad expresando interés y preocupación.

El resultado final debe ser invertir la ecuación vulnerabilidad/resiliencia a favor de los factores de resiliencia que se puedan movilizar en la relación con el terapeuta.

3) Aprender habilidades para afrontar los conflictos

El primer paso es conseguir un mejor manejo de la ira, de la excesiva reactividad emocional y de la impulsividad. Resulta útil sugerir la redacción de un diario que estimule la reflexión en los momentos de dificultad y malestar con la finalidad de conectarlos con las emociones que los provocan.

Uno de los problemas más importantes está constituido por las expectativas negativas tanto del paciente como de los familiares sobre el hecho de que las cosas irán mal y se producirán siempre los mismos problemas experimentados en el pasado, en un círculo negativo que se retroalimenta. Es necesario romper ese círculo vicioso a través de acciones orientadas a cambiar la visión que el paciente tiene de sí mismo y que tengan un impacto positivo sobre la visión de los otros significativos. A tal fin la prescripción de tareas resulta muy útil.

4) Dotar de significado a los síntomas

Consiste en la actividad paciente y minuciosa de conectar la fuente de malestar presente y pasado y encontrar un significado a lo que el paciente considera como síntomas ajenos a su historia y a las circunstancias que vivió y vive. Las redefiniciones

del terapeuta acaban estimulando la toma de conciencia de la frecuente matriz relacional de los síntomas.

Los elementos de las intervenciones familiares son los siguientes:

1) Establecer un contrato de colaboración con la familia.

Es indispensable establecer un contrato terapéutico explícito de manera conjunta con los padres basado en la responsabilidad y no en la culpabilización. Por lo tanto, es necesario expresar claramente dicho mensaje y que los resultados de la terapia quedarán condicionados por la posibilidad de reconstruir, reparar y reajustar la función parental, a través de un reconocimiento de la parentalidad misma y la valoración de los padres.

2) Redefinir el diagnóstico: reversibilidad

Resulta indispensable para alimentar la esperanza de cambio de los familiares redefinir el diagnóstico conectando los síntomas y las conductas problemáticas con los contextos actuales y pasados en los que se han producido. La posibilidad de modificar el contexto relacional con la ayuda de todos y de la terapia implica la reversibilidad del trastorno.

3) Establecer una alianza terapéutica con cada uno de los miembros de la familia

Es de gran utilidad a tal fin una escucha atenta y empática, mostrar interés por cada uno y reconstruir la historia de la pareja parental y conyugal, de la fratría y de la familia en su conjunto.

A tal fin una sesión clave es la de familia de origen de los progenitores. El formato de la sesión sigue el modelo utilizado en la Escuela de Terapia Familiar de Barcelona y formulado por Linares y Campo (2000). Se reconstruye la historia de cada

uno de los progenitores en su propia familia de origen con especial atención al conocimiento de los patrones de apego en la relación parento-filial, de la experiencia como hija y como hijo en el seno de la F.O. y en la fratría. Permite comprender cómo influyen en sus relaciones en la familia creada los modelos de referencia de parentalidad y conyugalidad aprendidos en la F.O., teniendo en cuenta que tendemos a reproducir patrones de conducta aprendidos o a evitar reproducirlos si han sido disfuncionales, con o sin éxito (Canevaro, 2012).

Asimismo, es una sesión que, por los temas tratados, permite crear un clima emocional cálido y acogedor por parte del terapeuta y que suele facilitar una mayor conexión emocional y el sentimiento de seguridad en el contexto terapéutico. Proporciona información sobre el funcionamiento de la parentalidad y de la conyugalidad, permite hacer hipótesis sobre la existencia de triángulos relacionales, de alianzas o coaliciones intergeneracionales, facilita encontrar sentido a carencias, dificultades e incompetencias parentales y conectarlas en una visión trigeracional.

4) Reparar, reconstruir y conservar las funciones parentales

Es necesario armonizar e integrar los afectos encontrando límites adecuados, pero dando prioridad a la vinculación afectiva por encima de la normatividad y limitando la tendencia de estas familias a utilizar poco la valoración y privilegiar el castigo. A la vez se ayuda a los padres a adecuar el nivel de exigencia que suele ser basado en un criterio de todo o nada.

5) Favorecer un contexto relacional positivo

Se trata de fomentar interacciones positivas que impidan que las expectativas negativas de estos pacientes se hagan realidad. Tienden a conseguir que el otro al

enfadarse, los rechaza o los abandona. Una estrategia útil en el trabajo con los padres es generar una mirada dirigida hacia la valoración. A la vez se ayuda a los padres a dar una respuesta adecuada a las necesidades afectivas con el objetivo de promover un amor incondicional.

En el trabajo terapéutico con los pacientes emparejados se utiliza la metodología propia de la terapia de pareja con patología concomitante (Campo, 2015), orientada a la clarificación de las dificultades y a la resolución de los conflictos.

Los elementos esenciales de la intervención con la pareja son los siguientes:

- 1) Facilitar un mejor ajuste entre las necesidades individuales y de pareja a la vez que se consolida el vínculo en base a establecer límites más apropiados con respecto a las familias respectivas.
- 2) Neutralizar la utilización de la conducta sintomática como mecanismo disfuncional de resolución de conflictos, así como el manejo adecuado de la ira.
- 3) Conseguir de manera paulatina que los pacientes que tienen hijos vuelvan a hacerse cargo de sus responsabilidades como padres.

Se utilizan las sesiones individuales con la finalidad de revisar las dificultades de relación con la familia de origen, con el objetivo de propiciar una mejoría en la relación.

Se utilizan a tal fin las convocatorias con la familia, padres o hermanos, para facilitar dicho proceso, en los casos en los que sea posible. También se pueden realizar algunas sesiones con la familia de origen del cónyuge cuando las actitudes de éstos se consideren decisivas para el mantenimiento de los síntomas.

2.3.4 Resultados y líneas futuras

Una primera revisión de las psicoterapias efectuadas por Campo y D'Ascenzo (2010), siguiendo la Terapia Integrada Individual y Familiar, evidenció resultados satisfactorios en el 79.6% de los casos tratados. Habían remitido los síntomas, se habían alcanzado los objetivos propuestos en torno al aumento de la autonomía y al manejo adecuado de las relaciones interpersonales. El seguimiento a dos años mostraba que los pacientes habían salido del circuito asistencial y mantenían una buena estabilidad emocional y relacional. Asimismo, la revisión posterior de 40 casos tratados entre 2000 y 2015 no mostró mortalidad por suicidio, aunque fueron presentes intentos de suicidio que se gestionaron a través de la relación con los terapeutas, la red de soporte familiar, la coordinación con otros profesionales del Servicio de Psiquiatría y con el Servicio de Urgencias del mismo hospital (D'Ascenzo, 2016). Teniendo en cuenta que la mortalidad por suicidio entre los TLP es del 10% (Bellino et al., 2016), es posible que el enfoque relacional sistémico que incluye no solo el trabajo con la familia, sino también la colaboración con el contexto más amplio de cuidado y atención a los pacientes y sus familias, sea favorable para la prevención de los suicidios y la reducción de la mortalidad a causa de los mismos.

La mayoría de los casos que no habían alcanzado los objetivos terapéuticos habían presentado problemas en la primera etapa de construcción de la alianza terapéutica y la imposibilidad de implicar en la terapia algún familiar significativo, sobre todo la pareja en los casos de adultos con pareja estable y el padre en los casos de adolescentes. La presencia de un trastorno depresivo mayor o de un trastorno límite de personalidad en la madre fue también un factor de peor pronóstico en los casos de adolescentes y jóvenes adultos con familia monoparental. En todos los casos en los que

se pudo implicar a los familiares, aunque existiera una conflictividad de pareja, tanto si se había producido separación como en las familias intactas, fue posible conseguir una mejora sintomática y un cambio en las relaciones interpersonales.

Las autoras señalan algunos aspectos del tratamiento como factores favorable para el proceso terapéutico, entre ellos la posibilidad para el paciente y los familiares de mantener el contacto entre sesiones con el terapeuta (a través de *mails*, llamadas, *WhatsApp* etc.) para prevenir *acting-out* y gestionar situaciones críticas, el uso de la coterapia y el trabajo en equipo, la integración del tratamiento farmacológico en el mismo proceso psicoterapéutico si el equipo dispone de un psiquiatra entre sus miembros, la coordinación con otros profesionales implicados en el caso.

Es necesario que en el futuro se puedan hacer estudios para evaluar la eficacia de este modelo de terapia para los TLP y sus familias. El primer paso en ese sentido implicaría la manualización del método de intervención. Esto permitiría posteriormente su difusión y la enseñanza directa a través de programas específicos de formación en terapia familiar.

Estudios comparativos permitirían, además, valorar la utilidad de este tipo de terapia con respecto a otros modelos de psicoterapia para los TLP.

3. Alianza Terapéutica Familiar en la Terapia Familiar del Trastorno Límite de la Personalidad

3.1 La Alianza Terapéutica: definición e historia del constructo

3.2 Conceptualización de la Alianza Terapéutica Familiar

3.3 La Alianza Terapéutica Familiar del Trastorno Límite de Personalidad

3. Alianza Terapéutica Familiar en la terapia familiar del Trastorno Límite de la Personalidad

3.1. La alianza terapéutica: definición e historia del constructo.

Una de las características de la relación terapéutica es implicar al terapeuta el doble rol de observador y participante. Sobre esto, Yalom (2015) señala que para el terapeuta esta participación implica que, al entrar en la vida del paciente, sea afectado por esta experiencia e incluso, a veces, transformado y que:

en el momento en el que elijo entrar con plenos derechos en la vida del paciente, yo, terapeuta, no sólo me encontraré delante de sus mismos problemas, si no que tendré que estar preparado a verlos en sintonía con la perspectiva del paciente. Tendré que asumir como punto de partida que conocer es preferible al no conocer y correr riesgos es preferible al no arriesgarse (p. 27).

Fue Freud el primero en plantear el problema de la complejidad de la experiencia interpersonal entre paciente y terapeuta y describió el fenómeno de la transferencia (Freud, 1909), en referencia a la traslación por parte del paciente hacia el analista, durante el tratamiento psicoanalítico, de los sentimientos que derivan de contenidos inconscientes del paciente y se generaron en la relación con las figuras significativas de su vida. El mismo Freud distinguió entre transferencia y alianza, siendo ésta definida por el afecto y la confianza del paciente hacia el terapeuta, a la vez que planteó la importancia del interés y de una actitud comprensiva por parte del analista (Corbella y Botella, 2003).

Posteriormente Bowlby (1989) retomó esta perspectiva y la amplió con el concepto en base al cual los esquemas interpersonales relevantes del paciente

procedentes de su historia personal de apego, vienen reactivados hacia el analista en la relación terapéutica.

En el ámbito de la psiquiatría, Sullivan (1967) definió la entrevista psiquiátrica como un fenómeno interpersonal en el que los elementos necesarios para su estudio y su comprensión se deben conseguir a través de la observación de lo que ocurre entre los dos participantes o, mejor dicho, a través de la observación de su campo de interacción. Asimismo, conceptualizó la entrevista psiquiátrica como el encuentro entre dos personas, una de las cuales experta en relaciones interpersonales y la otra, definida como paciente, quien espera que una atenta discusión de sus propias necesidades con este experto le sea útil. Señala así dos temas importantes de la relación terapéutica, o sea la asimetría de la relación y la finalidad prioritaria de la experiencia relacional como un beneficio para el paciente.

El término alianza terapéutica (AT) fue introducido por Zetzel (1956) para describir la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente y, en especial modo, a la posibilidad para el paciente, en base a sus experiencias infantiles de apego durante la infancia, de emplear su parte sana en vincularse o unirse con el analista para conseguir los objetivos terapéuticos.

Nuevas contribuciones al constructo AT fueron aportadas por Luborsky (1976) y Bordin (1994), que postularon que la alianza se compone por varios configuradores independientes. Luborsky (1976), en función de la fase de la terapia en la que se encuentre el paciente, diferenció dos tipos de alianza: alianza tipo 1, hace referencia a la sensación de apoyo y ayuda que el terapeuta da al paciente; la alianza tipo 2, es inherente a la sensación de trabajo conjunto que posibilita superar los obstáculos y el malestar del paciente.

Bordin (1979), definió la alianza como el encaje y colaboración entre paciente y terapeuta e incluyó tres componentes configuradores de la alianza terapéutica: (1) el acuerdo entre terapeuta y cliente sobre las metas del tratamiento, (2) el acuerdo sobre las tareas necesarias para lograr esas metas, y (3) el vínculo emocional que se crea entre terapeuta y cliente y que permite al cliente hacer progresos terapéuticos. En línea con sus consideraciones, una alianza positiva no es curativa por sí misma, aunque tenga un papel imprescindible en terapia, sino que ayuda a hacer posible un buen trabajo terapéutico (Corbella & Botella, 2003; Mateu et al., 2014; Cheng & Lo, 2016).

Estudios más recientes coinciden en definir la alianza terapéutica como una construcción conjunta entre paciente y terapeuta que hace que las expectativas de ambos con respecto al trabajo terapéutico, la relación establecida y la visión del otro, resultan destacables para el establecimiento de la alianza terapéutica (Corbella & Botella, 2003; Blow et al., 2007; Horvath & Bedi, 2002).

Las diferentes orientaciones teóricas coinciden en considerarla como una condición esencial y determinante en el desarrollo exitoso tanto de la terapia individual como de las terapias pareja y familia (Horvath et al., 2011; Friedlander et al., 2011). Se considera como un buen predictor de la evolución de la terapia, independientemente de la técnica o modelo utilizados, y se construye a partir de las diferentes interacciones que terapeuta y paciente realizan, expectativas y opiniones (Corbella & Botella, 2003; Artigas et al., 2017). La debilidad de la alianza terapéutica se ha relacionado con una mayor probabilidad que se puedan producir abandonos o fracasos del tratamiento (Castonguay et al., 2006).

Diferentes investigaciones evidencian la importancia de la AT en el desarrollo y en el resultado de una terapia individual. Barber et al. (2000), Dunster-Page et al.

(2017), Webb et al. (2011) han demostrado que existe una asociación entre la alianza terapéutica individual y el resultado de la terapia, que una alianza positiva está asociada con un posible cambio y reducción en los síntomas del paciente, aunque no exista una relación causal. Además, pueden influir diferentes constructos en la alianza terapéutica, como son el tipo de apego del cliente, los estilos de interacción interpersonales como una alta hostilidad, la motivación para el cambio, la confianza hacia el terapeuta, el tipo de trastorno y su severidad o las técnicas utilizadas (Rossetti y Botella, 2017; Wolfe et al., 2013; Grosse Holforth et al., 2014; Horvath, 2011; Mander et al., 2017).

Se ha comprobado, además, que la construcción de la alianza terapéutica no sólo es especialmente importante en las primeras sesiones, sino que, si bien constituida en esta fase inicial, es un buen indicador del resultado de la terapia (Castonguay et al., 2006; Horvath & Symonds, 1991). Crist-Christoph et al. (2011) evidenciaron que es esencial analizar la alianza durante al menos 4 sesiones para así poder entender la relación alianza-resultado. Tasca y Lampard (2012) y Falkenstrom et al. (2013) hallaron una relación entre la alianza y el cambio sintomático a lo largo de las sesiones. Una mayor fuerza de la alianza en la sesión anterior estaba relacionada con una mejoría sintomática en la siguiente sesión. Al contrario, un empeoramiento sintomatológico podía ser predictor de una alianza desfavorable, implicando así que la alianza y los síntomas se influyen mutuamente a lo largo del tratamiento.

3.2 Alianza Terapéutica en terapia familiar

La gestión de la alianza con una familia es más compleja, puesto que hay que conseguir que dicho vínculo sea significativo con todos los miembros de la familia,

balanceando y equilibrando los movimientos del terapeuta con la finalidad de provocar cambios no únicamente en un individuo sino en todo un sistema.

En terapia familiar y de pareja la alianza se entiende como un elemento complejo de sistemas multi personales y multi generacionales (Beck et al., 2006). Una situación frecuente es que los diferentes miembros que asisten a la sesión tienen motivos contrapuestos y esto requiere la creación de un contexto seguro para todos. Algunos autores consideran que establecer un contexto seguro es una precondition esencial para un posterior desarrollo adecuado de la terapia (Escudero, Friedlander, Varela & Abascal, 2008). La AT en terapia de pareja y familia presenta algunas singularidades ya que implica la formación de un fuerte vínculo emocional, la negociación de objetivos y tareas tanto entre los miembros del sistema y el terapeuta, como entre los miembros del sistema familiar entre sí y los subsistemas (parental, fraterno). Las alianzas existentes previamente en las familias afectan la forma en que los miembros se comportan en terapia y a su valoración respecto al terapeuta y al proceso terapéutico (Sprenkle & Blow, 2004; Escudero y Friedlander, 2019). Varios estudios sitúan el trabajo de Pinsof (1994, 1995; Pinsof & Catherall, 1986) como una pieza fundamental en la conceptualización sistémica de la alianza terapéutica (Corbella & Botella, 2003; Escudero, 2009; Friedlander et al., 2006; Friedlander et al., 2011; Rait, 2000). Pinsof & Catherall (1986) fueron los primeros en introducir el concepto de alianza terapéutica dentro de la terapia familiar y de pareja basándose en el trabajo de Bordin (1979) como referencia, donde define la alianza de trabajo según tres componentes: (1) *el acuerdo entre el terapeuta y el cliente acerca de las metas del tratamiento*, refiriéndose a la búsqueda conjunta entre cliente y terapeuta del objetivo de cambio que mejor define las dificultades y las frustraciones en relación a la historia del

cliente; (2) *el acuerdo entre ambos sobre las tareas necesarias para conseguir las metas acordadas*, entendiendo las tareas como actividades específicas (pensamientos y acciones) con las que el cliente tiene que comprometerse para beneficiarse del tratamiento; (3) *vínculo y/o lazos afectivos entre terapeuta y cliente*, definidos como intercambios de respeto, confianza y aceptación necesarios para sostener el a veces arduo trabajo que representa el cambio terapéutico (Horvath & Bedi, 2002).

Pinsof y Catherall (1986) adaptaron e integraron esta idea de alianza individual descrita y conceptualizada por Bordin (1979) al trabajo sistémico. Diferenciaron dos dimensiones: (1) *dimensión de contenido*, que incluye los componentes de la conceptualización inicial de Bordin (tareas, metas y vínculos) y (2) *dimensión interpersonal*, que incluye, además de la relación establecida entre terapeuta-paciente, también la relación entre el terapeuta y otros miembros significativos del sistema.

Pinsof y Catherall (1986), también describen la existencia de tres niveles en la alianza terapéutica en terapia familiar: (1) *Alianza individual*, es la alianza que establece el terapeuta con cada miembro del sistema, (2) *Alianza subsistema*, la alianza del terapeuta con cada subsistema (subsistema parental, subsistema fraterno, etc.), y (3) *Alianza con todo el sistema*, la alianza que establece el terapeuta con la globalidad del sistema familiar. Los autores subrayan que ninguna de estas alianzas puede ser considerada de manera aislada, es decir, es necesario tener en cuenta su circularidad e influencia recíproca.

La alianza terapéutica en terapia familiar no sólo depende de la relación que establece el terapeuta con los diferentes miembros del sistema, sino que también tiene una gran importancia la interrelación que se establece entre ellos (Friedlander et al., 2006; Pinsof, 1994; Rait, 1998). La alianza entre los miembros de la familia fue

definida por Pinsof (1994,1995) como *alianza intrasistema*, esta nueva dimensión define una posición distinta de las alianzas individuales y de los subsistemas, ya que ésta puede existir entre subsistemas, entre individuos o entre individuos y subsistemas indistintamente.

Por tanto, la complejidad en las terapias que involucran a más de un miembro del sistema implica equilibrar las alianzas con los diferentes miembros de la familia, para guiar a cada subsistema, individual y familiar, hacia el conseguimiento de los objetivos terapéuticos pactados (Escudero & Friedlander, 2019). El terapeuta debe, por lo tanto, estar atento a las alianzas existentes y cambiantes de los subsistemas, ya que las alianzas individuales afectan a las alianzas con todos los miembros de la familia (Escudero & Friedlander, 2019). Como afirma Rait (2000), uno de los retos más complejos en la terapia familiar es el manejo de múltiples alianzas en las sesiones caracterizadas por un ambiente predominado por la emotividad, la vulnerabilidad, la amenaza y el conflicto. Es decir, tener en cuenta el equilibrio de estas alianzas entre los miembros que participan en la terapia será fundamental para prevenir alianzas divididas que dificulten el proceso terapéutico y posibles abandonos (Anderson & Johnson, 2010; Escudero et al., 2012; Friedlander et al., 2006; Muñoz et al., 2009).

A la luz de tal complejidad, se evidencia la necesidad de hacer una medición de la AT a lo largo de todo el proceso terapéutico con la finalidad de relacionar la evolución de la AT con los cambios en las sesiones.

En la literatura de terapia familiar y de pareja existe un instrumento específico para medir la alianza terapéutica que ha sido ampliamente usado: la escala de Alianza de Pinsof y Catherall *Pinsof's Family Therapy Alliance Scale-Revised* (1986). Para construir dicho instrumento, los autores aplicaron la definición de alianza terapéutica de

Bordin (1979). Al igual que en las medidas de la alianza terapéutica individual, se centra en cómo perciben los clientes el comportamiento del terapeuta y no específicamente en el comportamiento de los miembros de la familia.

Para subsanar esta carencia, Escudero y Friedlander (2003) desarrollaron el Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o), una escala de observación del comportamiento de los clientes en el marco de la terapia familiar conjunta. Este instrumento pretende ser útil no sólo para la investigación del proceso-resultados, sino también para la práctica clínica y el entrenamiento de terapeutas.

Según Escudero (2009) las tres directrices que guiaron la creación del SOATIF-o fueron: (1) la aplicabilidad trans-teórica de la alianza, de forma que el modelo y los instrumentos de evaluación reflejen la alianza como factor común de la psicoterapia y no un enfoque terapéutico particular; (2) la importancia de las conductas del cliente, dando protagonismo a los indicadores conductuales que en el transcurso de una sesión de terapia reflejan aspectos positivos y negativos de la alianza, especialmente en lo concerniente a las alianzas intra-familia reflejadas en interacciones entre los miembros de la familia presentes en la sesión; y (3) la superposición conceptual y empírica entre metas y tareas de la terapia, que se había encontrado en la investigación previa de Horvath y Bedi, (2002, citados en Escudero 2009), de manera que una sola dimensión integrase aspectos relacionados con las tareas y las metas de la terapia.

El modelo del SOATIF-o se basa en cuatro dimensiones que configuran en conjunto la alianza terapéutica: Enganche en el proceso terapéutico, Conexión emocional con el terapeuta, Seguridad dentro del sistema terapéutico y Sentido de compartir el propósito en la familia. Las 4 dimensiones del SOATIF-o son

interdependientes y están correlacionadas a la hora de favorecer la construcción de la alianza terapéutica y en consecuencia la evolución favorable del tratamiento (Friedlander et al., 2005).

Según Escudero (2009), la primera de las cuatro dimensiones está relacionada con la colaboración entre cliente y terapeuta, tanto en los objetivos como en las tareas. La segunda de las dimensiones, la relativa a la conexión emocional, se basa en el vínculo y la confianza entre cliente y terapeuta. La tercera dimensión, la seguridad, tiene que ver con la construcción de un contexto terapéutico que facilite la apertura emocional y psicológica del cliente o de la familia. Finalmente, la cuarta dimensión, relativa al sentido de compartir el propósito en la familia, se refiere a la alianza que se da por parte de los miembros de la familia para hacer de la terapia algo común y compartido.

Estudios recientes ofrecen resultados concluyentes sobre la asociación entre la alianza terapéutica y el resultado en terapia de pareja y familia mediante SOATIF-o. Se ha demostrado que tanto conductas individuales positivas como conductas de colaboración en la familia son predictivas de resultados de éxito de la terapia (Artigas et al., 2017; Escudero et al., 2008; Mateu et al., 2014; Vilaregut et al., 2018). El modelo terapéutico con más influencia en la terapia familiar y de pareja es el modelo sistémico. Este aborda la complejidad de la alianza terapéutica en la terapia de pareja o familia, siendo ésta considerada como “una interacción entre el sistema cliente (sea pareja o familia) y el sistema terapeuta (supervisor y equipo terapéutico)” (Mateu et al., 2014). Entre las dificultades que entraña la construcción de la alianza, Gunderson (2002) señala la importancia de la alianza con la familia para evitar abandonos precoces y manejar las resistencias que pueden aparecer en el desarrollo de la terapia. Distingue tres

tipos de resistencias en la familia, la resistencia al diagnóstico, la resistencia a implicarse en el tratamiento y la resistencia del paciente a que la familia se involucre.

Es necesario, por lo tanto, que el vínculo sea fuerte con todos los miembros de la unidad familiar asistan o no a la terapia, y que el terapeuta sea una persona activa en el proceso de su construcción con el fin de conseguir un equilibrio con todos los miembros y facilitar su cooperación (Perkins et al., 2019). Escudero (2009) señala la posibilidad de que el terapeuta no pueda construir el mismo vínculo con cada uno de los miembros de la familia, lo cual provocaría el fenómeno de la “alianza dividida” diferenciado de la “alianza intacta”. Es decir, la alianza dividida consiste en un patrón de relación diferente entre los miembros de la familia en el que uno de los miembros se siente más vinculado emocionalmente al terapeuta que el otro. Por consiguiente, si la alianza dividida es de tipo severo, podría suponer un abandono del tratamiento (Muñiz de la Pena, 2009).

En el modelo sistémico, el sistema terapéutico, además de los terapeutas presentes en la sesión que interactúan directamente con la familia, incluye también al supervisor y/o el resto del equipo (Moreno, 2014; Hernández, 2007). Para integrar al equipo en el proceso terapéutico se utiliza el espejo unidireccional (Moreno, 2014) con el fin de observar al terapeuta en su interacción con la familia de forma “objetiva”. Esto permite un incremento de las dimensiones terapéuticas gracias al equipo de profesionales empeñado en pensar en la sesión, lo cual beneficia también a los pacientes. El terapeuta tiene, entonces, el papel de portavoz y representante del equipo terapéutico (Ceberio, 2011; Bartle-Haring et al., 2009). El contacto entre el supervisor y el terapeuta se realiza a través de llamadas telefónicas.

Todd y Storm (1997) definen la supervisión como el proceso en el que

terapeutas cualificados monitorizan el desarrollo profesional de los terapeutas supervisados. Señalan que el aspecto más relevante de la supervisión en vivo es la capacidad de poder observar directamente al terapeuta, la familia y la interacción del terapeuta y el cliente (Silverthorn et al., 2010; Champe & Kleist, 2003). Frankel y Piercy (1990, citado en Weck et al., 2016), además, en su estudio mostraron que, a diferencia de la creencia de que esto puede interferir en el desarrollo de la terapia, la entrada de llamadas telefónicas aumentaba el rendimiento de los terapeutas en formación y mejoraba la voluntad de colaboración por parte de los pacientes.

3.3 Alianza Terapéutica Familiar en el tratamiento del TLP

El manejo de la alianza terapéutica con personas diagnosticadas de TLP suele ser complejo. Las propias características del trastorno implican una inestabilidad en el funcionamiento interpersonal que hace difícil crear y mantener dicha alianza (Jeung & Herpetz, 2014; Lazarus et al., 2014; Waldinger & Gunderson, 1984).

Bellino et al. (2016) señalan como factores críticos en el tratamiento de los trastornos límites de personalidad las tendencias al suicidio, las conductas auto-heteroagresivas, los factores contratransferenciales, la necesidad de establecer límites, la fragilidad de la alianza terapéutica, la cronicidad del trastorno y la duración de la terapia, la conclusión de la terapia, la competencia y la formación del terapeuta en relación con el riesgo de burnout. Todos estos factores, según este estudio, acabarían teniendo implicaciones problemáticas para la relación terapéutica.

Los pacientes con TLP presentan una mayor dificultad tanto en la construcción como en el mantenimiento de la alianza terapéutica a nivel individual (Waldinger &

Gunderson, 1984). Díaz (2001) señala la importancia de una buena AT con el fin de conseguir que el paciente sea capaz de verbalizar y mostrar sentimientos en lugar de actuarlos.

Además, son frecuentes y esperables las rupturas de la alianza y difíciles de reconstruir (Cash et al., 2013; McMMain et al., 2015). Bender (2005) señala que este tipo de pacientes alternan entre la idealización y la denigración del terapeuta.

Diferentes estudios afirman que una fuerte alianza terapéutica con pacientes con TLP está asociada a una buena adhesión y resultado en el tratamiento. La relación con el terapeuta se convierte en un medio para las futuras relaciones (Hirsh et al., 2012; Spinhoven et al., 2007). Aun así, no hay evidencias suficientes para saber cuáles son los predictores que contribuyen o pueden perjudicar al desarrollo de la alianza en el tratamiento.

En su estudio Gersh et al. (2017) hallaron que en los casos de TLP es más probable que las rupturas de la alianza ocurran al principio de la terapia, implicando una finalización de la terapia, mientras que las rupturas de la alianza en sesiones avanzadas se relacionan con tener características más confrontativas. En el caso de las rupturas iniciales, existe, de todas formas, la posibilidad a lo largo de la terapia de crear oportunidades para el crecimiento terapéutico. Anderson et al. (2016) señalan que un mayor número de rupturas en las primeras sesiones está asociado con un peor resultado de la terapia.

Dimaggio et al. (2019) hallaron que en los pacientes con TLP, un mayor grado de meta cognición predice una mayor alianza terapéutica desde el punto de vista del terapeuta. La capacidad del paciente de tener una mayor comprensión de la perspectiva

del terapeuta y utilizar sus observaciones ayuda al terapeuta a verlo como una persona colaboradora, en beneficio del buen resultado de la terapia. En cambio, desde el punto de vista de los pacientes, la alianza no se vería influenciada por la capacidad de meta cognición.

Una mayor complejidad de la construcción de la AT está presente en las terapias que combinan intervenciones familiares e individuales. Los estudios que se centran en este tipo de intervenciones han sido desde enfoques tales como son la terapia dialéctica conductual y la terapia cognitiva analítica (Bennett et al., 2016; Gersh et al., 2017). En el caso específico de la terapia integrada individual y familiar no se trata sólo de analizar las respuestas de la familia a unas intervenciones estandarizadas del terapeuta, si no de conocer y analizar lo que surge en la relación terapéutica a través de las interacciones constantes y recíprocas dentro de un sistema que evoluciona en el tiempo y del que el terapeuta es parte integrante.

La construcción de la alianza terapéutica familiar, en estos casos, se configura como medio para la terapia y a la vez como intervención terapéutica en sí misma. Modificando los patrones interaccionales necesarios para la construcción de la misma se intervendría, así, en los factores inherentes al contexto de las relaciones que constituyen uno de los problemas más importantes de la psicopatología de los TLP y del manejo de la terapia.

Por los motivos expuestos, el artículo y los dos estudios que configuran esta tesis tienen la finalidad de dar respuestas y contribuir al conocimiento de la construcción y el mantenimiento de la AT y cómo ésta influye en el proceso y en el cambio terapéutico en el TLP.

SEGUNDA PARTE: APLICACIÓN EMPÍRICA

4. Objetivos

4.1. Objetivo general

Analizar y comparar la construcción y la evolución de la alianza familiar en casos de tratamiento individual y familiar para los TLP desde la perspectiva relacional sistémica.

4.2. Objetivos específicos

En cuanto a objetivos específicos, pretendemos explorar la intervención familiar para conocer cuáles son los indicadores de la alianza familiar con mayor presencia y relevancia en el tratamiento y observar si hay una variación entre las sesiones, analizar las dimensiones que componen la alianza terapéutica en función de la fase de construcción de la alianza (artículo 1) y a lo largo de todo el proceso terapéutico (estudios 2 y 3) y en función de los miembros de la familia y del terapeuta.

Un segundo objetivo específico es analizar cómo se desarrolla la alianza familiar a lo largo de todo el tratamiento y si esta construcción es facilitadora del proceso y del cambio terapéutico en un caso de terapia familiar con un miembro diagnosticado de TLP siguiendo el modelo de intervención de Campo y D'Ascenzo (2010), estudio 3.

El tercer objetivo específico es analizar cómo el cambio terapéutico conseguido a través del modelo de tratamiento integrado individual y familiar incide en el funcionamiento individual de la paciente con TLP, estudio 3.

5. Método

5.1. Diseño

Se trata de un artículo y 2 estudios de caso único con metodología observacional indirecta y semiestructurada con el objetivo de poder contribuir en el conocimiento de la evolución de la construcción de la alianza terapéutica familiar en una psicoterapia relacional sistémica con un miembro diagnosticado de TLP a lo largo de todo el proceso terapéutico y el cambio terapéutico. En este tipo de metodología se seleccionan ejemplos representativos de fenómenos con el fin de estudiarlos en profundidad y exhaustivamente (Martínez et al., 2014), estableciendo, así, un vínculo entre la investigación y la práctica clínica (Roussos, 2007). Este diseño es muy útil cuando por motivos éticos, metodológicos o prácticos no es factible realizar un diseño experimental (García & Cáceres, 2014). El estudio de caso único permite contribuir en el conocimiento dinámico de la alianza terapéutica en el caso de una terapia familiar ya que las investigaciones sobre la alianza sugieren analizar “eventos interpersonales de pequeña escala” dentro de la terapia (Horvath, 2011).

En el estudio 3 para valorar el cambio terapéutico y de funcionamiento de personalidad de la paciente se ha seguido una metodología cualitativa adoptando los principios de la teoría fundamentada (Strauss & Corbin, 1990) y del análisis del discurso (Edwards, 1997; Whetwrel & Potter, 1992).

5.2. Participantes

La información sobre los participantes se manejó siguiendo las directrices de “Protección de la confidencialidad” recomendadas por la APA (2010, p.16) para la realización de estudios de caso.

Los participantes han sido familias con un hijo/a diagnosticado de TLP que han solicitado terapia familiar al Servicio de Psiquiatría del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* de Barcelona.

La fase de recogida de datos para la presente investigación se fijó entre 2015 y 2019 en la Escuela de Terapia Familiar del *Hospital de la Santa Creu y Sant Pau* de Barcelona.

Los 3 casos incluidos son familias tratadas por el equipo de tratamiento individual y familiar de TLP. Todas las familias habían utilizado anteriormente otros recursos del sistema de salud público y privado recibiendo terapia individual y tratamiento farmacológico para los/as pacientes diagnosticados/as de TLP sin resultados satisfactorios. Los síntomas, en todos los casos, habían empezado en la adolescencia (diagnóstico en el Eje I del DSM- IV, 1994): trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, consumo de sustancias, trastornos de la conducta con comportamientos auto y heteroagresivos, autolesiones, conductas sexuales promiscuas, tendencia a ponerse en situaciones de riesgo. Habían evolucionado progresivamente hacia una mayor gravedad llegando a incluir intentos de suicidio, inestabilidad en las relaciones interpersonales, impulsividad, dificultad en mantener las metas, embarazos indeseados con sucesivos abortos, síntomas de un Trastorno Afectivo (Episodio Depresivo Mayor en dos casos). Las tasas de trastornos afectivos entre los pacientes con TLP oscilan entre el 40 y el 97% siendo el trastorno depresivo mayor el diagnóstico más común (Zanarini, 1998). La evolución había acabado en la cristalización (Ausloos, 2005; Cancrini, 2007; Zanarini, 2009) de un trastorno de personalidad hasta recibir un diagnóstico de TLP (diagnóstico en Eje II) en edad adulta según los criterios del DSM-IV (1994). En una revisión posterior del diagnóstico cumplían criterios para un diagnóstico de TLP según el DSM-5 (2013). Todos los 3 casos tenían en común la

presencia de alta conflictividad intrafamiliar, discontinuidad en las relaciones familiares alternando períodos de sobreimplicación emocional a períodos de distanciamiento sin llegar a una ruptura total de las relaciones, pero con componentes de negligencia, descalificación, crítica y rechazo. Todos presentaban y expresaban en la demanda de terapia familiar dificultades en la comunicación, sentimientos de rabia, tristeza, impotencia, oscilando entre el exceso de preocupación y la negación.

Por las características mencionadas a nivel sintomatológico, relacional y comunicacional, los 3 casos representaban un desafío en el manejo de la construcción y el mantenimiento de la alianza terapéutica tanto individual como familiar. Las derivaciones fueron externas, realizadas por otros profesionales de la Salud Mental.

Los participantes estaban conviviendo en el momento en el que se efectuó la terapia. Se trataba de 13 participantes, padres y fratría, 4 hombres y 9 mujeres, siendo las pacientes de sexo femenino.

La familia del artículo 1 está compuesta por cuatro miembros, María de 47 años, Pablo de 52 años, casados, y sus dos hijas Clara de 20 años y Mónica de 19 años (nombres ficticios), acuden al Servicio de Terapia Familiar del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* de Barcelona para realizar una terapia familiar porque la hija mayor Clara está diagnosticada de Trastorno Límite de Personalidad. Se dan problemas de relación y convivencia. Vienen derivados por otro profesional que trabaja en un centro de salud mental de un hospital de la zona. Clara presentó a los 14 años síntomas de tipo ansioso y de un trastorno alimentario. La sintomatología se fue agravando a lo largo de los años con episodios de autoagresión, ansiedad y vómitos, estado de ánimo depresivo. Recibió un tratamiento psicológico de 4 años de duración con evolución desfavorable por lo que los padres decidieron acudir a un psiquiatra. Inició un tratamiento

farmacológico, pero a pesar de esto la sintomatología y los problemas de conducta no mejoraron, produciéndose un aumento de la agresividad hacia ella misma y su familia, así como el aumento de conductas de riesgo, consumo de alcohol, dependencia de cafeína y abuso de psicofármacos. Aparecieron ideas de suicidio. En esta etapa fue cuando le diagnosticaron un Trastorno Límite de Personalidad. A partir de este momento, la familia acudió a diferentes especialistas sin remitir los síntomas hasta que se realizó la derivación al Servicio de Terapia Familiar.

La terapeuta que llevó a cabo la terapia es psiquiatra y especialista en Psicoterapia Familiar y Relacional con 28 años de experiencia en el campo al momento de efectuar la terapia, coautora del modelo de tratamiento individual y familiar para los TLP de Campo y D'Ascenzo.

La familia del estudio 1 está compuesta por cuatro miembros, Silvia, la madre de 54 años de origen colombiano, Manuel, el padre de 65, de origen español, casados y con dos hijos, Luisa, la hija de 23 y Raúl, el hermano menor de 18 años. Acuden al Servicio de Terapia Familiar del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* de Barcelona para realizar terapia familiar porque la hija mayor está diagnosticada de TLP. Son derivados por otro profesional que trabaja en un centro de salud de Barcelona.

La hija mayor tuvo dos intentos de suicidio, esto derivó en la búsqueda de un tratamiento psiquiátrico individual por parte de la madre. El abordaje individual no logró frenar la evolución de la sintomatología hacia un diagnóstico de TLP, persistiendo los problemas emocionales y relacionales. Desde la adolescencia manifestó impulsividad, rabia, inestabilidad emocional, discontinuidad en las metas y en las relaciones. La familia atribuyó en buena parte los problemas de la paciente a una relación muy conflictiva con el padre que, con los años, se fue agravando y, en el

momento que acudieron a terapia familiar, estaba muy deteriorada. La madre, aunque fuera la figura más cercana afectivamente a la hija, expresaba impotencia en la gestión del conflicto y cierta ambivalencia. La pareja mostraba un funcionamiento complementario (Linares & Campo, 2002) en el que la madre tendía a ponerse en posición down provocando intensas reacciones de rabia en la hija que, desde la infancia, se había enfrentado al padre para reivindicar una posición de mayor poder para la madre. La hija se había marchado de casa durante la adolescencia sin haber acabado su proceso de individuación en una situación de inestabilidad relacional, económica y emocional. En el momento de iniciar la terapia se encontraba en el 5º mes de embarazo. Había tenido dos abortos anteriormente y este último embarazo no había sido planificado. Silvia había asumido medicamentos comprados en internet para una dieta adelgazante que le habían provocado amenorrea y, por ese motivo, no se había dado cuenta de estar embarazada hasta muy avanzado el embarazo (entre la demanda de terapia familiar y la primera sesión, motivo por el cual el equipo no conocía este dato). Tenía dudas sobre la paternidad a causa de conductas sexuales promiscuas. Retornó a casa de los padres, generando un enorme malestar familiar, intensificando la conflictividad con el padre. A pesar de la presencia de disfunciones en las relaciones familiares, todos los problemas se atribuían al trastorno de personalidad de la hija, objeto de desvalorización y crítica por parte sobre todo del padre y del hermano. La madre empezó a buscar diferentes recursos terapéuticos hasta que, a través de su centro de salud primario, fueron derivados a terapia familiar.

La terapeuta es doctora en Medicina y Cirugía y especialista en Psiquiatría, psicoterapeuta familiar y relacional con 30 años de experiencia. En el momento en que desarrolla la terapia que es objeto de nuestro análisis era coordinadora del equipo de

investigación del tratamiento individual y familiar del TLP en la Unidad de Psicoterapia familiar del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* (Servicio de Psiquiatría).

La familia que es objeto del estudio 2 está compuesta por cinco miembros, Carmen de 61 años profesora de educación infantil, Pedro de 62 años profesor de educación primaria, actualmente prejubilado, y sus tres hijas, Victoria de 37 años cirujana casada y con un hijo, Alejandra de 32 años enfermera y casada con un hijo, y Manuela de 27 años auxiliar de enfermería con pareja desde hace 3 años (nombres ficticios). Manuela convive actualmente con sus padres en el domicilio familiar. Acuden al Servicio de Terapia Familiar del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* de Barcelona con el fin de realizar una terapia familiar. La hija menor, Manuela, ha sido diagnosticada de Trastorno Límite de la Personalidad y Depresión Mayor por el servicio de psiquiatría de otro Hospital donde le han ofrecido un tratamiento individual. Acuden al servicio derivados por la psiquiatra que está tratando a la madre que presenta síntomas depresivos y se encuentra actualmente de baja laboral. La demanda está centrada en los problemas de comunicación y de relación en la familia y principalmente con la hija menor, Manuela. Tanto los padres como Manuela refieren que lleva una “doble vida” en la que engaña a todo el mundo. A los 12-13 años de edad aparecieron los primeros episodios de mentira que se complicaron hasta los 18 años con robos y hurtos a sus padres. Manuela malgastó el dinero destinado para la carrera universitaria y empezó a pedir préstamos al banco de los cuales no podía hacerse cargo. Los padres consultaron a un psicólogo al principio de la adolescencia de su hija que desde entonces fue tratada con enfoques individuales sin mejoras. Los problemas de conducta, emocionales y relacionales fueron aumentando e interfiriendo en el proceso de individuación de Manuela hasta la cristalización del trastorno de personalidad.

5.3. Instrumentos

Sistema para la Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF—o, Friedlander et al., 2006) para evaluar la alianza terapéutica. Es un instrumento observacional diseñado con el fin de ser aplicado por evaluadores externos mientras observan una sesión grabada de terapia de pareja o de familia. Está constituido por indicadores conductuales que ejemplifican las contribuciones positivas y negativas de la pareja o de la familia y del terapeuta en relación con cuatro dimensiones: *Enganche en el Proceso Terapéutico*, el cliente encuentra sentido al tratamiento, transmite la sensación de implicación en la terapia, que los objetivos y las tareas pueden ser negociados con el terapeuta; *Conexión Emocional* con el terapeuta, el cliente considera al terapeuta como una persona importante en su vida y que su relación se basa en el afecto, el interés y la confianza y el sentido de pertenencia; *Seguridad* dentro del sistema terapéutico, el cliente ve la terapia como un espacio donde puede arriesgarse, estar abierto a nuevas experiencias y ser flexible; *Sentido de Compartir el Propósito*, los miembros de la familia se ven a sí mismos trabajando de manera conjunta y unida con el fin de mejorar la relación y conseguir objetivos comunes.

Este instrumento consta de dos partes diferenciadas con el objetivo de evaluar la alianza tanto para la familia como para el terapeuta. En la primera se detectan los indicadores conductuales para cada participante y, en la segunda, se realiza una valoración global de cada una de las dimensiones del instrumento, otorgando una puntuación entre -3 (alianza problemática) a +3 (alianza fuerte). Así se valora la frecuencia del comportamiento, la intensidad y el significado de cada dimensión (Friedlander et al., 2005). Este instrumento ha mostrado tener una adecuada fiabilidad. En la primera prueba con la versión española se obtuvieron correlaciones de entre .78 y

93 y en posteriores estudios obtuvieron entre .75 y .95 (Friedlander et al., 2009; Escudero et al., 2008).

Entrevista semiestructurada clínica basada en el modelo de intervención integrada individual y familiar de Campo y D'Ascenzo (2010) para evaluar el cambio terapéutico con la paciente al inicio y al final de la terapia. Las preguntas exploran 5 áreas temáticas: percepción del problema, definición de sí mismo, relaciones interpersonales (incluyendo aspectos de la comunicación), expectativas de cambio y perspectivas de futuro.

5.4. Procedimiento

Los 3 casos seleccionados cuentan con el consentimiento firmado de la familia para poder ser utilizados con fines docentes y de investigación.

Las sesiones de terapia se efectuaron en un despacho con espejo unidireccional, se videograbaron, se transcribieron integralmente y se analizaron.

En el artículo 1 se analizó la construcción de la AT en la primera etapa del proceso terapéutico. Los observadores visualizaron, transcribieron y analizaron las tres sesiones íntegramente, tanto la comunicación verbal como la no verbal. Posteriormente, se discutió entre los miembros observadores para conseguir el mayor consenso. La estimación global de las cuatro dimensiones del SOATIF-o que conforman la alianza terapéutica se realizó valorando la frecuencia, intensidad y significación clínica de los indicadores detectados. En la versión de la familia, cada miembro recibió una puntuación independiente para cada una de las tres primeras dimensiones (Enganche, Conexión Emocional y Seguridad) y una puntuación única para la familia en el caso de la dimensión Compartir el Propósito, tal como se recomienda en el manual. En la

versión del terapeuta se puntuó cada una de las cuatro. A pesar de que en la terapia además de la terapeuta participó también un coterapeuta, el rol del coterapeuta era básicamente de observador y se valoraron sus comportamientos.

En el Estudio 2 se analizó la construcción de la AT y la evolución de la misma a lo largo de todo el proceso terapéutico. Con el objetivo de incrementar la fiabilidad de la investigación se realizó el análisis de la AT en dos fases. En una primera fase cada evaluadora observó la sesión grabada de manera independiente, y con el soporte de la transcripción realizó la valoración de los descriptores positivos y negativos en cada dimensión y para cada uno de los miembros de esa sesión. En una segunda fase, y una vez registrados todos los descriptores positivos y negativos de ambos sistemas (familia y terapeuta), las observadoras realizaron una puesta en común donde contrastaron resultados y valoraron de forma consensuada cada una de las cuatro dimensiones del instrumento SOATIF-o, junto con 3 observadoras más.

Se evaluaron seis de las once sesiones del tratamiento terapéutico. Cuatro de ellas corresponden al inicio de la terapia, una a la etapa intermedia y una a la etapa final. Éstas representan diferentes momentos del curso del tratamiento y de los subsistemas familiares: la primera fue realizada con toda la familia, la segunda con la paciente, la tercera con el subsistema parental, la cuarta con la fratria y la séptima y la novena nuevamente con toda la familia. El criterio utilizado para la selección de las sesiones ha sido, por un lado, para analizar la alianza a lo largo de todo el proceso terapéutico y por otro, para poder observar cómo las sesiones individuales y con los diferentes subsistemas influyeron en la evolución de la AT con la familia a lo largo de todo el proceso terapéutico.

En el estudio 3 se analizó la construcción y evolución de la AT a lo largo de todo el proceso terapéutico y como influyó en el cambio terapéutico. El equipo

observador estaba compuesto por dos psicólogas. La fiabilidad entre las dos observadoras se calculó a partir del índice de *Kappa de Cohen* valorando una muestra de sesiones seleccionadas aleatoriamente (30% del total de las sesiones). Se obtuvo una media de correlación .99 para la dimensión de *Enganche en el Proceso Terapéutico*, .99 para la dimensión *Conexión Emocional con el Terapeuta*, .95 para la dimensión de *Seguridad dentro del Sistema Terapéutico* y finalmente, .88 para la dimensión de *Sentido de Compartir el Propósito de la Terapia*.

Se analizaron cinco sesiones correspondiendo a la primera, segunda, cuarta, sexta y novena en la que hubiera, al menos, dos miembros de la familia. Con el fin de obtener una mayor predicción de la alianza, esta fue analizada longitudinalmente (Crist-Cristoph et al., 2011; Mateu, 2015) a lo largo del proceso terapéutico, teniendo en cuenta las primeras sesiones y otras de fases más avanzadas. Siguiendo a Escudero y Friedlander (2003) se realizó una transcripción literal de contenido de las sesiones con el fin de analizar de forma precisa tanto el discurso de los terapeutas como el de la familia. La participación del coterapeuta, de la supervisora y del equipo hallado detrás del espejo unidireccional se consideró como un único terapeuta.

Para la evaluación del cambio terapéutico individual se utilizó la entrevista semiestructurada clínica con la paciente. Las entrevistas, una al principio y otra al final de la terapia, se registraron de forma audiovisual y se transcribieron de forma íntegra. Se hizo posteriormente un análisis temático de las transcripciones (Strauss & Corbin, 1990).

6. Resultados

Artículo 1

D'Ascenzo, I., Vilaregut Puigdesens, A., Álvarez Mitjans, G., Bodas Martínez, M., Elias Millan, M., Ureña Mallen, I., & Yagüe Franco, R. (2019). Construcción de la alianza terapéutica en un caso de terapia familiar con un miembro con Trastorno Límite de la Personalidad. *Anuario de Psicología, The UB Journal of Psychology*, 49(2), 57-71.

Estudio 2

D'Ascenzo, I., Vilaregut, A., Günter, C., Ribera, E., Fabregat, N., Munguia, V., & Obando, M. J. Construcción y evolución de la alianza terapéutica en la terapia individual y familiar integrada de un Trastorno Límite de la Personalidad.

Estudio 3

D'Ascenzo, I., Vilaregut, A., Zurdo, V., Torres, S., & Bolaños, I. Alianza familiar como facilitadora del cambio terapéutico en la psicoterapia relacional sistémica del trastorno límite de personalidad: un estudio de caso. (En revisión).

ARTÍCULO 1



Anuario de Psicología

The UB Journal of Psychology | 49/2



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Iolanda D'Ascenzo

iolandad@blanquerna.url.edu
Psiquiatra, psicoterapeuta familiar y relacional,
supervisora docente
Coordinadora de investigación en TLP del Servi-
cio de Terapia Familiar del Hospital de la Santa
Creu i Sant Pau de Barcelona
Profesora del máster en Terapia Familiar Blan-
querna – Universitat Ramon Llull

AUTORA DE CONTACTO

Dra. Anna Vilaregut Puigdesens

annavp@blanquerna.url.edu
Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació
i de l'Esport Blanquerna
Universitat Ramon Llull
C/ Císter 34, 08022 Barcelona

Gisela Álvarez Mitjans

Gisela.alvarez.mitjans@hotmail.com
Psicóloga y psicoterapeuta familiar
Psicoterapeuta en el hospital de día de Trastornos
Alimentarios Hestia Palau

Mar Bodas Martínez

marbodas@hotmail.com
Enfermera, terapeuta ocupacional y terapeuta
familiar
Gestora del Servicio de Salud Mental y Adiccio-
nes de la Fundación Sanitaria Mollet

Mar Elias Millan

perlamar.mar@gmail.com
Psicóloga en el Centro Penitenciario Puig de les
Basses y terapeuta familiar

Israel Ureña Mallen

israum@hotmail.com
Trabajador social y terapeuta familiar
Servicios sociales de Barcelona

Rocío Yagüe Franco

ryague@itasaludmental.com
Psicóloga y terapeuta familiar
Directora del centro especializado en trastornos
alimentarios Ita Sabadell

Agradecimientos

Se agradece la colaboración de la Escuela de
Terapia Familiar del Hospital de San Pablo de
Barcelona.

Construcción de la alianza terapéutica en un caso de terapia familiar con un miembro con Trastorno Límite de la Personalidad

Iolanda D'Ascenzo
Anna Vilaregut Puigdesens
Gisela Álvarez Mitjans
Mar Bodas Martínez
Mar Elias Millan
Israel Ureña Mallen
Rocío Yagüe Franco

Resumen

Este estudio tiene como objetivo comprender cómo se construye la alianza terapéutica en un caso de terapia familiar con un paciente diagnosticado de Trastorno Límite de Personalidad (TLP). A través del Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o), se analizó la evolución de cuatro dimensiones de la alianza terapéutica (Enganche en el proceso terapéutico, Conexión emocional con el terapeuta, Seguridad en el sistema terapéutico y Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia) en la primera, tercera y quinta sesión. Los resultados encontrados muestran cómo, de las cuatro dimensiones que mide el SOATIF-o, la Conexión emocional con el terapeuta y la Seguridad en el sistema terapéutico fueron las dimensiones más relevantes para construir una buena alianza terapéutica en las fases iniciales del tratamiento. Por un lado, la Conexión emocional fue clave para la construcción de la alianza terapéutica con la paciente diagnosticada de TLP y, por el otro, trabajar la Seguridad en el sistema terapéutico favoreció la alianza con toda la familia. En conclusión, este estudio permite aportar a la clínica del TLP un conocimiento más profundo sobre cómo se construye la alianza terapéutica en las primeras fases del proceso psicoterapéutico, elemento indispensable para el éxito de la terapia a la vez que especialmente difícil en este tipo de casos.

Anuario de Psicología
N.º 49/2 | 2019 | págs. 57-71

Recibido: 17 de septiembre de 2018
Aceptado: 16 de marzo de 2019

DOI: 10.1344/ANPSIC2019-49-7

ISSN: 0066-5126 | © 2019 Universitat de Barcelona. All rights reserved.

Palabras clave

Alianza terapéutica, terapia familiar, caso único, Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), SOATIF-o.

Constructing the therapeutic alliance in a case of family therapy with a Borderline Personality Disorder (BPD) diagnosed patient

Abstract

The purpose of this study is to learn how the therapeutic alliance is constructed in a case of family therapy with a Borderline Personality Disorder (BPD) diagnosed patient. With the support of the System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o) the evolution of four dimensions of the therapeutic alliance was analyzed (Engagement in the Therapeutic Process, Emotional Connection with the Therapist, Safety within the Therapeutic System, and Shared Sense of Purpose within the Family) in the first, third and fifth sessions. The results showed how out of the four dimensions that the SOFTA-o measures, Emotional Connection with the Therapist and the Safety within the Therapeutic System dimensions were the relevant ones to build a satisfactory therapeutic alliance in the initial phases of treatment. In one hand, Emotional Connection with the Therapist was the most valuable dimension to build therapeutic alliance with the diagnosed patient, in the other, working Safety within the Therapeutic System favored alliance with all the family. In conclusion, this study has allowed to clinical practice of TLP knowing in detail how the therapeutic alliance is built throughout the starting steps of psychotherapeutic process, essential factor of therapy outcome and difficult too in these cases.

Keywords

Therapeutic alliance, family therapy, single case, Borderline Personality Disorder (BPD), SOATIF-o.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los autores coinciden en que la alianza terapéutica es predictiva del resultado de una terapia (Corbella & Botella 2003). La consolidación de la alianza terapéutica en el tratamiento está relacionada con el éxito de este. En contraposición, cuanto más débil es la alianza terapéutica, más probable es el abandono o el fracaso del tratamiento. Se ha comprobado que la construcción de la alianza terapéutica no solo es especialmente importante en las primeras sesiones, sino que, si bien constituida en esta fase inicial, es un buen indicador del resultado de la terapia (Castonguay, Constantino & Holthorsh, 2006; Horvath & Symonds, 1991).

La gestión de la alianza con una familia es más compleja, puesto que hay que conseguir que dicho vínculo sea significativo con todos los miembros de la familia, balanceando y equilibrando los movimientos del terapeuta con la finalidad de provocar cambios no únicamente en un individuo, sino en todo un sistema.

En la literatura de terapia familiar y de pareja existe un instrumento específico para medir la alianza terapéutica que ha sido ampliamente usado: la escala de Alianza de

Pinsaf & Catherall, *Pinsaf's Family Therapy Alliance Scale-Revised* (1986). Para construir dicho instrumento, los autores aplicaron la definición de alianza terapéutica de Bordin (1979). Al igual que en las medidas de la alianza terapéutica individual, se centra en cómo perciben los clientes el comportamiento del terapeuta y no específicamente en el comportamiento de los miembros de la familia.

Para subsanar esta carencia, Escudero & Friedlander (2003) desarrollaron el Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o), una escala de observación del comportamiento de los clientes en el marco de la terapia familiar conjunta. Este instrumento pretende ser útil no solo para la investigación del proceso-resultado, sino también para la práctica clínica y el entrenamiento de terapeutas.

Según Escudero (2009) las tres directrices que guían la creación del SOATIF-o fueron: 1) la aplicabilidad transteórica de la alianza, de forma que el modelo y los instrumentos de evaluación reflejasen la alianza como factor común de la psicoterapia y no un enfoque terapéutico

particular; 2) la importancia de las conductas del cliente, dando protagonismo a los indicadores conductuales que en el transcurso de una sesión de terapia reflejan aspectos positivos y negativos de la alianza, especialmente en lo concerniente a las alianzas intrafamiliar reflejadas en interacciones entre los miembros de la familia presentes en la sesión; y 3) la superposición conceptual y empírica entre metas y tareas de la terapia, que se había encontrado en la investigación previa de Horvath & Bedi, (2002, citados en Escudero, 2009), de manera que una sola dimensión integre aspectos relacionados con las tareas y las metas de la terapia.

El modelo del SOATIF-o se basa en cuatro dimensiones que configuran en conjunto la alianza terapéutica: Enganche en el proceso terapéutico, Conexión emocional con el terapeuta, Seguridad en el sistema terapéutico y Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia. Las cuatro dimensiones del SOATIF-o son interdependientes y están correlacionadas a la hora de favorecer la construcción de la alianza terapéutica y, en consecuencia, la evolución favorable del tratamiento (Friedlander et al., 2005).

Según Escudero (2009), la primera de las cuatro dimensiones está relacionada con la colaboración entre cliente y terapeuta, tanto en los objetivos como en las tareas. La segunda de las dimensiones, la relativa a la conexión emocional, se basa en el vínculo y la confianza entre cliente y terapeuta. La tercera dimensión, la Seguridad, tiene que ver con la construcción de un contexto terapéutico que facilite la apertura emocional y psicológica del cliente o de la familia. Finalmente, la cuarta dimensión, relativa al Sentido de compartir el propósito en la familia, se refiere a la alianza que se da por parte de los miembros de la familia para hacer de la terapia algo común y compartido.

Estudios recientes ofrecen resultados concluyentes sobre la asociación entre

la alianza terapéutica y el resultado en terapia familiar y de pareja mediante SOATIF-o. Se ha demostrado que tanto conductas individuales positivas como conductas de colaboración en la familia son predictivas de resultados de éxito de la terapia (Artigas, Mateu, Vilaregut, Feixas & Escudero, 2017; Escudero, Friedlander, Varela & Abascal, 2008; Mateu, Vilaregut, Campo, Escudero & Artigas, 2014; Vilaregut, Artigas, Mateu & Feixas, 2018).

En terapia familiar y de pareja la alianza se entiende como un elemento complejo de sistemas multipersonales y multigeneracionales (Beck, Friedlander & Escudero, 2006). Una situación frecuente es que los diferentes miembros que asisten a la sesión tienen motivos contrapuestos y esto requiere la creación de un contexto seguro para todos. Algunos autores consideran que establecer un contexto seguro es una precondition esencial para un posterior desarrollo adecuado de la terapia (Escudero, Friedlander, Varela & Abascal, 2008). Todas estas consideraciones se aplican especialmente al tratamiento de los

trastornos de personalidad, ámbito de interés de la terapia familiar y de pareja desde hace unos años, y en el que el manejo de la alianza terapéutica presenta dificultades específicas.

Los trastornos de personalidad llegan, cada vez con más frecuencia, a la atención de los terapeutas familiares, sobre todo cuando otros recursos terapéuticos son considerados ineficaces por parte de la familia y de los pacientes mismos, o bien tras la demanda de los pacientes o un miembro de la familia, a causa de conflictos en las relaciones familiares (Campo & D'Ascenzo, 2010).

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es el más diagnosticado de los trastornos de personalidad, entre un 30% y un 60% de prevalencia según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014). Sabemos que una característica del TLP es la gran dificultad en las relaciones interpersonales, pero la mayoría de los modelos terapéuticos propuestos son de tipo individual. Muchos autores han evidenciado la importancia del contexto familiar tanto en la psicopatología como en el tratamiento de los trastornos de personalidad y, sobre todo, en el TLP (Cancrini, 2013; Linares, 2012; Lebow & Uliaszek, 2010; Cancrini, 2007; Linares, 2006; Linehan, 2003).

Campo & D'Ascenzo (2010) han desarrollado un modelo psicoterapéutico que combina intervenciones de tipo individual con el paciente, basadas en la construcción de un vínculo estable y genuino con el terapeuta, con intervenciones de tipo familiar, o propias de la terapia de pareja, ya desde el inicio del tratamiento, trabajando posteriormente con los diferentes subsistemas en función de las necesidades. La perspectiva relacional sistémica ofrece la posibilidad de incidir en los comportamientos y los rasgos de personalidad correspondientes, no solo a través de la relación con el terapeuta, sino de las relaciones significativas en las que la persona se halla inmersa, aprovechando, así, recursos individuales y recursos del ecosistema. Según las autoras, trabajar a la vez con el sistema familiar y no solo con el individuo permite facilitar los cambios de una manera más directa en el contexto natural de referencia. Las nuevas habilidades aprendidas por el paciente en las sesiones individuales salen fortalecidas en tanto el terapeuta promueve nuevas respuestas más funcionales en la familia. A la vez, la intervención con la familia facilita cambiar la mirada sesgada hacia lo negativo, que en muchas ocasiones impide el desarrollo de nuevas habilidades. Se trataría, por tanto, de construir un contexto relacional favorable para que los cambios positivos conseguidos en las sesiones individuales con el terapeuta puedan reforzarse y consolidarse en el sistema familiar de referencia, creando un círculo virtuoso en el que las intervenciones en los dos contextos se retroalimentan.

El objetivo principal de nuestro estudio es describir cómo se construye la alianza terapéutica en un caso de terapia familiar con un paciente diagnosticado de TLP en el ámbito de un tratamiento integrado individual y

familiar. Se ha elegido un caso que presenta especiales dificultades de manejo de la relación terapéutica, así como la presencia de una serie de variables como una psicopatología en uno de los miembros (TLP), conflictividad conyugal, conflictividad entre la paciente y el resto de los miembros, alianzas cruzadas disfuncionales. La etapa inicial de la construcción de la alianza terapéutica es especialmente laboriosa en estos casos donde la conflictividad y la intensidad emocional en los intercambios comunicacionales son muy altas. Este es el motivo por el que, en el modelo de tratamiento utilizado, se suelen dedicar de tres a cinco sesiones, dependiendo del clima emocional, para la construcción del contexto terapéutico y la formulación del contrato. Asimismo, pretendemos detectar cuáles de las cuatro dimensiones que evalúa el instrumento SOATIF-o son especialmente importantes en la construcción y el desarrollo de la alianza terapéutica en este caso. Aún no se ha efectuado ninguna investigación en relación a cómo se construye y se desarrolla la alianza terapéutica en un caso de trastorno de personalidad. La utilidad clínica de este estudio es contribuir al conocimiento de la construcción de la alianza terapéutica, un elemento tan importante para el éxito de la terapia y a la vez de difícil manejo en la psicoterapia de los trastornos de personalidad.

METODOLOGÍA

Participantes

Se trata de una familia de cuatro miembros, María de 47 años, Pablo de 52 años, casados, y sus dos hijas, Clara de 20 años y Mónica de 19 años (nombres ficticios), que acuden al Servicio de Terapia Familiar del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona para realizar una terapia familiar porque la hija mayor, Clara, está diagnosticada de Trastorno Límite de Personalidad. Se dan problemas de relación y convivencia. Vienen derivados por otro profesional que trabaja en un centro de salud mental de un hospital de la zona.

Clara presentó a los 14 años síntomas de tipo ansioso y de un trastorno alimentario. La sintomatología se fue agravando a lo largo de los años con episodios de autoagresión, ansiedad y vómitos, y estado de ánimo depresivo. Recibió un tratamiento psicológico de cuatro años de duración con evolución desfavorable por lo que los padres decidieron acudir a un psiquiatra. Inició un tratamiento farmacológico, pero a pesar de esto la sintomatología y los problemas de conducta no mejoraron, produciéndose un aumento de la agresividad hacia ella misma y su familia, así como el aumento de conductas de riesgo, consumo de alcohol, dependencia de cafeína y abuso de psicofármacos. Aparecieron ideas de suicidio. En esta etapa fue cuando le diagnosticaron un Trastorno Límite de Personalidad. A partir de este momento, la familia acudió a diferentes especialistas sin que remitieran

los síntomas hasta que se realizó la derivación al Servicio de Terapia Familiar. La terapeuta que llevó a cabo la terapia es psiquiatra y especialista en Psicoterapia Familiar y Relacional con 26 años de experiencia en este campo.

Instrumento

Se utilizó el Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o) para evaluar el proceso de construcción de la alianza terapéutica en un caso de TLP. El instrumento observa cuatro dimensiones:

Enganche en el proceso terapéutico: el cliente le ve sentido al tratamiento, se transmite la sensación de estar involucrado en la terapia y trabajando coordinadamente con el terapeuta, los objetivos y las tareas en terapia pueden discutirse y negociarse con el terapeuta.

- Conexión emocional con el terapeuta: el cliente ve al terapeuta como una persona importante y que tiene un interés auténtico hacia él; hay una relación que se basa en la confianza, el afecto, el interés y el sentido de pertenencia.
- Seguridad en del sistema terapéutico: el cliente ve la terapia como un lugar en el que puede arriesgarse, estar abierto a nuevas cosas, ser flexible; sensación de confort y expectación hacia las nuevas experiencias y aprendizajes que pueden ocurrir.
- Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia: los miembros de la familia se ven a sí mismos trabajando en colaboración para mejorar la relación familiar y conseguir objetivos comunes para la familia; esencialmente un sentimiento de unidad dentro de la familia en relación con la terapia.

En la tarea de analizar tanto a la familia como a la pareja o al terapeuta mediante este instrumento, se diferencian dos partes, la primera consiste en detectar los indicadores durante la sesión, y la segunda en hacer una valoración global, puntuando de -3 a +3 la fuerza de cada dimensión una vez vista la sesión.

Cada dimensión se puntúa mediante una escala tipo Likert de siete puntos, con valor 0 en el centro (indica que no hay nada reseñable o es neutral), -3 en el extremo negativo (alianza problemática) y +3 en el extremo positivo (alianza fuerte).

La investigación con el SOATIF-o ha demostrado una adecuada fiabilidad (Escudero et al., 2008; Friedlander et al., 2005). Las correlaciones que obtuvieron en la primera prueba de fiabilidad con la versión española del SOATIF-o fueron: *Enganche en el proceso terapéutico*, 84; *Conexión emocional con el terapeuta*, 88; *Seguridad en el sistema terapéutico*, 88; y *Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia*, 93.

Procedimiento

El instrumento fue utilizado por un equipo de cinco observadores entrenados en él para asegurar la máxima fiabilidad en la valoración y el análisis de los resultados. Se evaluaron las tres primeras sesiones de terapia familiar en las cuales, como mínimo, hubiera dos miembros de la familia que corresponden a la primera, la tercera y la quinta sesión, siguiendo el protocolo de evaluación e intervención de Campo y D'Ascenzo (2010).

En la primera sesión analizada acuden los cuatros miembros de la familia (los padres y las dos hijas). En la segunda sesión acuden los padres y la hija mayor. Finalmente, en la tercera sesión analizada acuden los padres. Se han escogido tres de las primeras sesiones, siguiendo a Friedlander, Escudero & Heatherington (2006) donde apuntan que la construcción de la alianza terapéutica se produce en la primera fase de tratamiento.

Los cinco observadores fueron un hombre y cuatro mujeres con una media de edad de 31.2 años, todos ellos con formación en terapia familiar sistémica. Fueron entrenados en el instrumento por otros profesionales expertos en el uso del SOATIF-o y con el propio manual que explica las pautas de su aplicación. Tratándose de un estudio cualitativo, se ha llevado a cabo un método de revisión y consenso continuo entre los observadores. Los cinco observadores llevaron a cabo la observación de forma conjunta. Los observadores hacen valoraciones sobre la calidad y la fuerza de la alianza. El manual formativo para el SOATIF-o da definiciones operacionales sobre cada indicador que se refleja en base a los comportamientos del cliente y del terapeuta manifestados a lo largo de la sesión grabada (Friedlander et al., 2005). La investigación con el SOATIF-o ha demostrado una adecuada fiabilidad (Friedlander et al., 2009; Escudero et al., 2008).

El caso seleccionado cuenta con el consentimiento firmado de la familia para poder ser utilizado con fines docentes y de investigación.

Los observadores visualizaron, transcribieron y analizaron las tres sesiones íntegramente, tanto la comunicación verbal como la no verbal. Posteriormente, se discutió entre los miembros observadores para conseguir el mayor consenso. La estimación global de las cuatro dimensiones del SOATIF-o que conforman la alianza terapéutica se realizó valorando la frecuencia, intensidad y significación clínica de los indicadores detectados.

En la versión de la familia, cada miembro recibió una puntuación independiente para cada una de las tres primeras dimensiones (Enganche, Conexión emocional y Seguridad) y una puntuación única para la familia en el caso de la dimensión Compartir el Propósito, tal como se recomienda en el manual. En la versión del terapeuta se puntuó cada una de las cuatro. A pesar de que en la terapia además de la terapeuta participó también un coterapeuta, el rol del coterapeuta era básicamente de ob-

servador. Es por este motivo que no se han analizado sus comportamientos.

Tratamiento

El procedimiento empleado para tratar el caso analizado siguió el modelo integrado individual y familiar de psicoterapia con pacientes diagnosticados de TLP y sus familias desde la perspectiva sistémica, desarrollado por Campo & D'Ascenzo (2010) y utilizado en la Unidad de Psicoterapia del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

Se trata de un modelo psicoterapéutico que integra el nivel individual y el familiar de la intervención en una sinergia que amplifica y consolida el cambio. En el procedimiento empleado se pueden distinguir dos etapas, una primera orientada a la construcción del contexto terapéutico, a la formulación de un diagnóstico relacional y a explicitar un contrato terapéutico; y una segunda en la que se desarrolla el proceso terapéutico en base a los objetivos terapéuticos formulados y consensuados con la familia.

En la etapa inicial se han realizado cinco sesiones de frecuencia quincenal antes del contrato terapéutico, con una primera convocatoria familiar, una específica de los padres conjuntamente y una ampliada a la fratría, insistiendo en la necesidad de implicar a ambos padres desde el comienzo de la terapia y de contar con la colaboración de la hermana. Una de las sesiones iniciales se ha dedicado exclusivamente a la paciente para favorecer la construcción de una alianza terapéutica específica con la misma.

En la etapa posterior, tras la formulación del contrato terapéutico, se han realizado entrevistas de frecuencia quincenal, progresivamente espaciadas en la etapa final, en las que se ha trabajado, alternativamente, con toda la familia, con los padres, con la fratría y con la paciente a nivel individual.

Se ha trabajado mayoritariamente con la familia de origen en la etapa inicial del tratamiento, abriendo un espacio individual en una etapa posterior como reconocimiento de la autonomía de la hija.

La duración total del tratamiento ha sido de dos años aproximadamente, con seguimientos de control a los 3, 6, y 12 meses tras el alta y una valoración entre dos y cuatro años posteriores a la misma. La evolución de la paciente ha sido favorable y se ha conseguido, al final de la terapia, no solo la eliminación de los síntomas, sino cambios en el funcionamiento de la personalidad y estabilidad emocional y relacional que han permitido que saliera del circuito asistencial. Las relaciones familiares han mejorado de forma considerable favoreciendo el proceso de individuación de la paciente.

Durante el proceso terapéutico se han utilizado recursos diversos para promover la posibilidad de establecer contacto entre sesiones (llamadas telefónicas, *e-mails*) como forma de prevención de posibles *acting-out* por parte de la paciente.

El mismo equipo, terapeuta y coterapeuta, se ha hecho cargo de las diferentes sesiones ya sean individuales o familiares. Se ha integrado el tratamiento farmacológico en el mismo proceso psicoterapéutico.

El caso que nos ocupa tuvo una duración de 29 sesiones de 1 hora y 30 minutos de promedio de duración.

RESULTADOS

En la primera sesión, a la que asisten todos los miembros de la familia, Pablo (padre), María (madre) y Clara (hija mayor) obtienen las mismas puntuaciones totales (PT = 1) para la dimensión *Enganche*, mostrando, así, estar ligeramente involucrados en la terapia. Por otro lado, Mónica (hija menor) no puntúa para esta dimensión, no identificando puntuaciones reseñables. Para la dimensión *Conexión emocional* puntúan solo la madre y Mónica, mostrando cierta confianza e interés (PT = 1). Para la dimensión *Seguridad*, el padre, Clara y Mónica obtienen una puntuación que indica una ligera confianza en la terapia (PT = 1), mientras que la madre no puntúa para esta dimensión (PT = 0). (Véase la tabla 1.)

Como se observa en la tabla 2, para la dimensión *Compartir el Propósito* obtienen una puntuación ligeramente problemática (PT = -1).

Al analizar la contribución de la terapeuta en la primera sesión, se observan puntuaciones positivas en todas las dimensiones, fortaleciendo así la creación de la alianza terapéutica. Contribuyó de un modo bastante fuerte al *Enganche* (PT = 2) y propició ligeramente la *Conexión emocional*, la *Seguridad* y el *Sentido de compartir el propósito* (PT = 1). En la tabla 3 se observan las puntuaciones totales de cada una de las dimensiones, así como un ejemplo de descriptores positivos o negativos de las cuatro dimensiones que configuran el instrumento.

En la tercera sesión, a la que asisten el padre, la madre y Clara, para la dimensión *Enganche* el padre obtiene una puntuación que muestra que está fuertemente involucrado en la sesión (PT = 2). La madre y Clara obtienen puntuaciones ligeramente inferiores para la dimensión (PT = 1), mostrando así que los tres estuvieron involucrados en la sesión. Para la dimensión *Conexión emocional* los tres muestran una puntuación ligeramente positiva (PT = 1), sintiéndose relativamente cómodos en la relación terapéutica. Para la dimensión *Seguridad* solo puntúa Clara (PT = 1), en el padre y la madre no se identifican puntuaciones reseñables para esta dimensión. (Véase la tabla 4.)

En la tabla 5, se observa que para la dimensión *Compartir el Propósito* obtienen una puntuación ligeramente problemática (PT = -1).

Como se indica en la tabla 6, en la tercera sesión los resultados muestran como la terapeuta contribuye de una manera bastante fuerte en las dimensiones *Enganche* y *Seguridad* (PT = 2), es decir, la terapeuta favoreció que la

familia estuviera involucrada en la sesión, se sintiera tranquila y protegida. En la dimensión *Compartir el Propósito*, la terapeuta contribuyó ligeramente a la creación de un contexto de colaboración y de unidad entre ellos. En la misma línea positiva, propició de manera muy fuerte a la dimensión *Conexión emocional* (PT = 3), estableciendo una relación basada en la confianza, el afecto y el interés.

En la quinta sesión, a la que asisten solamente la pareja de padres, ambos mantienen las mismas puntuaciones que en la segunda sesión para las dimensiones *Enganche* (Pablo PT = 2 y María PT = 1) y *Conexión emocional* (Pablo y María PT = 1). Para las dimensiones *Seguridad* y *Compartir el Propósito*, la pareja alcanzó puntuaciones superiores a las sesiones anteriores. En la dimensión *Seguridad*, la pareja puntúa más positivamente (Pablo PT = 2 y María PT = 1) mostrando, así, mayor confianza en la terapia y en la dimensión *Compartir el Propósito* (PT = 1), se produce un cambio que indica la aparición de un sentimiento de unidad dentro de la pareja en relación a la terapia. (Véanse las tablas 7 y 8.)

Al analizar la quinta sesión, se observan puntuaciones que indican una ligera contribución de la terapeuta en las dimensiones *Enganche* y *Compartir el Propósito* (PT = 1). En este caso, en la dimensión *Seguridad* no se observan descriptores reseñables (PT = 0). En cambio, en la dimensión *Conexión emocional*, la terapeuta obtiene una puntuación positiva (PT = 2), intentó de un modo bastante fuerte transmitir una sensación de confianza y de afecto a la pareja mostrando su interés en cuanto a lograr el bienestar de ambos. (Véase la tabla 9.)

Finalmente, si observamos a la familia a través de las tres sesiones analizadas, valoramos que tanto Pablo como María incrementan en *Enganche*, en *Conexión emocional* y en *Seguridad*. En general, se observa un incremento en *Compartir el Propósito* que pasa de -1 a +1. Asimismo, observamos que la terapeuta mantiene niveles positivos de contribución en *Conexión emocional*, *Enganche*, *Seguridad*, y *Compartir el Propósito*.

DISCUSIÓN

La construcción de la alianza terapéutica observada en este caso muestra una evolución dinámica y favorable entre las sesiones analizadas. A nivel general, puede observarse como desde la primera sesión hasta la quinta hay un aumento de las puntuaciones, en gran parte de las dimensiones, en los miembros de la familia, así como una parábola en las contribuciones por parte de la terapeuta, concentrándose los picos con mayores puntuaciones en la tercera sesión. En la quinta sesión hay un descenso de las contribuciones de la terapeuta debido a la ausencia de la hija diagnosticada con TLP, hecho que provocó que no fueran tan necesarias algunas intervenciones de la terapeuta para propiciar un contexto de colaboración, especialmente en lo que se refiere a la *Seguridad*.

El análisis detallado por cada miembro ofrece un escenario complejo y diverso, como son las motivaciones o definiciones del problema contrapuestas por cada miembro de la familia, habituales en terapia familiar, y que en el presente caso fueron un elemento de dificultad especialmente presente. Concretamente, en relación con Pablo (padre), destacan las puntuaciones altas en la dimensión de *Enganche* que se mantienen a lo largo de las tres sesiones analizadas. Desde la primera sesión, Pablo cooperó especialmente introduciendo problemas y mostrando optimismo en la terapia. En la tercera y la quinta sesión no solo mantuvo puntuaciones positivas en esta dimensión, sino que las aumentó. Esto se debió en gran parte a las contribuciones y esfuerzos de la terapeuta en esta dimensión. Así, por ejemplo, la terapeuta estimuló metas y expresó optimismo durante todas las sesiones. Aunque sea en esta dimensión donde Pablo obtiene puntuaciones más altas, no menos importante es señalar la evolución positiva tanto en *Conexión emocional* como en *Seguridad*. Si tenemos en cuenta que desde la primera sesión Pablo ya mostraba claros signos de estar involucrado en la terapia, cabe señalar, entonces, que fueron las intervenciones empáticas y el control de la hostilidad ejercido por la terapeuta los que condujeron a que este se sintiera más cómodo y seguro durante esta primera fase de la terapia.

En relación con María (madre), aunque sus puntuaciones no son tan altas como las de Pablo, sí que se observa un aumento en la dimensión *Seguridad*. Esta mejora se observa en la quinta sesión, en la que María abrió su intimidad. Esto se debe, en parte, no solo a que en la quinta sesión no estuviera presente Clara, cuyas escaladas de hostilidad hacia los padres generaron incomodidad, sino que en la tercera sesión la terapeuta hizo grandes contribuciones para crear un contexto seguro que facilitara tanto la exposición de los sentimientos de los miembros de la familia como el respeto entre ellos. De acuerdo con lo que afirman algunos autores, establecer un contexto seguro es una precondition esencial para un posterior desarrollo adecuado de la terapia (Escudero, Friedlander, Varela & Abascal, 2008).

Clara, que estuvo presente en la primera y en la tercera sesión, presenta una evolución favorable especialmente en *Conexión emocional*. Clara manifestó sentirse entendida y cómoda como respuesta a las muestras de confianza y el humor utilizado por parte de la terapeuta a lo largo de estas sesiones. Aparentemente, el humor generó complicidad y rebajó las tensiones expresadas en muchos momentos de la terapia.

Consideramos que el modelo psicoterapéutico empleado (Campo & D'Ascenzo, 2010), que combina sesiones individuales y familiares, ha facilitado la construcción de la alianza terapéutica en el caso que nos ocupa.

Entre la primera y la quinta sesión hubo dos sesiones individuales con Clara siguiendo el protocolo establecido. Esta modalidad de convocatoria inicial, combinada

con las tres sesiones familiares analizadas, podría haber contribuido a mejorar el vínculo entre la terapeuta y Clara, mejorando la *Conexión emocional* de Clara en la construcción de la alianza terapéutica familiar, tal como hemos visto en los resultados. Esto nos hace plantear, en futuras líneas de investigación, analizar cómo la construcción de la alianza terapéutica a nivel familiar mejora gracias a la construcción de la alianza terapéutica individual con la paciente.

Otro elemento del modelo es la intervención con los diferentes subsistemas. En este caso, en la quinta sesión se convocó únicamente a los padres. Este hecho permitió que los padres se sintieran más seguros, más cómodos e implicados en la terapia. Asimismo, permitió que la terapeuta empleara estrategias propias del modelo utilizado, como expresar que el cambio era posible y favorecer la mirada hacia aquellos elementos positivos, con la finalidad de revertir el sesgo negativo de los padres hacia su hija.

La dimensión *Compartir el Propósito* es la única dimensión que empieza en negativo en las primeras sesiones, pero que consigue puntuaciones positivas en la quinta sesión. La terapeuta no solamente neutralizó las descalificaciones y hostilidades entre los miembros de la familia, sino que estimuló acuerdos, destacó lo que compartían y sus puntos en común. Teniendo en cuenta la presencia de desconfianza, expresiones de rabia, así como dificultades en las relaciones interpersonales que son comunes en los pacientes con TLP y que, en este caso, también sucedieron, es lógica la existencia de numerosos descriptores negativos en esta dimensión, especialmente en la primera y tercera sesión. Aunque en estas sesiones también se dieron indicadores positivos de esta dimensión entre los miembros de la familia, las devaluaciones y los comentarios hostiles fueron tan abundantes, sobre todo de la paciente con TLP hacia sus padres, que consolidaron la prevalencia de estos e hicieron que la valoración global de esta dimensión fuera negativa. Esta diferencia cuantitativa en indicadores negativos respecto a los positivos nos hace considerar que, si bien la valoración subjetiva obedece a la misma evidencia negativa que nos ofrecen los indicadores, no parece menos cierto afirmar que ni los miembros de la familia estaban tan alejados entre ellos en el sentido de la terapia en la primera y en la tercera sesión, ni estaban tan de acuerdo los padres en el propósito de la terapia en la quinta sesión. Las puntuaciones negativas y positivas en esta dimensión obedecen más a la desunión y las tensiones de la familia en la primera y tercera sesión, por un lado, así como al acercamiento entre los padres en la quinta sesión, por el otro. Estas circunstancias nos invitan a pensar que la dimensión *Compartir el Propósito* es la que resulta más influenciada por las características relacionales de la paciente con TLP, y que las mismas desajustan un análisis ponderado de esta dimensión.

Consideramos que las dimensiones *Seguridad* y especialmente *Conexión emocional* fueron las que influyeron

más en la construcción de la alianza terapéutica y, en consecuencia, son las que mejor explicarían la viabilidad y el pronóstico en el caso de terapia familiar con un miembro diagnosticado de TLP que hemos presentado. Los resultados obtenidos nos indican un aumento complementario entre la *Seguridad* por parte de Pablo y María, así como de la *Conexión emocional* por parte de Clara. Las intervenciones simultáneas, numerosas e intensas realizadas por parte de la terapeuta en estas dos dimensiones influyeron en el cambio producido por cada uno de los miembros a nivel individual. La importancia de la *Conexión emocional* en la construcción de la alianza terapéutica en terapia familiar con un miembro diagnosticado con TLP coincidiría con la importancia en contrarrestar las deprivaciones y el rechazo experimentados en el contexto relacional, así como las dificultades en establecer vínculos afectivos de estos pacientes. Según Linares (2012), en estas familias el deterioro de la función parental implica triangulación, deprivaciones y rechazo, aunque pueda estar presente una hiperprotección paradójica. Siguiendo en esta línea, Campo & D'Ascenzo (2010) observaron que la función parental de vinculación afectiva está alterada en estas familias que oscilan entre la hiperprotección y el rechazo en la relación parentofamiliar marcada por una polarización entre cercanía y distancia emocional. Asimismo, la *Conexión emocional* establece una relación con la importancia del concepto de validación emocional en los casos de TLP. Linehan (2003) evidenció como la falta de validación emocional sea una de las características más importantes de las familias con un miembro diagnosticado de TLP.

Siguiendo, Escudero et al. (2008), y como evidenciado en estudios posteriores (Artigas et al., 2017; Mateu et al., 2014) valoramos que la relevancia de la dimensión *Seguridad* coincide con la necesidad de crear un contexto seguro para todos los miembros de la familia más allá de sus diferentes puntos de vista y sus intereses contrapuestos.

Consideramos que fue especialmente importante para la viabilidad de la terapia la construcción de la alianza terapéutica en las primeras sesiones. Las contribuciones que la terapeuta realizó para involucrar y favorecer el *Enganche* de los miembros de la familia en la terapia acabaron por consolidar la construcción de la alianza terapéutica en esta primera fase del tratamiento.

El presente estudio nos ha permitido conocer cómo se construye la alianza terapéutica en una terapia familiar con un miembro diagnosticado de Trastorno Límite de la Personalidad, y el instrumento SOATIF-o ha demostrado ser útil para tal fin. Ofrece informaciones sobre el estilo de la terapeuta y los recursos que esta emplea para facilitar la alianza. Se ha confirmado la importancia de la construcción de la alianza terapéutica en la primera fase de la terapia. Se ha evidenciado la idoneidad de hacer sesiones con los subsistemas: las sesiones individuales han influido positivamente en la construcción de la alianza

terapéutica con la familia, y la sesión solo con los padres ha hecho que estos se sintieran más seguros sin la presencia de los hijos y de los ataques de la paciente. Se ha confirmado la oportunidad de un rol activo del terapeuta en facilitar la construcción de la alianza terapéutica. Se ha podido observar que de las cuatro dimensiones que mide el SOATIF-o, la *Conexión emocional* y la *Seguridad* son las que tienen una mayor influencia en la consolidación de la alianza terapéutica y en la viabilidad de la terapia en un caso de terapia familiar con un miembro diagnosticado de TLP.

Finalmente, en cuanto a las limitaciones del presente estudio, pensamos que en el futuro sería necesario analizar también la valoración de la alianza terapéutica desde el punto de vista de cada miembro de la familia. Por otro lado, creemos también importante poder seguir analizando en otros casos de terapia familiar cómo inciden las características relacionales de los pacientes con TLP en la valoración de la dimensión de *Compartir el Propósito*, para poder valorar de forma más ajustada la influencia de esta dimensión sobre la construcción de la alianza terapéutica en estos casos. A partir de los resultados hallados, queremos destacar que el modelo integrado individual y familiar para el tratamiento de los TLP representa un tipo de intervención adecuado para facilitar la construcción de la alianza terapéutica. Sería deseable en posteriores estudios poder demostrar la eficacia y la eficiencia de este modelo a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5.ª ed.). Madrid: Medica Panamericana S. A.
- Artigas, L., Mateu, C., Vilaregut, A., Feixas, G., & Escudero, V. (2017). Couple Therapy for Depression: Exploring How the Dyadic Adjustment Determines the Therapeutic Alliance in Two C Cases. *Contemporary Family Therapy*, 39(3), 195-210. DOI: 10.1007/s10591-017-9420-3
- Beck, M., Friedlander, M., & Escudero, V. (2006). Three Perspectives on Clients' Experiences of the Therapeutic Alliance: A Discovery-Oriented Investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 355-368. DOI: 10.1111/j.1752-0606.2006.tb01612.x
- Benjamin, L.S. (1993). *Interpersonal Diagnosis and Treatment of Personality Disorders*. Nueva York: Guilford.
- Campo, C. & D'Ascenzo, I. (2010). El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica. *Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales (REDES)*, 24, 23-51. Disponible en: <http://www.revistaredes.es>
- Cancrini, L. (2007). *Oceano borderline*. Barcelona: Paidós.
- Cancrini, L. (2013). *La cura delle infanzie infelici*. Milán: Raffaello Cortina Editore.
- Castonguay, L., Constantino, M., & Holtforth, M. (2006). The Working Alliance: Where Are We and Where Should We Go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 271-279.

- Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19 (2), 205-221.
- Escudero, V. & Friedlander, M. (2003). El sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar (SOATIF): Desarrollo transcultural, fiabilidad y aplicaciones del instrumento. *Musica*, 25, 32-26.
- Escudero, V., Friedlander, M., Varela, N., & Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic Alliance in Family Therapy: Associations with Participant's Perceptions and Therapeutic Outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30, 194-214. DOI: 10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología. Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*, 2-3 (27), 247-259.
- Friedlander, M., Escudero, V., & Heatherington, L., (2006). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy: An Empirically Informed Guide to Practice*. Washington, DC 20002: American Psychological Association.
- Friedlander, M., Escudero, V., Heatherington, L., Deihl, L., Field, N., Lehman, P., McKee, M., & Cutting, M. (2005). Sistema Observacional de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o). Manual de Entrenamiento (Revisado 2005). Disponible en: <http://syf1021.sync-intertainment.com>
- Horvath, A. & Symonds, B. (1991). Relation between the Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Lebow, J. L., & Uliaszek, A. A. (2010). Couples and Family Therapy for Personality Disorders. En J. J. Magnavita (Ed.). *Evidence-Based Treatment of Personality Dysfunction: Principles, Methods and Processes* (pp. 193-221). Washington, DC: American Psychological Association.
- Linares J. L. (2006). Una visión relacional de los trastornos de personalidad. *Terapia Familiar y de pareja* (pp. 166-168). Santiago de Chile: Mediterraneo.
- Linares J. L. (2012). *Terapia Familiar Ultramoderna*. Barcelona: Herder.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Mateu, C., Vilaregut, A., Campo, C., Escudero, V., & Artigas, L. (2014). Construcción de la Alianza Terapéutica en la terapia de pareja: estudio de un caso con dificultades de manejo terapéutico. *Anuario de Psicología/The Ub Journal of Psychology*, 44 (1), 95-115.
- Pinsof, W., & Catherall, D. (1986). The Integrative Psychotherapy Alliance: Family, Couple, and Individual therapy Scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151. DOI: 10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x
- Vilaregut, A., Artigas, L., Mateu, C., & Feixas, G. (2018) The Construction of the Therapeutic Alliance in Couple Therapy in Two Contrasting Cases with Depression. *Anuario de Psicología*, 48, 67-74.

CONSTRUCCIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN UN CASO DE TERAPIA FAMILIAR CON UN MIEMBRO CON TLP

Tabla 1. Puntuación de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión emocional y Seguridad para cada uno de los miembros de la familia en la primera sesión

	Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptores	Comentario	Tiempo
Pablo	Enganche (PT = 1)	Introduce un problema (+)	<i>Y se me echó en cánta que voy a la piscina y que tengo obsesión por el deporte (...) lo hacen las tres, a veces, la pequeña no tanto, pero su madre y Clara, sí. Es una forma de atácarme, es una forma de decir: oye, solo te valoramos por el dinero que ganas.</i>	0:44:41
		Expresa optimismo (+)	<i>Encontrarnos mejor, la vida es conflictiva y, a veces, ella me dice cosas que no me gustan o yo le contesto cosas que sé que le van a hacer daño; que mejoremos, hacer las cosas que nos hagan más felices.</i>	1:36:31
	Seguridad (PT = 1)	Anima a otro miembro de la familia a decir la verdad (+)	Padre dirigiéndose a Mónica: <i>Di la verdad.</i>	0:18:49
Matía	Enganche (PT = 1)	Introduce un problema (+)	<i>A ver, Clara ha tenido un problema, Mónica, también, y puede ser que cuando una de nuestras hijas tiene un problema nos volcamos mucho y a la otra, sin darnos cuenta, la dejamos de lado. Y puede ser que de esto nos hemos resentido todos.</i>	1:03:36
	Conexión (PT = 1)	Indica que se siente entendido por el terapeuta (+)	A raíz de una intervención empática de la terapeuta, la madre dice: <i>¡Mucho sufrimiento!</i>	1:32:00
Clara	Enganche (PT = 1)	Introduce un problema (+)	<i>Yo me diagnostico. A veces me miro en el espejo y veo que no soy yo. Me veo distorsionada. Y es que no sé, me pasan muchas cosas.</i>	0:32:01
	Seguridad (PT = 1)	Abre su intimidad (+)	<i>Es como si tuviera dos personalidades. Pero yo quiero ser la normal. No sé por qué me ha salido la otra. No sé qué le pasa a mi cerebro. Yo no sé por qué me sale la otra. No sé cuándo va a salir la irracional. Quiero saber por qué. (...) Cuando me enfado me sale la irracional.</i>	0:29:37
Mónica	Conexión (PT = 1)	Comparte un momento humorístico (+)	Después de una broma de la terapeuta, Mónica se ríe.	0:15:50
	Seguridad (PT = 1)	Abre su intimidad (+)	<i>Bueno, me impactó porque la vi (...). En parte la tienes que ayudar, se quería tirar del balcón para abajo, y yo la cogía y me mordía. (...). Hombre, eran las cinco de la mañana y estábamos aún con ella, y bueno, bonito no es, pero tienes que aguantar.</i>	0:36:45



Tabla 2. Puntuación de la dimensión Compartir el Propósito de la familia en la primera sesión

	Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptores	Comentario	Tiempo
Pablo, María, Clara y Mónica	Compartir el propósito (PT - -1)	Hacen comentarios hostiles/sarcásticos al otro (-)	Clara dice de su hermana: <i>Porque la odio. (...) No tengo por qué quererla (...) la vida es injusta.</i>	0:38:47
		No están de acuerdo sobre quién debe ser incluido en las sesiones (-)	Cuando la terapeuta le pregunta a Clara por el motivo por el que viene a terapia, Clara dice: <i>¿Tienen que estar?</i> , señalando a su familia.	0:21:57



Tabla 3. Puntuaciones de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión emocional, Seguridad y Compartir el Propósito de la terapeuta en la primera sesión

	Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptores	Comentario	Tiempo
Enganche (PT - 2)	Enganche (PT - 2)	Explica cómo funciona la terapia (+)	<i>Soy Iolanda D'Ascenzo, soy psiquiatra (...). Todas las veces que podemos trabajamos por lo menos dos en la terapia y cuando podemos con el equipo detrás del espejo. Un equipo pequeño de personas que están observando. (...) La cuestión es que trabajamos en equipo (...).</i>	0:01:01
		Estimula metas (+)	<i>¿Cómo os gustaría que os ayudáramos, teniendo en cuenta que os podemos ayudar a todos?, os lo pregunto a todos, ¿eh?</i>	1:01:24
		Expresa optimismo (+)	Clara pregunta en relación con el TLP: <i>¿Pero esto se cura?</i> Terapeuta: <i>Sí. Sí que se cura.</i> Clara: <i>Porque yo quiero ir a la «Unio» y tener una vida.</i> Terapeuta: <i>Por supuesto.</i> Clara: <i>Con esto toda mi vida, me voy a volver loca.</i> Terapeuta: <i>No, no creo. No creo. La cuestión es entender qué te pasa, ¿no?</i>	0:30:50
Conexión (PT - 1)	Conexión (PT - 1)	Comparte momento humorístico (+)	Cuando Clara comenta que prefiere ir con gente mayor y que su madre le dice que sus amigos son aburridos, la terapeuta dice: <i>¿Sí? Hombre, los amigos uno los puede elegir, podrías tener amigos menos aburridos, ¿no?</i>	0:15:48
		Expresa empatía (+)	En la devolución: <i>Porque lo que hemos visto hoy es que hay años que (...) ha habido mucho sufrimiento, son muchos años en los que es un problema tener una hija querida que no acaba de estar bien, y tu una hermana (a Mónica) y tu respecto a ti misma (a Clara), en una etapa muy larga en la que entendemos que has tenido que sufrir mucho (...). Además sin entender qué te pasa, que las cosas se te están complicando y que esto te impide seguir adelante con tu vida. Que, además, ellos no te entienden. Y vosotros (a los padres) no saber qué pasaba y cómo era la mejor manera de actuar y hacer lo mejor para ella. Son situaciones en que intuimos que, más allá de lo que hemos podido comentar hoy, hay mucha preocupación y sufrimiento detrás.</i>	1:30:38
Seguridad (PT - 1)	Seguridad (PT - 1)	Controla hostilidad (+)	A raíz de comentarios devaluadores de Clara hacia su padre, la terapeuta: <i>Bueno, Clara, tú has explicado tu visión. Abord escuchamos un poco a todos, cada uno tiene su propia visión de las cosas.</i>	0:08:40
Compartir el propósito (PT - 1)	Compartir el propósito (PT - 1)	Destaca lo que comparten en necesidades / sentimientos (+)	En la devolución: <i>Y que sois una familia que tiene ganas de estar bien, y que se nota que tenéis ganas y disponibilidad y que estéis bien, y eso es que vosotros como familia queréis estar bien y ayudaros mutuamente todos.</i>	1:29:28



CONSTRUCCIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN UN CASO DE TERAPIA FAMILIAR CON UN MIEMBRO CON TLP

Tabla 4. Puntuación de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión emocional y Seguridad de cada uno de los miembros de la familia en la tercera sesión

	Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptores	Comentario	Tiempo
Pablo	Enganche (PT - 2)	Muestra acuerdo con las metas (+)	Después de que Clara diga: «Yo pondré mi 50%» y la terapeuta le pregunte al padre: <i>¿Tú también puedes hacer lo mismo?</i> Pablo: <i>Sí.</i>	1:04:21
		Introduce un problema (+)	Pablo dice: <i>No sabemos el mejor camino para que nos demostremos los unos a los otros que nos queremos, ¿no? Esto es un tema complicado que....</i>	1:06:55
	Conexión (PT - 1)	Se siente entendido (+)	Mientras la terapeuta realiza la devolución, Pablo y Clara asienten y afirman con la cabeza varias veces.	0:22:54
María	Enganche (PT - 1)	Introduce un problema (+)	María refiriéndose a Pablo: <i>Nosotros siempre le decimos: tú no eres el psicoanalista, no puedes hacer (...) tú sabrás de lo tuyo, yo de lo mío... No puedes hacer eso..., porque él siempre ve las cosas más allá...</i>	1:11:46
	Conexión (PT - 1)	comparte un momento humorístico (+)	La terapeuta bromea sobre la cuestión de que cuando están por una hija no están por la otra y viceversa. Terapeuta: <i>Al final nosotros siempre os equivocáis.</i> María responde: <i>Siempre.</i> Terapeuta y María ríen. María: <i>No sabemos encontrar el equilibrio...</i>	0:41:50
Clara	Enganche (PT - 1)	Introduce un problema (+)	Después de que la terapeuta le pregunte en qué le gustaría que sus padres la comprendieran, Clara dice: <i>Que me dejen, que me comprendán en esto, que me dejen tranquila, que no me vigilen, que cuanto más pegados estén conmigo, peor, vigilarme como si tuviera tres años.</i>	0:46:21
	Conexión (PT - 1)	Se siente entendido (+)	La terapeuta muestra interés por la vida personal y los sueños de Clara y ella dice: <i>Sí, sí, tengo muchos sueños. Yo creo que si tú no te haces sueños y metas en la vida no estudiarás...</i>	0:18:47
	Seguridad (PT - 1)	Abre su intimidad (+)	Clara: <i>No me siento sola, me siento incomprendida (T: ah...) por la sociedad (...) sí. Has visto la opinión de mi padre respecto a mi.</i>	0:23:30



Tabla 5. Puntuación de la dimensión Compartir el Propósito de la Terapia en la Familia en la tercera sesión

	Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptores	Comentario	Tiempo
Pablo, María y Clara	Compartir el propósito (PT - -1)	Devalúan la opinión de otros (-)	Después de que María diga que quiere ver crecer a su hija Clara, que quiere ver a sus nietos, Clara dice: <i>No tendrás nietos (...) Saldrán con Alzheimer o con síndrome de Down... (...) o con leucemia...</i>	1:10:33



Tabla 6. Puntuaciones de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión emocional, Seguridad y Compartir el Propósito de la Terapia en la tercera sesión

Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptores	Comentario	Tiempo
Enganche (PT - 2)	Expresa optimismo (+)	La terapeuta expresa que, si estuvieran bien como hermanas anteriormente, pueden volver a estarlo: <i>Porque la relación de hermanas es una cosa bonita en la vida, y que si que puede ser un recurso para la persona (...) y esto entonces hace pensar que algún día puede mejorar.</i>	0:39:45
	Estimula metas (+)	La terapeuta a Clara: <i>¿Tú quieres dejar de ser una enferma psiquiátrica? (...) Tu carrera, últimamente, es de enferma psiquiátrica (...) ¿Te interesa esto? ¿Quieres hacer esto en la vida? (...) Clara contesta que no. Terapeuta: ¿No?, pues entonces habrá que hacer cambios, ponerse las pilas, remangarse todos, no solo tú.</i>	1:05:14
Conexión (PT - 3)	Comparte momento humorístico (+)	Terapeuta: <i>No, es que está loca, es evidente (ríen todos) (...).</i> Pablo: <i>Bueno... Yo pensaba que era yo el loco de la familia... (...).</i> Pablo, María y la terapeuta ríen. Terapeuta: <i>Sabes..., cuando uno hace tantos años de terapia... digámos que el certificado... casi que lo tiene...</i>	1:07:29
	Expresa confianza (+)	La terapeuta a Clara: <i>¿No?... No sé, bueno, por supuesto que, a mí, ahora la verdad, ahora que te conozco un poco, no me parece que sea lo que te conviene, puedes hacer muchas cosas en la vida y salirte...</i>	1:06:24
Seguridad (PT - 2)	Reconoce que la terapia implica riesgos (+)	Terapeuta: <i>Evidentemente a ti, Clara, te pedimos que hagas cambios y te esfuerces en comunicar y decir, pero si no te ayudamos no va a ser tan fácil, ¿no?... La cosa es que digas «sí, quiero», perfecto, estupendo, luego hacerlo... Y para vosotros también (a los padres) no creo que sea tan fácil dejar de hacer de guardián y volveros a convertir en padre y madre, ¿no?, sin esa angustia y... en pareja...</i>	1:35:16
	Ayuda a hablar sinceramente (+)	La terapeuta a Clara: <i>¿Porque darle la razón a tu padre es mortal, ¿no? O sea, cualquier otra cosa antes, ¿no? No entro en el tema de los amigos, que no sé, pero de este tema, que te sientes sola, él lo ha entendido y no se equivoca. No todo lo que hace tu padre es malo.</i>	0:23:00
Compartir el propósito (PT - 1)	Alienta acuerdos de compromiso (+)	La terapeuta a Pablo: <i>Que tú empieces a dirigirte a ella de otra manera, que tú hables menos con tu terapeuta y más con tu hija..., y que tú (a Clara) hagas el esfuerzo de decir lo que sientes... de verdad, peor de lo que ha pasado es difícil... Habéis vivido lo peor que se pueda vivir (...). Entonces más vale intentarlo, ¿no?</i>	0:58:12



CONSTRUCCIÓN DE LA ALIANZA TERAPÉUTICA EN UN CASO DE TERAPIA FAMILIAR CON UN MIEMBRO CON TLP

Tabla 7. Puntuación de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión emocional y Seguridad de cada uno de los miembros de la familia en la quinta sesión

	Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptores	Comentario	Tiempo
Pablo	Enganche (PT - 2)	Se inclina hacia delante (+)	El padre se mantiene reclinado en la silla mientras la madre explica las dificultades que tuvo su hija menor, de repente, se incorpora e inclinándose hacia los terapeutas dice: <i>Y de aquí venía el ataque de Clara hacia Mónica, diciendo que si era tonta, que si no sé qué...</i>	0:37:01
		Introduce un problema (+)	<i>Mi mujer te insiste en ver si nos podéis orientar para no sentirnos amenazados y un poco ponerla en su sitio, porque si no nos vemos un poco perdidos.</i>	0:12:40
	Conexión (PT - 1)	Se siente entendido (+)	Mientras la terapeuta normaliza la vulnerabilidad emocional, tanto Pablo como María asienten y confirman con la cabeza varias veces.	0:16:58
	Seguridad (PT - 2)	Abre su intimidad (+)	<i>A Clara le hemos perdonado muchas cosas, y a Mónica no le hemos perdonado tanto, esto me jode.</i>	0:28:30
Varia su tono emocional (+)		El padre se pone a llorar al reconocer que estaba más pendiente de Mónica.	0:57:00	
María	Enganche (PT - 1)	Introduce un problema (+)	Al inicio de la sesión cuando la terapeuta pregunta a la madre si añadiría algo respecto a cómo se encuentran, ella responde: <i>A veces no vamos con los amigos para ir con ella el fin de semana a cenar o al cine... y en esto dudamos porque no sabemos si hacemos bien o no... de dejar nuestros amigos para que ella no esté sola y que ella venga con nosotros a todas partes.</i>	0:06:34
	Conexión (PT - 1)	Se siente entendido (+)	Mientras la terapeuta normaliza la vulnerabilidad emocional, tanto Pablo como María asienten y confirman con la cabeza varias veces.	0:16:58
	Seguridad (PT - 1)	Abre su intimidad (+)	Después de la explicación del padre respecto a lo que le pasa a Clara, la terapeuta pregunta a la madre si añadiría alguna cosa más: <i>El fin de semana es horrible, no se quiere levantarse de la cama, la tengo que sacar a las cuatro de la tarde como sea... se levanta porque me ve a mí llorando que le pido, por favor, que se levante.</i>	0:05:26



Tabla 8. Puntuaciones de la dimensión Compartir el Propósito de la Terapia en la Familia en la quinta sesión

	Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptores	Comentario	Tiempo
Pablo y María	Compartir el propósito (PT - 1)	Validar los diferentes puntos de vista (+)	Pablo: <i>Luego María siempre ha dicho que Clara no ha tenido tiempo de ser pequeña, que tuvo que crecer porque vino una hermana muy seguida (...)</i> La terapeuta a María: <i>¿Sí?? (...)</i> María: <i>Es que se llevan once meses y medio, y, claro, Clara tenía once meses y medio y ya tuvo a su hermana, siempre pienso que ella su parcelá de bebé y de niña pequeña la ha tenido que compartir en seguida, no ha tenido tiempo de ser la pequeña.</i>	0:33:05



Tabla 9. Puntuaciones de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión emocional, Seguridad y Compartir el Propósito de la Terapia en la quinta sesión

Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptores	Comentario	Tiempo
Enganche (PT - 1)	Expresa optimismo (+)	<i>En todo lo mental, nosotros hablamos de trastornos porque la enfermedad significa que hay algo que no funciona, que corresponde a una parte anatómica que está alterada, hay un mal funcionamiento biológico y eso deriva a una serie de síntomas que con una medicación se curan, aquí no hay medicación que lo cure, desgraciadamente, ni es algo que quedará para el resto de su vida, es algo absolutamente reversible.</i>	0:48:20
	El terapeuta captura la atención del cliente (+)	Después de explicarle al padre los antecedentes de Clara respecto a visitas psiquiátricas y un posible ingreso, la terapeuta se dirige a los padres mirándolos con atención y les dice: <i>Estoy hablando de sufrimiento psíquico, que luego le podemos dar el nombre que queramos, que puede ser un trastorno de personalidad, puede haber sido una depresión...</i>	0:21:48
Conexión (PT - 2)	El terapeuta acoge vulnerabilidad del cliente (+)	El padre explica que cuando le preguntaban a Clara qué le pasaba, ella contestaba que les odiaba..., que no quería estar con ellos: <i>Algunas cosas hasta cierto punto son típicas de la adolescencia..., es una cosa muy típica de la edad, que uno con 18 años prefiere irse con unos amigos...</i>	0:16:58
	Expresa confianza (+)	<i>Lucha, no ha tirado la toalla, porque, insisto, con lo mal que ha llegado a estar, tiene mérito, eh, que es también mérito vuestro porque habéis estado a su lado.</i>	0:60:00
Compartir el propósito (PT - 1)	Subtaya visión común del problema/solución (+)	<i>Yo creo que Clara está en esta cuestión de apostar por la vida, su vida, y que vosotros estáis aquí, todos os habéis movido y estáis con ganas de hacer cosas para ayudarla a estar bien.</i>	0:43:30



ESTUDIO 2

Construcción y evolución de la alianza terapéutica en la terapia individual y familiar integrada de un Trastorno Límite de la Personalidad

Iolanda D'Ascenzo (1) (2), Anna Vilaregut (2), Cristina Günter (2), Emma Ribera (1), Nataixa Fabregat (1), Vanessa Munguia (1), Maria José Obando (1).

(1) Escuela de Terapia Familiar, *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, Barcelona, España.

(2) Universitat Ramon Llull, Barcelona, España.

Resumen

El objetivo de este estudio es analizar el proceso de construcción y evolución de la Alianza terapéutica de una familia con un miembro diagnosticado de trastorno límite de la personalidad, en un proceso terapéutico en el que se han combinado sesiones individuales con sesiones conjuntas de los diferentes subsistemas siguiendo el modelo de tratamiento integrado individual y familiar de Campo y D'Ascenzo (2010). A través del Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o) se analizaron cuatro dimensiones de la Alianza Terapéutica (*Enganche en el proceso terapéutico, Conexión emocional con el terapeuta, Seguridad en el sistema terapéutico y Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia*) en las cuatro primeras sesiones, la séptima y la novena sesión. Los resultados obtenidos muestran como todos los miembros de la familia incrementan sus puntuaciones en todas las dimensiones, destacando un cambio importante en *Seguridad y Sentido de Compartir el*

propósito. Además, las intervenciones terapéuticas que contribuyen en ello son relevantes en todas las dimensiones a lo largo del proceso terapéutico, sobre todo en *Enganche y Conexión Emocional* en la construcción de la Alianza Terapéutica, mientras *Seguridad y Sentido de Compartir el propósito* asumen relevancia en la evolución de la misma. En conclusión, este estudio permite aportar a la clínica más información sobre la construcción y evolución de la Alianza Terapéutica en un caso de TLP, factor esencial para el éxito terapéutico.

Palabras clave: alianza terapéutica, terapia familiar, trastorno límite de la personalidad, SOATIF-o, tratamiento integrado individual y familiar.

Abstract

The purpose of this study is to analyse the construction and evolution of the Therapeutic Alliance of a family with a member diagnosed with Borderline Personality Disorder, throughout a therapeutic process in which have been combined individual sessions with joint sessions of the different subsystems following the model of integrate individual and family treatment of Campo and D'Ascenzo (2010). Through the Observation System of the Therapeutic Alliance in Family Intervention (SOATIF-o), four dimensions were analysed (*Engagement in the therapeutic process, Emotional connection with the therapist, Security in the therapeutic system and Sense of sharing the purpose of therapy in the family*) in the first four sessions, the seventh and the ninth sessions. The results obtained show how all family members increase their scores in all dimensions, highlighting an important change in *Security in the therapeutic system* and *Sense of sharing the purpose in the family*. Therapeutic interventions which contribute in that are relevant in all dimensions during the therapeutic process, especially in

Engagement and Emotional Connection in the construction of Therapeutic Alliance, while *Security and Sense of sharing the purpose* are more relevant in its evolution. In conclusion, this study allows the clinic to provide more information on the construction and evolution of AT in a case of BPD, an essential factor for therapeutic success.

Keywords: Borderline Personality Disorder, family therapy, individual and family integrated treatment, SOFTA-o, therapeutic alliance.

Introducción

Las personas diagnosticadas de Trastorno Límite de la personalidad (TLP) son consideradas como un desafío para su tratamiento. Los motivos principales residen en la dificultad de estos pacientes en las relaciones interpersonales y en la inestabilidad emocional, que se ven reflejadas en la relación con el terapeuta (Bellino et al., 2016; Gabbard & Wilkinson, 1994) y que hacen difícil crear y mantener la alianza terapéutica (Jeung & Herpetz, 2014; Lazarus et al., 2014; Waldinger & Gunderson, 1984).

Bellino et al. (2016) señalan como factores críticos en el tratamiento de los trastornos límite de la personalidad las tendencias al suicidio, las conductas auto y etero-agresivas, los factores reconducibles a la contratransferencia, la necesidad de establecer límites, la fragilidad de la alianza terapéutica, la competencia y la formación del terapeuta en relación con el riesgo de *burnout*. Apuntan a la importancia de conseguir una buena alianza en el proceso terapéutico, ya que todos estos factores acabarían teniendo implicaciones problemáticas para la relación terapéutica.

Las dificultades en el manejo de la relación con pacientes diagnosticados de TLP abarcan tanto la construcción como en el mantenimiento de la alianza terapéutica (Waldinger & Gunderson, 1984), a causa de la tendencia de éstos a actuar sus sentimientos en lugar de explicarlos (Díaz, 2001) y a la gran variabilidad de la relación

con frecuentes rupturas de la alianza, difíciles de reconstruir (Cash et al., 2013; McMMain et al., 2015), en parte debidas a la tendencia a alternar entre la idealización y la denigración del terapeuta (Bender, 2005).

Diferentes estudios afirman que una fuerte alianza terapéutica con pacientes con TLP está asociada a una buena adhesión y resultado en el tratamiento. La relación con el terapeuta se convierte en un medio para las futuras relaciones (Hirsh et al., 2012; Spinhoven et al., 2007). Sería, por lo tanto, indispensable construir una sólida y estable alianza terapéutica para garantizar el buen desarrollo de la psicoterapia, aunque sean escasos los estudios que muestran evidencias suficientes sobre los predictores que contribuyen o pueden perjudicar al desarrollo de la alianza en el tratamiento.

En general, la AT puede ser considerada un buen predictor del resultado de una terapia, llegando a explicar entre el 25 y el 30% de la variación de los resultados en terapia, sin depender de la orientación terapéutica, el tipo de clientes o las problemáticas a tratar (Corbella & Botella, 2003; Feixas & Miró, 1993; Flükiger et al., 2012; Flükiger et al., 2018; Friedlander et al., 2011; Horvath et al., 2011; Lambert, 1992).

Estudios recientes han demostrado una relación directa de la AT con el éxito terapéutico en la psicoterapia individual (Graves et al., 2016; Horvath et al., 2011; Murphy & Hutton, 2018; Kushner et al., 2016) y han evidenciado que es uno de los factores principales para el mantenimiento o abandono unilateral de los pacientes (Sharf et al., 2010). Existe también un interés creciente hacia la alianza terapéutica en terapia familiar como muestran las diferentes investigaciones en terapias de pareja y de familia (Artigas et al., 2017; Balestra, 2017; Cervantes & Fruggeri, 2018; Díaz, 2016; Escudero et al., 2012; Friedlander et al., 2011; Lange et al., 2017).

Aunque existan estudios sobre la AT en el tratamiento del trastorno límite de personalidad (Dimaggio, 2019; McMMain et al., 2015; Pieró et al., 2013), son escasos los

que se refieren a la terapia familiar, así como son reducidas las aportaciones del modelo relacional sistémico al abordaje terapéutico de los TLP.

A pesar de que la mayoría de las dificultades en estos trastornos consista en el establecimiento de relaciones interpersonales funcionales, la mayoría de los tratamientos específicos son solo a nivel individual (Bedics et al., 2016; McMMain et al., 2015).

Diversas investigaciones han estudiado las relaciones e interacciones familiares como factores claves en el desarrollo del TLP y apuntan al contexto familiar como uno de los elementos a tener en cuenta en la intervención terapéutica (Cancrini & De Gregorio, 2019; Giffin, 2008; Selvini, 2008).

En su estudio pionero sobre la relación del TLP con determinadas características del contexto familiar en la infancia y la adolescencia, Benjamin (1996), identificó cuatro elementos principales en la historia evolutiva de los pacientes con TLP. Éstos fueron los siguientes: (1) en el interior de la familia prevalece el caos con peleas, enfrentamientos, infidelidades, cambios de pareja, de casa, de figuras de apego. Puede haber algún tipo de violencia, situaciones en las cuales, a menudo, viene implicado el niño, futuro paciente con TLP; (2) la historia evolutiva incluye momentos o fases en las que un progenitor/cuidador es afectivo seguidos por experiencias de abandono, aislamiento o soledad, a causa de la desaparición, aunque temporal, de las figuras de referencia, lo que puede provocar en el niño sentimientos de culpabilidad con respecto a estas ausencias. El afecto que el niño recibe es auténtico, pero intermitente y pueden entremezclarse episodios de abandono con periodos de sobre involucración; (3) durante este periodo en el que recibe afecto de un progenitor/cuidador, el futuro paciente presenta un fuerte apego a esta figura significativa y cuando el hijo/hija intenta diferenciarse e

individualizarse, el progenitor/cuidador lo vive como una traición, atacando con dureza esta búsqueda de independencia del paciente, así que los esfuerzos para la autonomía del paciente vienen interpretados como deslealtad; (4) el futuro paciente aprende que puede conseguir amor y atención a través de la infelicidad o la enfermedad y aplicará, sucesivamente, a sus relaciones más significativas este mismo aprendizaje, creyendo que aquellos que le cuidan le darán más apoyo, afecto y amor si él/ella está enfermo o sufre.

Campo y D'Ascenzo (2010), en su estudio sobre el contexto familiar de los TLP desde una perspectiva relacional sistémica, encontraron que el paciente se encuentra a menudo atrapado en el dilema entre conseguir la autonomía necesaria para sentirse bien consigo mismo y poder construir su propia identidad, y sentirse querido y aceptado por sus padres. Las autoras han observado que el proceso de individuación del hijo es problemático desde la adolescencia debido a la presencia de mecanismos disfuncionales en los dos pilares básicos de la crianza de los hijos: la vinculación afectiva y la socialización, afectando a la regulación de los polos cercanía/distancia emocional en la afectividad y alta exigencia/permisividad en el respeto de las normas. Las familias oscilan entre la hiperinvolucración afectiva y la negligencia, generando en el hijo confusión y la percepción de no ser amado de manera incondicional.

En esa línea, Linares (2012) señala que en las familias con un TLP, desde la psicopatología relacional, se pueden dar tres tipos de dinámicas entre los progenitores: (1) una *triangulación equívoca*: se produce en la familia cuando una parentalidad primariamente conservada se ve deteriorada secundariamente por el impacto de una conyugalidad disarmónica, o sea unos padres que, por su propia historia familiar y capacidades personales han funcionado bien y podrían seguir haciéndolo, pero no ejercen de manera adecuada la parentalidad por la presencia de conflictos conyugales, lo

cual facilita que los hijos se vean invitados, con escasa posibilidad de resistirse, a participar en los juegos relacionales de los padres; (2) una *deprivación*, en la que se combinan una parentalidad deteriorada y una conyugalidad armoniosa generalmente basada en la complementariedad. En la parentalidad encontramos pseudohiperprotección, crítica, descalificación y rechazo. Es muy frecuente en familias con hijos adoptados y puede propiciar una evolución narcisista de la personalidad del hijo. Los padres bien avenidos entre sí como pareja, se muestran incapaces de atender a las necesidades nutricias del hijo, al que perciben como molesto y lleno de defectos; (3) las situaciones de *Caotización* se describen como el resultado de una conyugalidad disarmónica y una parentalidad deteriorada. Se trata de las familias en las que predomina el rechazo en las interacciones parento-filiales y son los casos más graves, a menudo con rasgos antisociales.

Giffin (2008) señala que las dificultades que presentan los pacientes con TLP son de naturaleza interpersonal a tal punto que debería considerarse como un trastorno que afecta no solo a la persona que lo presenta, sino también a las personas a su alrededor. En su estudio cualitativo sobre un grupo de pacientes con TLP y sus familias, evidenció que las familias están caracterizadas por una gran complejidad sostenida por contradicciones y, a veces, sobreimplicación y que las respuestas de los familiares indican una falta de comprensión por parte de los clínicos sobre cómo ayudar a las familias. Concluye que las experiencias de las familias llevarían a considerar necesario incluir un enfoque sistémico que focalice, más allá de las relaciones diádicas, el interjuego con y entre diferentes niveles de relaciones.

Varios estudios concuerdan en la oportunidad de incluir a la familia en el tratamiento y se han centrado en analizar la efectividad de la terapia familiar en familias con un miembro diagnosticado de TLP (Cancrini & De Gregorio, 2018; Choi, 2018;

Giffin, 2008; Glick et al., 1995; Infurna et al., 2016; Woodberry et al., 2002). La familia y otras relaciones significativas son el foco de interés en la comprensión del trastorno desde la psicopatología relacional, así como en el proceso terapéutico y de consolidación de los cambios con el objetivo de modificar el funcionamiento de la personalidad. (Allen 2001; Campo & D'Ascenzo, 2010; Cancrini & De Gregorio, 2018; D'Ascenzo & Sciarillo, 2012; Linares, 2012; Selvini, 2008).

Cancrini y De Gregorio (2018) señalan que, desde un punto de vista estructural, algunos de los beneficios de involucrar a la familia en el tratamiento terapéutico implican poder ayudar a los padres/cuidadores a funcionar desde un frente unido para manejar los comportamientos sintomáticos del paciente y, además, facilitar que sean capaces de diferenciar al paciente como individuo de lo que hace o siente durante momentos concretos o fases de su vida. Apuntan al problema de la relación terapéutica con estos pacientes y familias, teniendo presente que la situación por la que atraviesan estos sistemas familiares es dolorosa, complicada y caótica y puede resultar un gran desafío para los terapeutas que pueden llegar a ser incomprendidos o ignorados por la familia a causa del caos, la tristeza y la atmósfera explosiva en el que se ven inmersos. Por otra parte, una vez superada esta dificultad, la fuerza de implicación emocional que presentan estas familias, permite que el paciente experimente la fuerza y autenticidad del cariño, afecto y reconocimiento familiar. A medida que transcurren las sesiones terapéuticas, el comportamiento sintomático pierde intensidad y frecuencia, facilitando una intervención más estructurada donde se puede trabajar la diferenciación e individualización del paciente y proporcionar estabilidad en el sistema familiar abordando conflictos no resueltos dentro de la pareja parental, entre hermanos o con la familia extensa.

Los mismos autores señalan la importancia de identificar la etapa del ciclo vital en la que el paciente se encuentra para elegir en cada momento la intervención terapéutica más oportuna; la elección de trabajar con el individuo, la pareja o la familia es una decisión que el terapeuta debe afrontar para ayudar de la mejor manera posible y se beneficia de un marco sistémico de psicoterapia. Añaden que sólo una metodología basada en una atenta consideración del ciclo vital y del contexto interpersonal en el que los síntomas se manifiestan puede activar todos los recursos de los que el terapeuta dispone para ayudar a los pacientes con síntomas de TLP (Cancrini & De Gregorio, 2018).

En esa línea, la aportación del modelo relacional sistémico es ofrecer la posibilidad de incidir en los rasgos de personalidad y los comportamientos específicos de los TLP, no sólo a través de la relación con el terapeuta, sino también a través de las relaciones significativas con los miembros de la familia, tanto en el pasado como en el presente (Campo & D'Ascenzo, 2010).

Contrariamente a la idea difusa de la cronicidad del TLP, los estudios demuestran que es un trastorno muy tratable (Leichsering et al., 2011) y que si se interviene en los factores ambientales de riesgo para el desarrollo del trastorno es posible prevenirlo (Barnow et al. 2006).

Cancrini y De Gregorio (2019) ponen énfasis en la necesidad de trabajar con las familias de origen y de procreación como prioridad absoluta en las estructuras que se ocupan de estos pacientes y señalan que, aunque una persona haya vivido en la infancia situaciones traumáticas, siempre es necesario e indispensable que no reciba protección ni ayuda psicoterapéutica para que el trastorno de personalidad se desarrolle en toda su grandiosa psicopatología.

En respuesta a las dificultades de manejo terapéutico que presentan estos casos y respondiendo a la oportunidad de prevenir la cristalización del trastorno (Cancrini, 2007; Zanarini, 2009) en la etapa del ciclo vital del adolescente y joven adulto, Campo y D'Ascenzo (2010) crearon un modelo psicoterapéutico, el Tratamiento Integrado Individual y Familiar, para tratar a pacientes diagnosticados de TLP. Utiliza la estrategia de combinar sesiones individuales y familiares desde el inicio del tratamiento como facilitador de la sinergia, donde las intervenciones con los diferentes subsistemas familiares se complementan y se potencian. De esta manera, se facilitan los cambios terapéuticos de forma más directa en el contexto natural de referencia y se utilizan los recursos del ecosistema. Es decir, la técnica y la alianza se entrelazan en el transcurso del proceso terapéutico (Friedlander et al., 2016).

La alianza terapéutica en terapia de pareja y familia presenta algunas singularidades ya que implica la formación de un fuerte vínculo emocional, la negociación de objetivos y tareas tanto entre los miembros del sistema y el terapeuta, como entre los miembros del sistema familiar entre sí y los subsistemas (parental, fraterno). Las alianzas existentes previamente en las familias afectan la forma en que los miembros se comportan en terapia y a su valoración con respecto al terapeuta y al proceso terapéutico (Sprenkle & Blow, 2004; Escudero & Friedlander, 2019).

El modelo relacional sistémico describe la AT como un elemento complejo de sistemas multipersonales y multigeneracionales, donde los síntomas y las dificultades que se presentan a lo largo de la vida, son el resultado de múltiples fuerzas recíprocas e interactuantes tanto dentro como fuera de la familia (Beck et al., 2006; Friedlander et al., 2016; Escudero & Friedlander, 2019).

En terapia familiar y de pareja el concepto de AT fue introducido por Pinsof y Catherall (1986). Basándose en la definición de Bordin (1979) de “alianza de trabajo” según tres componentes: (1) *el acuerdo entre el terapeuta y el cliente acerca de las metas del tratamiento*, refiriéndose a la búsqueda conjunta entre cliente y terapeuta del objetivo de cambio que mejor define las dificultades y las frustraciones en relación a la historia del cliente; (2) *el acuerdo entre ambos sobre las tareas necesarias para conseguir las metas acordadas*, entendiendo las tareas como actividades específicas (pensamientos y acciones) con las que el cliente tiene que comprometerse para beneficiarse del tratamiento; (3) *vínculo y/o lazos afectivos entre terapeuta y cliente*, definidos como intercambios de respeto, confianza y aceptación necesarios para sostener arduo trabajo que representa el cambio terapéutico (Horvath & Bedi, 2002).

Posteriormente, Pinsof y Catherall (1986) adaptaron e integraron el concepto de alianza individual descrita y conceptualizada por Bordin (1979) al trabajo sistémico. Diferenciaron dos dimensiones: (1) *dimensión de contenido*, que incluye los componentes de la conceptualización inicial de Bordin (tareas, metas y vínculos) y (2) *dimensión interpersonal*, que hace referencia no solo a la relación establecida entre terapeuta-paciente, sino también a la relación entre el terapeuta y otros miembros significativos del sistema.

Pinsof y Catherall (1986), describen, además, la existencia de tres niveles en la alianza terapéutica en terapia familiar, que se influyen mutuamente: (1) *Alianza individual*, que el terapeuta establece con cada miembro del sistema, (2) *Alianza subsistema*, la del terapeuta con cada subsistema (subsistema parental, subsistema fraterno, etc.), y (3) *Alianza con todo el sistema*, que corresponde al nivel de alianza del terapeuta con la globalidad del sistema familiar.

La alianza terapéutica en terapia familiar no sólo depende de la relación que establece el terapeuta con los diferentes miembros del sistema, sino que también tiene una gran importancia la interrelación que se establece entre ellos (Friedlander et al., 2006; Pinsof, 1994; Rait, 1998). La alianza entre los miembros de la familia fue definida por Pinsof (1994, 1995) como *alianza intrasistema*, esta nueva dimensión define una posición distinta de las alianzas individuales y de los subsistemas, ya que ésta puede existir entre subsistemas, entre individuos o entre individuos y subsistemas indistintamente.

Por tanto, la complejidad de las terapias que involucran a más de un miembro del sistema consiste en equilibrar las alianzas con los diferentes miembros de la familia, para guiar a cada subsistema, individual y familiar, hacia la finalidad de conseguir los objetivos terapéuticos pactados (Escudero & Friedlander, 2019). El terapeuta se enfrenta, así, a la importante tarea de estar atento a las alianzas existentes y cambiantes de los subsistemas, ya que las alianzas individuales afectan a las alianzas con todos los miembros de la familia (Escudero & Friedlander, 2019). Como afirma Rait (2000), uno de los retos más complejos en la terapia familiar es el manejo de múltiples alianzas en las sesiones caracterizadas por un ambiente predominado por la emotividad, la vulnerabilidad, la amenaza y el conflicto. Tener en cuenta el equilibrio de las alianzas entre los miembros que participan en la terapia será fundamental para prevenir alianzas divididas que dificulten el proceso terapéutico y posibles abandonos (Anderson & Johnson, 2010; Escudero et al., 2012; Friedlander et al., 2006; Muñoz de la Peña et al., 2009).

Ha sido posible estudiar la complejidad de la alianza terapéutica en terapia familiar y de pareja y sus efectos en los resultados, gracias a la creación de un instrumento para evaluar la fuerza de la alianza en terapia familiar por Escudero y

Friedlander (2003), el SOATIF-o. Analiza cuatro dimensiones de la AT: (1) *Enganche en el proceso terapéutico*, (2) *Conexión emocional con el terapeuta*, (3) *Seguridad en el sistema terapéutico* y (4) *Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia*, para poder medir las distintas alianzas que se desarrollan en la terapia familiar y de pareja.

Friedlander et al. (2011) realizaron un meta-análisis sobre la relación entre la alianza terapéutica y el resultado en terapias de pareja y familia. Estuvo conformado por 24 estudios con un total de 1461 clientes. En la mayoría de estudios se evaluó la alianza al inicio del tratamiento, mientras que solo algunos evaluaron la alianza en diferentes fases del tratamiento. Los resultados mostraron similitudes entre la alianza que se establece en terapia individual y terapia de pareja y familia y que los pacientes son capaces de expresar sus sentimientos y reacciones, no solo en la relación con el terapeuta, sino también frente a los demás miembros de la familia.

En esa línea, D'Ascenzo et al. (2019) realizaron un estudio sobre la construcción de la alianza terapéutica en un caso de terapia familiar con un miembro con TLP, donde se concluye que de las cuatro dimensiones que mide el SOATIF-o, la *Conexión Emocional* y la *Seguridad* son las que tienen un mayor peso en la formación y afianzamiento de la alianza terapéutica en un caso de terapia familiar con un miembro diagnosticado de TLP.

Este estudio se propone completar la investigación analizando la construcción y evolución de la AT en una familia con un miembro con el diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad (TLP) a lo largo de todo el proceso terapéutico.

En específico, en el proceso terapéutico de un tratamiento integrado individual y familiar, no se trata sólo de analizar las respuestas de la familia a unas intervenciones

estandarizadas del terapeuta, si no de conocer y analizar lo que surge en la relación terapéutica a través de las interacciones constantes y recíprocas dentro de un sistema que evoluciona en el tiempo y del que el terapeuta es parte integrante.

La construcción de la AT, en estos casos, se configura como medio para la terapia y, a la vez, como intervención terapéutica en sí misma. Modificando los patrones interaccionales necesarios para la construcción de la alianza se intervendría, así, en los factores inherentes al contexto de las relaciones que constituyen uno de los problemas más importantes de la psicopatología de los TLP y del manejo de la terapia.

En base a estas consideraciones, los objetivos de este estudio son estudiar la construcción y la evolución de la AT a lo largo de todo el proceso terapéutico, analizando los indicadores con menor y mayor relevancia y describir las intervenciones terapéuticas que contribuyen en el proceso.

Método

Diseño

Se trata de un estudio de caso único con diseño mixto. Pretendemos así, contribuir en el conocimiento dinámico de la alianza terapéutica en el caso de una terapia familiar ya que las investigaciones sobre la alianza sugieren analizar “eventos interpersonales de pequeña escala” dentro de la terapia (Horvath, 2011).

En el estudio de casos se seleccionan ejemplos representativos de un fenómeno para estudiarlo en profundidad (Martínez, Castellanos & Chacón, 2014).

Participantes

Familia compuesta por cuatro miembros, Silvia, la madre de 54 años de origen colombiano, Manuel, el padre de 65, de origen español, casados y con dos hijos, Luisa, la hija de 23 años y Raúl, el hermano menor de 18 años. Acuden al Servicio de Terapia Familiar del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* de Barcelona para realizar terapia familiar porque la hija mayor está diagnosticada de TLP. Son derivados por otro profesional que trabaja en un centro de salud de Barcelona.

La hija mayor tuvo dos intentos de suicidio, esto derivó en la búsqueda de un tratamiento psiquiátrico individual por parte de la madre. El abordaje individual no logró frenar la evolución de la sintomatología hacia un diagnóstico de TLP, persistiendo los problemas emocionales y relacionales. Desde la adolescencia manifestó impulsividad, rabia, inestabilidad emocional, discontinuidad en las metas y en las relaciones, promiscuidad sexual. La familia atribuyó en buena parte los problemas de la paciente a una relación muy conflictiva con el padre que, con los años, se fue agravando y, en el momento que acudieron a terapia familiar, estaba muy deteriorada. La madre, aunque fuera la figura más cercana afectivamente a la hija, expresaba impotencia en la gestión del conflicto y cierta ambivalencia. La pareja mostraba un funcionamiento complementario siguiendo el modelo de Linares y Campo (2002) en el que la madre tendía a ponerse en posición *down* provocando intensas reacciones de rabia en la hija que, desde la infancia, se había enfrentado al padre para reivindicar una posición de mayor poder para la madre. La hija se había marchado de casa durante la adolescencia sin haber acabado su proceso de individuación en una situación de inestabilidad relacional, económica y emocional. En el momento de iniciar la terapia se encontraba en el 5º mes de embarazo. Había tenido dos abortos anteriormente y este último embarazo no había sido planificado. Silvia había asumido medicamentos comprados en internet

para una dieta adelgazante que le habían provocado amenorrea y, por ese motivo, no se había dado cuenta de estar embarazada hasta muy avanzado el embarazo (entre la demanda de terapia familiar y la primera sesión, motivo por el cual el equipo no conocía este dato). Tenía dudas sobre la paternidad a causa de conductas sexuales promiscuas. Retornó a casa de los padres, generando un enorme malestar familiar, intensificando la conflictividad con el padre. A pesar de la presencia de disfunciones en las relaciones familiares, todos los problemas se atribuían al trastorno de personalidad de la hija, objeto de desvalorización y crítica por parte sobre todo del padre y del hermano. La madre empezó a buscar diferentes recursos terapéuticos hasta que, a través de su centro de salud primario, fueron derivados a terapia familiar.

La terapeuta que se ha hecho cargo de la terapia es psiquiatra psicoterapeuta, especialista en psicoterapia familiar y relacional con 30 años de experiencia y co-autora del modelo de tratamiento integrado individual y familiar en el TLP. La co-terapeuta es psicóloga y terapeuta familiar con 3 años de experiencia en el modelo. Los aportes de la co-terapeuta se han analizado en la misma categoría que la terapeuta.

Instrumento

Sistema para la Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o, Friedlander et al., 2006) para la evaluar la alianza terapéutica. Es un instrumento observacional aplicado por evaluadores externos que observan una sesión grabada de terapia familiar o de pareja. Se encarga de evaluar cuatro dimensiones. Estas son *Enganche en el proceso terapéutico*: el cliente entiende que el tratamiento tiene sentido, transmite estar involucrado en el proceso terapéutico y trabaja junto al terapeuta para consensuar los objetivos y metas de la terapia, y las tareas pueden

discutirse y negociarse con el terapeuta y la familia; *Conexión emocional con el terapeuta*: el cliente siente y muestra que el terapeuta es una persona importante y que tiene un interés verdadero hacia él y su familia; se establece una relación de confianza, afecto, seguridad y pertenencia; *Seguridad en el sistema terapéutico*: el cliente ve la terapia como un lugar donde puede arriesgarse, abrirse a nuevas cosas, ser más flexible; hay una sensación de bienestar y predisposición para vivir nuevas experiencias y nuevos aprendizajes; *Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia*: los miembros de la unidad familiar colaboran entre sí y trabajan juntos para mejorar la relación familiar y conseguir objetivos comunes para todos, hay un sentimiento de unidad dentro de la familia en relación con la terapia.

Este instrumento consta de dos partes diferenciadas con el objetivo de evaluar la alianza tanto para la familia como para el terapeuta. En la primera se detectan los indicadores conductuales para cada participante y en la segunda, se realiza una valoración global de cada una de las dimensiones del instrumento. Para realizar la valoración global, 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). Así se valora la frecuencia del comportamiento, la intensidad y el significado de cada dimensión (Friendlander et al., 2006).

Este instrumento ha mostrado tener una adecuada fiabilidad. En la primera prueba con la versión española se obtuvieron correlaciones de entre .78 y .93 y en posteriores estudios obtuvieron entre .75 y .95 (Escudero et al., 2008; Friedlander et al., 2009).

Se han realizado estudios de validez y fiabilidad, y un análisis factorial exploratorio para demostrarla calidad psicométrica de la escala (Friedlander et al., 2006).

El instrumento permite, por un lado, evaluar cómo se establece la AT entre familia y terapeuta y, por otro lado, cómo el terapeuta construye o genera la AT a través de sus intervenciones específicas. La evaluación global de las sesiones se completa con el análisis de las intervenciones terapéuticas que tienen más relevancia en producir cambios en la evolución de la AT.

Procedimiento

Se cuenta con el consentimiento informado de todos los participantes para poder utilizar el caso con fines docentes y de investigación. La terapia fue grabada en video y se realizaron las transcripciones literales de las sesiones.

El instrumento (SOATIF-o) ha sido administrado por un equipo de cinco observadoras, todas mujeres, con una media de edad de 35 años, cuatro psicólogas y una psicopedagoga, formadas como terapeutas familiares y una supervisora.

Partiendo de que es un estudio de diseño mixto, y con el objetivo de incrementar la fiabilidad de la investigación se realiza el análisis de la AT en dos fases. En una primera fase cada evaluadora observa la sesión grabada de manera independiente, y con el soporte de la transcripción realiza la valoración de los descriptores positivos y negativos en cada dimensión y para cada uno de los miembros de esa sesión. En una segunda fase, y una vez registrados todos los descriptores positivos y negativos de ambos sistemas (familia y terapeuta), las observadoras realizan una puesta en común

donde contrastan resultados y valoran de forma consensuada cada una de las cuatro dimensiones del instrumento SOATIF-o.

Se evaluaron seis de las once sesiones del tratamiento terapéutico. Cuatro de ellas corresponden al inicio de la terapia, una a la etapa intermedia y una a la etapa final. Éstas representan diferentes momentos del curso del tratamiento y de los subsistemas familiares: la primera fue realizada con toda la familia, la segunda con la paciente, la tercera con el subsistema parental, la cuarta con la fratria y la séptima y la novena nuevamente con toda la familia. El criterio utilizado para la selección de las sesiones ha sido, por un lado, para analizar la alianza a lo largo de todo el proceso terapéutico y por otro, para poder observar cómo las sesiones individuales y con los diferentes subsistemas influyeron en la evolución de la AT con la familia a lo largo de todo el proceso terapéutico.

Tratamiento

El proceso terapéutico siguió el modelo de terapia familiar con pacientes diagnosticados de TLP desarrollado por Campo y D'Ascenzo (2010) en la Unidad de Psicoterapia del Servicio de Psiquiatría del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* de Barcelona. Se trata de un modelo que combina las intervenciones individuales con intervenciones familiares y con los diferentes subsistemas en función de las necesidades terapéuticas. Este método de intervención permite promover cambios de forma más directa en el contexto natural de referencia y, a la vez, que los cambios positivos en las sesiones individuales se puedan ver reflejados en el sistema familiar.

El procedimiento seguido cuenta con una etapa inicial en la que se construye el contexto terapéutico en la base de la colaboración de todas las figuras significativas para

la persona diagnosticada de TLP, desde el comienzo de la terapia, con la finalidad de construir la AT y establecer el contrato terapéutico. A tal fin, se realiza una primera sesión en la que acude la familia, seguidamente, una específica para los padres y otra con la paciente individualmente. Se incluye también a la fratría. Si existe una relación de pareja estable se prioriza la sesión con la pareja. En el caso tratado, aunque la paciente estuviera embarazada, no mantenía ninguna relación de pareja estable. En la segunda etapa, en función de los objetivos terapéuticos acordados con todos los miembros de la familia, se realizan sesiones en las que se trabaja con toda la familia, con los padres, con la fratría y también con el paciente individualmente. La intervención está centrada en un trabajo individual que implica la responsabilidad de la paciente sobre los cambios necesarios para mejorar su funcionamiento de personalidad. A la vez, se trabaja en el contexto relacional, ya que la teoría relacional sistémica indica que los cambios en el contexto de referencia son necesarios para facilitar y consolidar conductas, sentimientos y pensamientos más funcionales, lo cual implica un compromiso de responsabilidad por parte de los familiares hacia el cambio.

El proceso terapéutico que se ha analizado ha sido de 11 sesiones quincenales de aproximadamente 2 horas de duración, con una evolución favorable de la paciente consiguiendo una mejora en la comunicación y en el funcionamiento familiar, que se flexibilizara el sistema, suavizando los conflictos existentes, en beneficio de un funcionamiento estable de Luisa. Fue especialmente importante gestionar y equilibrar el funcionamiento de los subsistemas con la finalidad de crear un contexto más propicio a un buen ejercicio de la parentalidad de Luisa a través de la valoración y el apoyo de sus familiares.

Resultados

En la primera sesión, a la que asisten todos los miembros de la familia, Manuel (padre), Silvia (madre), Luisa (hija) y Raúl (hijo) en cuanto a la dimensión *Enganche* madre e hija muestran estar ligeramente involucradas en la terapia (PT=1), en cambio el padre obtiene una puntuación ligeramente problemática (PT=-1) indicando estar poco involucrado y Raúl obtiene una alianza neutra (PT=0). Ver Figura 1.

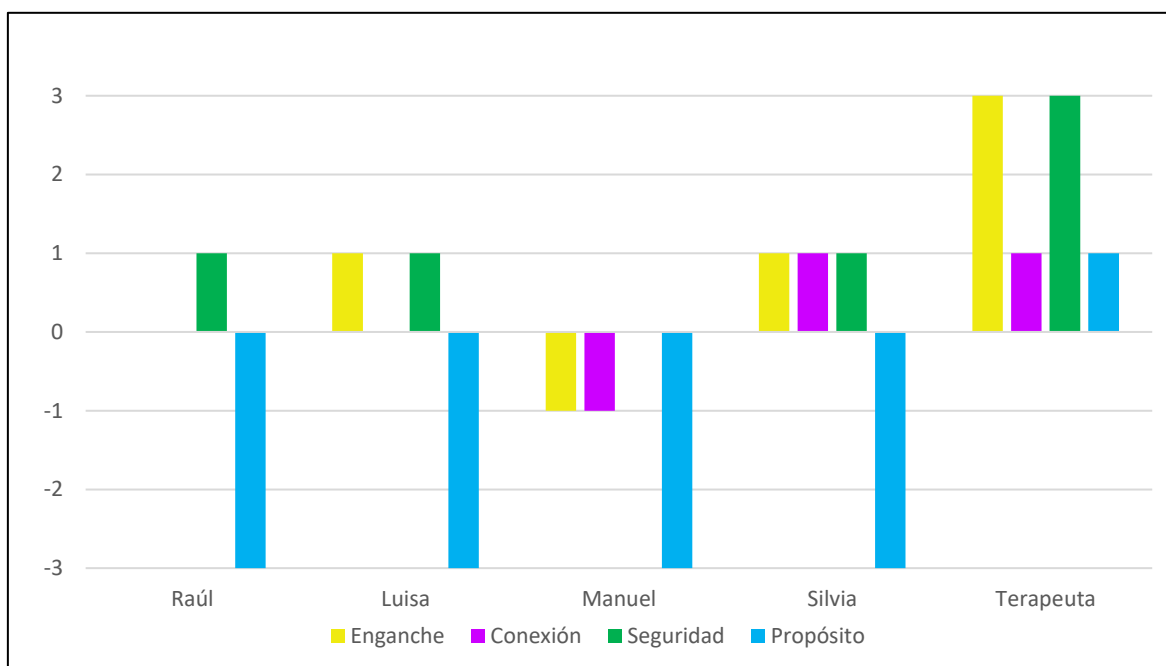
En cuanto a la dimensión *Conexión* es positiva sólo en Silvia (PT=1) que muestra una ligera confianza y afecto, mientras que es negativa en Manuel (PT=-1) que presenta ciertas dificultades para confiar en la terapeuta y neutra en Raúl y Luisa (PT=0).

En tercer lugar, en la dimensión *Seguridad*, Raúl, Luisa y Silvia obtienen una puntuación que indica una ligera confianza en la terapia (PT=1). Manuel se muestra neutro en esta dimensión (PT=0). Por otro lado, para la dimensión *Compartir el Propósito* la familia obtiene una puntuación muy problemática (PT=-3), mostrando así dificultades significativas en la colaboración familiar para conseguir objetivos comunes en relación con la terapia.

El análisis de la contribución de la terapeuta en la primera sesión muestra puntuaciones positivas en todas las dimensiones, fortaleciendo así la creación de la alianza terapéutica. Propició ligeramente la *Conexión Emocional* y el sentido de *Compartir el Propósito* (PT=1) y contribuyó de manera intensa en la dimensión de *Enganche* y *Seguridad* (PT=3). Contuvo y manejó la hostilidad abierta entre clientes durante toda la sesión, como se puede observar en esta intervención: “*que en una familia las personas pueden tener una visión muy distinta ¿no? de la misma situación y esto a veces crea malentendidos o desentendimientos*”. Ver Figura 1.

Figura 1.

Puntuaciones de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión emocional, Seguridad y Compartir el Propósito de la Terapia en la primera sesión.



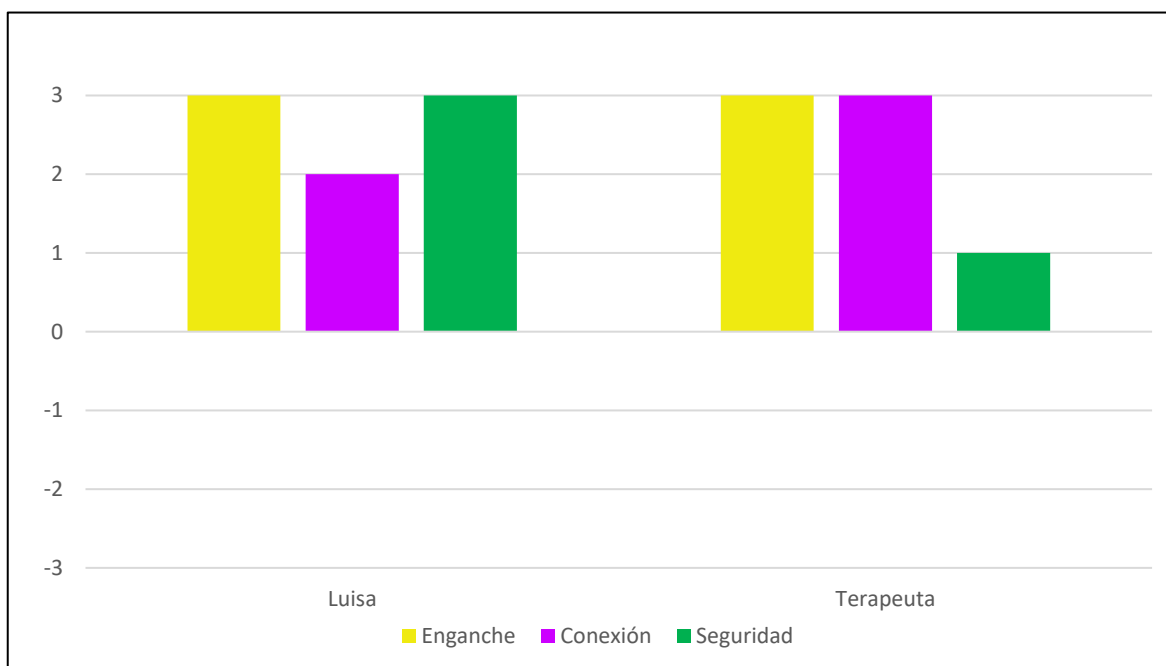
A partir de la segunda sesión, se da inicio a las convocatorias con los subsistemas, donde se combinan sesiones familiares con sesiones individuales, con los padres y con la fratría. En esta sesión, donde se convoca únicamente a Luisa, podemos observar cómo sus puntuaciones incrementan positivamente en todas las dimensiones. Mostrando una buena *Conexión Emocional* (PT=2), mucha *Seguridad* (PT=3) y un *Enganche* muy fuerte (PT=3), expresando así, confianza y afecto hacia la terapeuta, mucha confianza en la terapia y una fuerte implicación en el proceso terapéutico. Ver Figura 2.

En la contribución de la terapeuta, se observa puntuaciones positivas en todas las dimensiones. Propiciando ligeramente la *Seguridad* (PT=1) y de manera intensa el *Enganche* y la *Conexión Emocional* (PT=3). Destacando que las intervenciones realizadas por la terapeuta que más han ayudado en la AT en esta sesión han sido las que manifestaban optimismo en los cambios que Luisa ha hecho o puede hacer y

cuando mostraba empatía con respecto a la relación conflictiva que ha vivido con sus padres, al situarse en el rol de protectora de su madre: “¿es esta idea de la protección no? que de alguna manera es posible que tú le hayas protegido también, ¿no? haciendo esto de pararrayos”. Ver Figura 2.

Figura 2.

Puntuaciones de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión emocional y Seguridad en la segunda sesión.



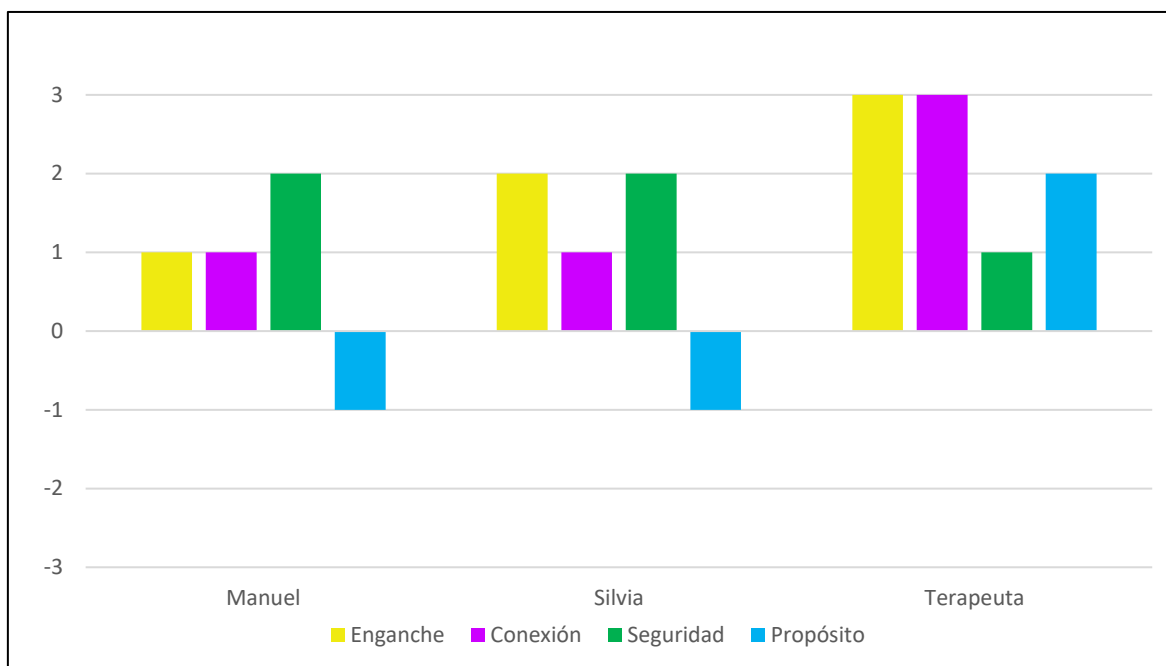
En la tercera sesión se convoca a Manuel (padre) y a Silvia (madre). Destacan puntuaciones positivas en todas las dimensiones, menos en *Compartir el Propósito* (PT=-1), donde se muestra una ligera dificultad para colaborar y conseguir objetivos conjuntos. Los padres expresaron una visión bastante negativa de Luisa. También manifestaron dificultades entre ellos para llegar a acuerdos sobre cómo educar a sus hijos. La convocatoria del subsistema favorece en especial las puntuaciones del padre, la mejora en la AT en esta sesión pone en evidencia que se siente más cómodo en la relación conyugal, mientras que la presencia de los hijos acentúa su tendencia a la rigidez, a la crítica y a la descalificación. En la dimensión *Enganche*, el padre se

muestra ligeramente involucrado (PT=1), y la madre bastante involucrada (PT=2). En la dimensión *Conexión Emocional*, ambos muestran una ligera confianza y afecto hacia la terapeuta (PT=1). Y en la dimensión *Seguridad*, reflejan también bastante confianza en la terapia (PT=2). Un ejemplo de ello es cuando Manuel abre su intimidad y dice: *“eso es lo que yo temo que, una vez que nazca la criatura y tenga que, es duro el hecho de que, porque una criatura es una criatura y no es un muñeco que me gusta ahora y mañana no me gusta, entonces yo me temo que pasen cosas”*. En general, se puede observar que esta sesión está marcada por los descriptores positivos referentes a la apertura de la intimidad de los padres. Un ejemplo claro de esto es cuando el padre explica su historia de familia de origen (F.O.) y puede expresar la dificultad de criarse con una madre fría y sola, por la muerte dramática y prematura del padre, que repetía siempre *“Mejor criar cerdos que, por lo menos, te dan jamones”*. Los progenitores sintieron un tal alivio a raíz de esa sesión, por el hecho de encontrar un significado a sus propias dificultades en la historia con su F.O, que pidieron una copia de la sesión para verla junto con sus hijos.

Las contribuciones de la terapeuta refuerzan ligeramente en *Seguridad* (PT=1), bastante en *Compartir el Propósito* (PT=2) y de manera intensa en *Enganche* y *Conexión Emocional* (PT=3). En esta sesión la terapeuta ayudó a los padres a definir sus metas en la terapia, enmarcando el conflicto no sólo en la sintomatología de Luisa, sino también en las dificultades de comunicación que presentan como pareja: *“¿cuándo tú dices hablar más, en qué estás pensando, a qué te refieres? ¿Qué crees que habría que comunicar más?”*. Ver Figura 3.

Figura 3.

Puntuaciones de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión emocional, Seguridad y Compartir el Propósito de la Terapia en la tercera sesión.



En la cuarta sesión, acuden Raúl (hijo) y Luisa (hija), destacando el incremento de la AT con Raúl. Ambos han obtenido una mejora de la puntuación en *Enganche* (PT=2) indicando un aumento en su compromiso con la terapia. Un ejemplo es cuando Luisa dice: “*No sé si desde que vinimos aquí. La primera vez que vinimos estuvo peor, fatal. Pero desde la última vez que vinieron ellos es como que está más... conmigo habla y a él no le dice nada, no se mete con él ya*”. Ver Figura 4.

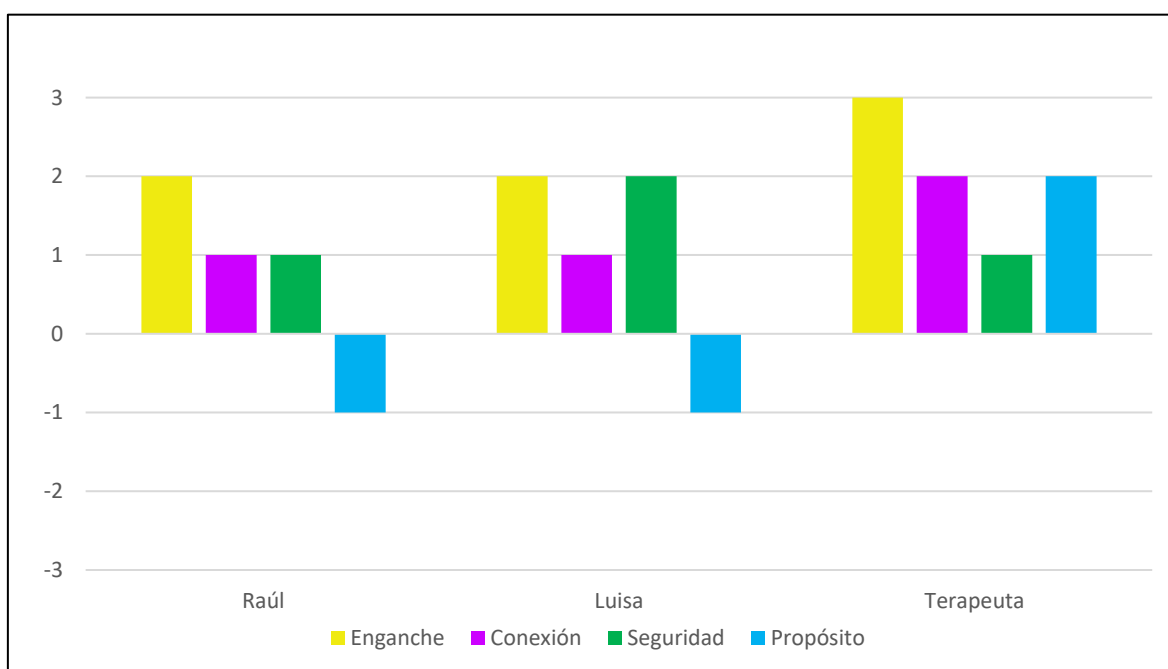
Para la dimensión *Conexión Emocional* tanto Luisa como Raúl muestran cierta confianza e interés en la terapeuta, así como una ligera confianza en la terapia (PT=1). En la dimensión *Seguridad*, Raúl indica una ligera confianza en la terapia (PT=1) y Luisa bastante confianza en ésta (PT=2). Por otro lado, obtienen una puntuación ligeramente problemática en *Compartir el Propósito* (PT=-1), indicando dificultades para colaborar entre sí; el hermano todavía mantiene una visión bastante negativa de

Luisa y ésta a su vez lo culpa por su poca implicación en las tareas del hogar. Ver Figura 4.

En esta sesión y como se muestra en la Figura 4, la terapeuta contribuye de forma muy fuerte en *Enganche* (PT=3), bastante intensa en *Conexión Emocional* y en el sentido de *Compartir el Propósito* (PT=2) y propicia ligeramente la *Seguridad* (PT=1). Se destacan los indicadores positivos de la terapeuta para elogiar la motivación en la colaboración y el cambio tanto de Luisa como de Raúl, así como el refuerzo a Raúl para que se implicara más en la relación familiar.

Figura 4.

Puntuaciones de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión Emocional, Seguridad y Compartir el Propósito de la Terapia en la cuarta sesión.



En la séptima sesión, a la que vuelven a asistir todos los miembros de la familia, podemos observar mejoras significativas en todas las dimensiones, destacando el cambio positivo de la puntuación en *Compartir el Propósito* (PT=1), que muestra una ligera colaboración y sentimientos de unidad familiar. En la dimensión *Enganche*, tanto

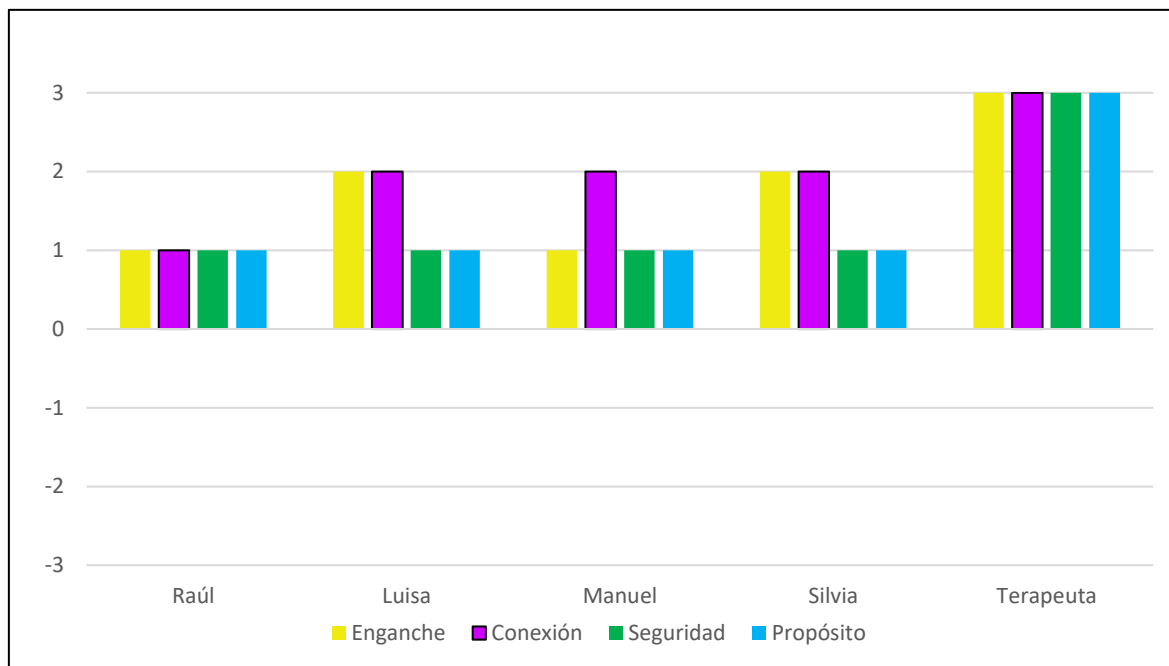
Raúl como Manuel se muestran ligeramente involucrados (PT=1), y Luisa y Silvia indican bastante enganche con la terapia (PT=2). Un ejemplo es cuando Luisa dice: *“pero ahora es cuando me he puesto a hacer las cosas, no antes, o sea antes porque en parte me daba más o menos igual, pero ahora no, ahora tengo que hacer algo y es que lo estoy haciendo”*. Para la dimensión *Conexión Emocional*, Luisa, Manuel y Silvia muestran bastante confianza e interés por la terapeuta (PT=2) y Raúl se muestra ligeramente confiado (PT=1). En la dimensión *Seguridad*, todos los miembros de la familia muestran una ligera confianza en la terapia (PT=1). Lo más significativo del cambio en esta sesión es la visión de mejoría que comparten todos los miembros con respecto a sus relaciones familiares. Un ejemplo de ello es cuando PI destaca tener una mayor relación con su padre: *“sí que hago relaciones contigo que nunca he hablado y ahora hablo”*. Asimismo, es posible evidenciar una mayor implicación por parte del hermano en el proceso terapéutico, y mayor participación en las interacciones familiares. Ver Figura 5.

La terapeuta, en esta sesión, juega un papel importante en la consecución de las puntuaciones positivas de todos los miembros de la familia, obteniendo puntuaciones muy favorables en todas las dimensiones (PT=3). Las contribuciones de la terapeuta ayudan a crear alianzas de compromiso entre la familia: *“es importante entender cómo no, con qué postura, qué implicación, o sea a todos, has dicho bien (dirigiéndose al padre) a todos os pone retos y aquí estamos para poder... por un lado os pone retos a vosotros como familia y a cada uno a su nivel, al nivel que le toca, vosotros como padres, ellos como hermanos, ella como persona y futura madre, y como hija y hermana, entonces hemos intentado entender las cosas a todos los niveles”*. Además, también se centra en elogiar la motivación del cliente para cambiar y colaborar, expresar confianza y proteger activamente a un miembro de la familia, sobre todo en la relación

de conflicto que aún se presenta en ocasiones entre Luisa y su padre.

Figura 5.

Puntuaciones de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión emocional, Seguridad y Compartir el Propósito de la Terapia en la séptima sesión.



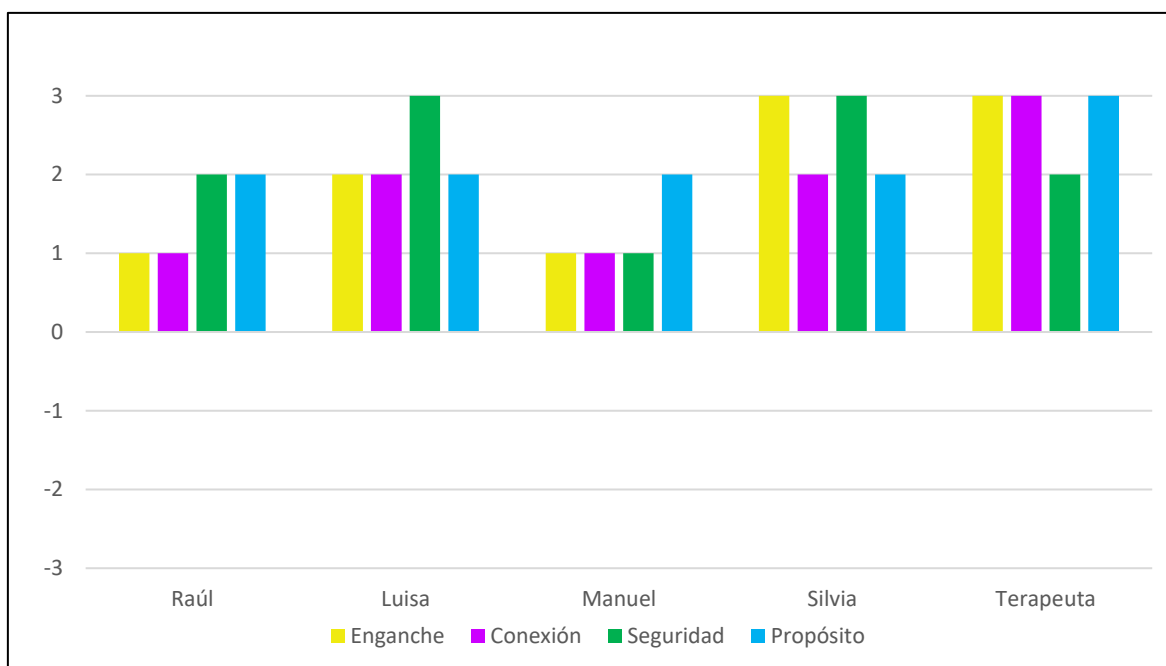
En la última sesión analizada (sesión nueve) en la que se vuelve a convocar a toda la familia, se observa que las puntuaciones de sus miembros siguen en aumento, como se muestra en la Figura 6. Destacando, la mejora de las puntuaciones en la dimensión *Compartir el Propósito* (PT=2). Los miembros de la familia se muestran más capaces de escuchar y validar sus puntos de vista. Un ejemplo claro es cuando Raúl valida el punto de vista Luisa: “claro, en vez de exponer el problema, que no se lo dé por perdido y decir esto está fatal y hacer una montaña es lo que te digo”. Tanto Luisa como Silvia muestran mucha seguridad en la terapia (PT=3), Raúl indica bastante seguridad (PT=2) y el padre una ligera seguridad (PT=1). En esta sesión, todos los miembros son capaces de abrir su intimidad. La madre, además de reconocer los cambios positivos que Luisa ha hecho, puede hablar con más sinceridad sobre las

dificultades de comunicación que tiene con el padre. Un ejemplo es cuando dice: “*discutimos mucho porque claro por lo de siempre, porque nunca hemos estado de acuerdo él y yo en la educación de nuestros hijos*”. En la dimensión *Enganche*, Manuel y Raúl se muestran ligeramente involucrados (PT=1), Luisa muestra estar bastante involucrada (PT=2) y Silvia muestra estar muy involucrada en la terapia (PT=3). En la dimensión *Conexión Emocional*, el hermano y el padre se mantienen ligeramente confiados en la terapeuta (PT=1) y Luisa y Silvia mantienen también sus puntuaciones (PT=2) mostrando bastante interés y confianza. Ver Figura 6.

En referencia a la terapeuta, sigue contribuyendo de manera activa en todas las dimensiones. Propiciando bastante la *Seguridad* (PT=2) y de manera más intensa en *Enganche* (PT=3), destacando de forma constante los cambios que se han producido tanto en la madre como en el hermano, valorando y validando la visión positiva de Silvia hacia Luisa y reconociendo al hermano su implicación y participación en los asuntos familiares. Sigue contribuyendo positivamente en *Conexión Emocional* y *Sentido de Compartir el Propósito* (PT=3), resaltando que, en esta última, el indicador positivo más utilizado es promover acuerdos de compromiso alentando la diferenciación de los subsistemas. Ver Figura 6.

Figura 6.

Puntuaciones de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión emocional, Seguridad y Compartir el Propósito de la Terapia en la novena sesión.



Finalmente, si observamos a la familia a través de las seis sesiones analizadas, podemos ver como todos sus miembros incrementan positivamente su AT. Destaca el incremento de las puntuaciones en las convocatorias con los subsistemas que realiza la terapeuta. Estas dan lugar a que, en las sesiones familiares posteriores, se sientan más involucrados, seguros, confiados y colaborativos entre sí, rebajando de esta manera los conflictos familiares presentes en las primeras sesiones.

Discusión

La evolución de la AT de la familia a lo largo de todo el proceso terapéutico es dinámica y favorable, como muestra la valoración en base a la cual todos los miembros incrementan sus puntuaciones iniciales en todas las dimensiones. Destaca un cambio significativo en la dimensión *Compartir el Propósito* que pasa de una puntuación de -3

en la primera sesión a una puntuación de +2 en la última, evidenciando que al inicio de la terapia existía una gran dificultad en las relaciones familiares. Los padres se mostraban hipercríticos y con gran enfado y queja sobre los comportamientos de la hija, la comunicación estaba muy marcada por la escasa valoración y la descalificación encubierta como pauta redundante de funcionamiento. En las convocatorias, la terapeuta favoreció acuerdos entre los miembros de los subsistemas, procurando delimitar los roles correspondientes a cada uno, enfatizando, a su vez, los sentimientos de dificultad que compartían y los recursos positivos con los que contaba la familia. A medida que la terapia avanzó, el diálogo en la familia ya no estaba centrado únicamente en las dificultades de relación con la hija, fueron capaces de valorar entre sí sus puntos de vista, confiando en los cambios y mostrando acuerdos de compromiso. Se confirma, por lo tanto, que tanto la familia como los terapeutas colaboran de forma activa en la evolución de la AT, siendo ambas contribuciones esenciales para la formación de la alianza terapéutica (Bordin, 1976)

Es necesario resaltar que hasta el final del tratamiento el padre continuó puntuando en los descriptores negativos que expresan culpa u hostilidad, reflejando que el cambio hacia una valoración más positiva de las capacidades de su hija y la relación con la misma, fue para él un proceso mucho más lento que para el resto de los miembros de la familia. Fue útil y necesario que él pudiera conectar las vivencias que tuvo con su familia de origen a sus propios miedos. En ese proceso la sesión con el subsistema parental en la que ese trató la historia de F.O. de ambos, marcó un hito en la evolución de la terapia. Por un lado, fue importante para Manuel relatar el hecho de haberse criado sin padre y que, por tanto, la madre tuvo que hacerse cargo de la crianza de los hijos y conectar esto con los miedos y dificultades que le surgieron en torno al hecho de aceptar que su hija estuviera embarazada y decidiera seguir adelante sin la

ayuda del padre de su hijo. Por otro lado, pudo valorar la influencia que tuvo el estilo de crianza de su madre, marcado por la rigidez y la normatividad y cómo lo había replicado en la crianza de sus hijos en la familia creada.

Se pudo apreciar que, a medida que la comunicación familiar ya no estaba tan centrada en las dificultades con la hija, se abrieron otros focos de intervención, entre ellos, las dificultades de comunicación en la pareja y la escasa implicación del hermano en el funcionamiento familiar. El primero queda reflejado en el incremento progresivo de todas las puntuaciones que ha obtenido la madre, destacando que en la dimensión *Seguridad* pasa de una puntuación inicial de +1 a +3 en la última sesión, donde fue capaz de abrir su intimidad en relación a los desacuerdos con el marido, pudiendo así expresar las diferencias que tenían en cuanto a la educación de los hijos y manifestar sus propias necesidades de afecto y apoyo en la relación de pareja. El segundo foco muestra cómo el hermano ha mejorado su alianza en las dimensiones *Seguridad* y *Enganche* con la terapia, pasando de una puntuación de 0 a +1. Ha sido progresivamente más capaz de abrir su intimidad para comunicar sus miedos y, gracias al trabajo realizado por la terapeuta en la convocatoria del subsistema fraterno, en las últimas sesiones familiares se muestra más participativo tanto en el subsistema fraterno, dando apoyo y validando a su hermana, como en las relaciones familiares, expresando su opinión respecto a los conflictos entre ellos.

Es importante destacar que, en la evolución de la AT con la paciente, la construcción y mantenimiento de la dimensión de *Seguridad* ha sido fundamental, pasando de una puntuación de -1 a +3. Al delimitarse los subsistemas durante la terapia, se han resituado los roles correspondientes a cada miembro. La familia ha conseguido comprender que algunos de los conflictos familiares no eran responsabilidad únicamente de Luisa y de su trastorno de personalidad, si no de las dificultades en la

comunicación y las relaciones entre todos los miembros de la familia. Esto ha contribuido a que la paciente pudiera liberarse de la necesidad de convertirse, en palabras de la propia terapeuta, en “*pararrayos de los conflictos familiares*”, permitiéndole expresar sus propias necesidades de apoyo, afecto y reconocimiento dentro de la familia, en especial de parte del padre.

La dimensión *Seguridad*, junto con *Compartir el propósito*, ha sido definida como un elemento de especial importancia en la terapia familiar y de pareja (Artigas et al., 2017; Escudero et al., 2008; Friedlander et al., 2011; Mateu, 2015). Las familias con baja alianza intrasistema tienden a sentirse más inseguras (Lambert & Friedlander, 2008) y, en el análisis de la evolución de la AT con esta familia, hemos comprobado que las sesiones con los subsistemas facilitan la alianza, influenciando las mejoras en la dimensión *Seguridad*, tal y como evidenciado en el anterior estudio de D’Ascenzo et al. (2019).

Por último, se puede evidenciar que el padre ha incrementado de manera significativa en la dimensión *Enganche*, pasando de una puntuación de -1 en la primera sesión a +1 en la última, mostrándose menos resistente al cambio, aceptando las propuestas de mejora de la familia y la terapeuta.

La evolución favorable de la alianza familiar ha sido especialmente importante en este caso, ya que se trataba de un sistema familiar en la etapa del ciclo vital de joven adulto y que se caracteriza por una dinámica familiar y una historia por las que la hija se encuentra atrapada en el dilema entre conseguir la autonomía necesaria para sentirse bien consigo misma y poder construir su propia identidad, y sentirse querida y aceptada por sus padres (Campos & D’Ascenzo, 2010; Cancrini, 1999).

Siguiendo Linehan (2003) podemos observar que el contexto relacional estaba constituido por un ambiente familiar invalidante, donde la crítica estaba muy presente, así como las constantes descalificaciones y respuestas inadecuadas a las necesidades de Luisa. La madre era el progenitor que se encontraba más cercano a ella, aunque muchas veces de forma ambivalente y el padre mucho más distante, con quien mantenía la relación más conflictiva. El resultado era una mezcla de los dos patrones relacionales de sobre involucración y negligencia típicos de las familias de los TLP (Campo & D'Ascenzo, 2010). Los padres tenían un funcionamiento complementario (Linares & Campo, 2000), en el que la madre tendía a ponerse en posición de menor poder, lo que hacía que la hija se mostrara muy rabiosa y la defendiera, enfrentándose al padre. Asimismo, dificultaba que el padre pudiera acercarse a la hija y que la madre, al mantener una posición sumisa con respecto al marido, no fuera suficientemente válida como figura afectiva y de apoyo emocional. Las posiciones de los padres tendían a polarizarse entre cercanía y distancia emocional y exigencia y permisividad (Campo & D'Ascenzo, 2010).

La dinámica que se generaba entre los padres se podría definir como una *triangulación equivocada*, donde éstos estaban bastante distanciados entre sí, con eventuales conflictos, sobre todo relacionados con la crianza de los hijos y que, a su vez, se atribuían mutuamente la nutrición relacional de los hijos. Acabarían, por otra parte, en una situación de *Deprivación*, siendo unos padres exigentes y poco valoradores de la hija y, aunque distantes en los criterios educativos, se unían en la crítica y el rechazo hacia ella. (Linares, 2012).

En este mismo sentido, se observaron mecanismos disfuncionales en los dos pilares básicos de la crianza de los hijos: la vinculación afectiva y la socialización. La

rigidez del padre y la necesidad de la madre de recibir apoyo en la dinámica de poder dentro de la pareja habían acabado produciendo una característica de las relaciones familiares en el TLP que generan una confusión en el hijo sobre el hecho y la manera de ser amado, confrontado a la percepción de ser querido solo si responde a ciertas expectativas de los padres. En esta familia, a pesar de estar presente y de forma auténtica en algunos momentos (Benjamin, 1993), el amor hacia el hijo no era incondicional, en cuanto supeditado a las necesidades de los progenitores, y a las dinámicas de poder entre la pareja y respecto a otros miembros de la familia, si se consideran los aspectos trigeracionales. Los mecanismos disfuncionales producían dificultades en las áreas de la afectividad y de la socialización, interfiriendo de diferentes maneras en el proceso de individuación, pero los aspectos relacionales no venían reconocidos y los problemas se atribuían a la personalidad de la hija (Campo & D'Ascenzo, 2010).

Hemos podido observar que la paciente, al inicio del tratamiento, presentaba inestabilidad emocional, escaso control de los impulsos y una dramatización constante de los hechos y de las emociones derivadas de éstos, llegando a realizar un intento de suicidio, un año antes de empezar la terapia familiar (Linares, 2012; Cancrini & De Gregorio, 2018). Se encontraban, por lo tanto, algunas de las características descritas por Benjamin (1993), en cuanto se daban constantes conflictos, que giraban en torno a la paciente y sus conductas. El padre se mostraba bastante periférico, crítico y a momentos hostil generando, en el sistema familiar, sentimientos de enfado, frustración y dificultades de comunicación.

Teniendo presente la situación dolorosa y caótica por la que pasaba el sistema familiar al momento de llegar a terapia, fue un desafío para las terapeutas contener y

manejar las críticas y hostilidad encubiertas entre sus miembros (Cancrini & De Gregorio, 2018).

El modelo de tratamiento integrado individual y familiar para el TLP de Campo y D'Ascenzo (2010), ha mostrado ser útil para construir y conseguir una evolución positiva de la alianza a lo largo de todo el proceso terapéutico. Ha conseguido, además una mejora tanto en el contexto como en el funcionamiento individual (Cancrini & De Gregorio, 2019). Al focalizar su intervención en el entramado de relaciones significativas donde la paciente está inmersa, ampliando el foco hacia las relaciones familiares, incluye en el proceso terapéutico esas experiencias compartidas que habrían dificultado el desarrollo armonioso de la personalidad de la paciente. Gracias a las convocatorias de los subsistemas familiares, han ido disminuyendo las conductas disruptivas familiares. Esto se muestra claramente en la última sesión familiar con el aumento de las puntuaciones en las dimensiones de *Seguridad y Compartir el propósito*. Un ejemplo de esto es cuando la paciente puede decir al padre “*yo no digo que me diga que hago las cosas bien, pero que no me diga que todo lo hago mal*”. Además, han podido encontrar puntos comunes como familia. A lo largo del tratamiento, pasan de mucha hostilidad, culpa o devaluación del punto de vista del otro en la primera sesión, a validar sus puntos de vista y preguntarse entre ellos en la última sesión. De esta manera, la familia pudo dar significado a sus experiencias emocionales, reacciones y conductas, identificando los sentimientos dolorosos que había en la relación, promoviendo la expresión de estos y validando las experiencias vividas por los miembros sobre el problema fomentando cambios más adaptativos para todos.

En este sentido la intervención de la terapeuta ayudó a la familia a dar un sentido al tratamiento y negociar los objetivos y tareas de la terapia, a la vez que han podido

colaborar entre ellos para mejorar las relaciones familiares. Un ejemplo de intervención en el descriptor positivo que expresa optimismo por los cambios es cuando la terapeuta dice “*que hayáis hecho todo este proceso hasta aquí, que haya nacido la niña en un clima mejor, teniendo el apoyo de su familia en una situación de su vida tan delicado, tan importante, ¿no?, yo creo que es un logro que habéis conseguido entre todos*”.

La paciente pudo beneficiarse del vínculo creado con la terapeuta que favoreció un contacto empático y seguro para la AT, sobre todo en la sesión individual donde experimentó la autenticidad del apoyo, el afecto y el reconocimiento que le ayudó a construir un sentido de sí misma más integrado y menos escindido e inestable. La terapeuta facilitó que pudiera comprender que muchos de sus comportamientos de inestabilidad emocional eran debidos a las dificultades de relación con sus padres. Esto propició los cambios necesarios para que su proceso de autonomía y diferenciación que hasta ese momento le había resultado difícil, pudiera seguir su camino evolutivo y correspondiente a la etapa del ciclo vital del joven adulto (Cancrini & De Gregorio, 2018; D’Ascenzo, 2020; D’Ascenzo & Sciarillo, 2012).

La complejidad que se ha evidenciado en el proceso terapéutico familiar sobre el manejo de múltiples alianzas y del ambiente de conflicto, emotividad y vulnerabilidad, ha podido resultar facilitado por el papel de la co-terapia, cumpliendo la función de apoyo y sostén a la terapeuta, para así poder reflexionar sobre la familia, expresar sentimientos que de ella se derivan y facilitar la comprensión global de las dificultades que presenta la familia (Onnis & Galluzzo, 2021; Rait, 2000).

Las contribuciones de la terapeuta en la dimensión de *Compartir el Propósito*, el instrumento no permite puntuar la contribución de la terapeuta en las sesiones donde sólo está presente un miembro del sistema familiar, provocando que el trabajo que se

realiza en las sesiones individuales con la paciente (en relación a esta dimensión) no quede reflejado en el análisis del SOATIF-o.

Los datos obtenidos en este estudio no pueden ser generalizados en la población, ya que se trata del análisis de un caso único. Por tanto, consideramos interesante que futuras líneas de investigación puedan obtener más información sobre las intervenciones que realizan los terapeutas que resultan más favorables en la consecución de la AT en casos similares, y en cómo esta modalidad de tratamiento influye en los resultados.

En este sentido consideramos que los resultados obtenidos en este análisis pueden contribuir tanto a los terapeutas en formación en terapia familiar que quieran tratar casos de TLP, como a aquellos terapeutas que trabajan sobre la misma línea, ya que puede aportar información de referencia sobre los aspectos más importantes en el abordaje terapéutico desde la perspectiva relacional sistémica de familias que presentan características similares.

Referencias

- Allen, M.D. (2001). Integrating individual and Family Systems Psychotherapy to Treat Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11, 313-331.
- 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
- Artigas, L., Mateu, C., Vilaregut, A., Feixas, G., & Escudero, V. (2017). Couple Therapy for depression: Exploring How the dyadic Adjustment Determines the Therapeutic Alliance in Two Contrasting Cases. *Contemporary Family Therapy*, 39, 195-206. doi:10.1007/s10591-017-9420-3

- Balestra, F. (2017). Analysing the Relational Components of Systemic Family Therapy through the Lenses of Self Positions and Therapeutic Alliances: an Exploratory Study. *Journal of Family Therapy*. 39, 310-328. doi:10.1111/1467-6427.12175J
- Barnow, S., Spitzer, C., Grabe, H., J., Kessler, C., & Freyberger, H., J. (2006). Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45 (8), 965-972.
- Beck, M., Friedlander, M., & Escudero, V. (2006). Three Perspectives on Clients' Experiences of the Therapeutic Alliance: A Discovery-oriented Investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*. 32(3).doi:10.1111/j.1752-0606.2006.tb01612.x
- Bedics, J.D., Atkins, D.C., Harned, M.S., & Linehan, M.M. (2015). The Therapeutic Alliances a Predictor of Outcome in Dialectical Behavior Therapy Versus Non behavioural al Psychotherapy by Experts for Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy*.52(1), 67-77. doi:10.1037/a0038457
- Bellino, S., Brunetti, C., & Bozzatello, P. (2016). La psicoterapia del disturbo borderline di personalità: aspetti critici e proposte terapeutiche. *Psychotherapy of borderline personality disorder: critical factors and proposal of intervention. Riv Psichiatr*, 51 (1), 11-19.
- Bender, D.S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders *Journal of Psychiatric Practice*, 11(2), 73-87.
- Benjamin, L. S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford.
- 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.

Campo, C. & D'Ascenzo, I. (2010). El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica. *Redes: 24*, 23-51

Cancrini L., & De Gregorio F.R. (2018) Borderline Personality Disorder Storyboard from the Systemic Family Therapist's Perspective. En: *Clinical Interventions in Systemic Couple and Family Therapy* (pp. 15-29). European Family Therapy Association Series. Springer, Cham.

Cash, S. K., Hardy, G. E., Kellett, S., & Parry, G. (2014). Alliance ruptures and resolution during cognitive behaviour therapy with patients with borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 24(2),132-145.
doi:<http://dx.doi.org/bucm.idm.oclc.org/10.1080/10503307.2013.838652>

Cervantes, V. & Fruggeri, L. (2018). Alianza Terapéutica y Proceso Discursivo: las dos Ramas del Análisis de Proceso en Terapia Familiar. Una Revisión de la Literatura. *Redes*, 65-92

Corbella, S. & Botella, L. (2003). La Alianza Terapéutica: Historia, Investigación y Evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221

D'Ascenzo, I. (2020). Terapia individuale sistemica con giovani adulti in fase di svincolo. *Ecologia della mente*, 43(2), 238-253.

D'Ascenzo, I., & Sciarillo, F. (2012). Trauma y oportunidad: la psicoterapia como recurso en el trastorno de estrés post-traumático. *Redes: Revista de psicoterapia e intervenciones sociales*, 27, 91-112.

D'Ascenzo, I., Vilaregut, A., Álvarez, G., Bodas, M., Ureña, I. & Yagüe, R. (2019). Construcción de la Alianza Terapéutica en un Caso de Terapia Familiar con un

- miembro con Trastorno Límite de la Personalidad. *The UB Journal of Psychology*. 49(2), 57-71. doi:10.1344/ANPSIC2019.49.7
- Díaz, I.F. (2016). Therapeutic Alliance and Adherence in Family Therapy. *Multidisciplinary Health Research*. 1(1), 29-36.
- Díaz, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(78), 51-70.
- Dimaggio, G., Maillard, P., MacBeth, A. & Kramer, U. (2019). Effects of Therapeutic Alliance and Metacognition on Outcome in a Brief Psychological treatment for Borderline Personality Disorder. *Psychiatry*. 82. 1-15. doi:10.1080/00332747.2019.1610295
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 247-259
- Escudero, V., & Friedlander, M. (2003). El Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SAOTIF): Desarrollo transcultural, fiabilidad, y aplicaciones del instrumento 1. *Perspectivas Sistémicas*. 77
- Escudero, V., & Friedlander, M. (2019). *Alianza terapéutica con familias: Cómo empoderar al cliente en los casos difíciles*. Barcelona: Herder editorial.
- 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.; Varela, N. & Abascla, A. (2008) Observing the therapeutic Alliance in family therapy: association with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*. 30 (2), 194-214.

- Feixas, G. & Miró, M. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316-340. doi:10.1037/pst0000172
- Flückinger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D. & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*(1), 10-17. doi:10.1037/a0025749
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, A. O., Heatherington, L., Cabero, A., & Martens, M.P. (2006). 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., 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., Heatherington, L., & Escudero, V. (2016). Research Based Change Mechanisms: Advances in Process. *Research, Practice, Training, 45*, 75-87. doi:10.1037/0033-3204.45.1.75
- Gabbard, G. O., & Wilkinson, S. M. (1994). *Management of countertransference with borderline patients*. American Psychiatric Association.
- Gersh, E., Hulbert, C.A., McKeichine, B., Ramadan, R., Worotniuk, T. & Chanen, A.M. (2016). Alliance rupture and repair processes and therapeutic change in youth with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. doi:10.1111/papt.12097

- Giffin, J. (2008). Family Experience of Borderline Personality Disorder. *ANZJFT*, 29 (3), 133-138.
- Glick, I.D., Dulit, R.A., Wachter, E. & Clarkin, J.F. (1995). The Family, Family Therapy, and Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 4 (3), 237-246.
- Hirsh, J. B., Quilty, L. C., Bagby, R. M., & McMain, S. F. (2012). The relationship between agreeableness and the development of the working alliance in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(4), 616-627. doi:10.1521/pedi.2012.26.4.616
- Horvath, A.O. & Bedi, R.P. (2002). The alliance. En *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). Reino Unido: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9-16. doi:10.1037/a0022186
- Infurna, M.R., Brunner, R., Holz, B., Parzer, P., Giannone, F., Reichl, C., Kaess, M. (2016). The Specific Role of Childhood Abuse, Parental Bonding, and Family Functioning in Female Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 177-92. doi: 10.1521/pedi_2015_29_186
- Jeung, H. & Herpertz, S. C. (2014). Impairments of interpersonal functioning: Empathy and intimacy in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 47, 220–234. doi:10.1159/000357191
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, d., Vocisano, C., & Castonguay, L. G., et al. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: controlling for

- prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 997-1006
- 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.
- Lambert, M. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En J.C. Norcross y M.V. Goldfried (Eds), *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Lange, A., Van der Rijken, R., Delsing, M., Busschbach, J., Van Horn, J. & Scholte, R. (2017). Alliance and adherence in a systemic therapy. *Child and Adolescent Mental Health. 22*(3), 148-154. doi:10.1111/camh.12172
- Lazarus, S. A., Cheavens, J. S., Festa, F., & Rosenthal, M. Z. (2014). Interpersonal functioning in borderline personality disorder: A systematic review of behavioural and laboratory-based assessments. *Clinical Psychology Review, 34*(3),193-205.doi:
<http://dx.doi.org/bucm.idm.oclc.org/10.1016/j.cpr.2014.01.007>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A.S. & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet, 377* (9759), 74-84. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61422-5
- Linares, J. L. (2012) *Terapia familiar ultramoderna*. Barcelona: Herder Editorial
- Linares, J.L., & Campo, C. (2002). *Sobrevivir a la pareja*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Martínez, R., Castellanos, M. A., & Chacón, J. C. (2014). *Métodos de investigación en Psicología*. Madrid: EOS
- McMain, S.F., Boritz, T.Z. & Leybman, M.J. (2015). Common Strategies for Cultivating a Positive Therapy Relationship in the Treatment of borderline

- Personality Disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*. 25(1), 20-29.
Doi:10.1037/a0038768
- Meier, P. S., Barrowclough, C., & Donmall, M. C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: A critical review of the literature. *Addiction*, 100, 304-316
- Muñiz de la Pena, C., Friedlander, M. & Escudero, V. (2009). Frequency, severity, and evolution of Split family alliances: How observable are they? *Psychotherapy research*, 19(2), 133-142. doi:10.1080/10503300802460050
- Murphy, R. & Hutton, P. (2018). Practitioner Review: Therapist variability, patient-reported therapeutic alliance, and clinical outcomes in adolescents undergoing mental health treatment – a systemic review and meta-analysis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 59 (1), 5-19. doi:10.1111/jcpp.12767
- Onnis, L., & Galluzzo, W. (2021). La relación terapéutica en una óptica sistémica. Consideraciones epistemológicas sobre un debate actual. *Revista De Psicoterapia*, 2(5), 63-76. <https://doi.org/10.33898/rdp.v2i5>.
- Pieró, A., Cairo E. & Ferrero A. (2013). Dimensiones de la personalidad y alianza terapéutica en individuos con trastorno límite de la personalidad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*. 6 (1), 17-25.
- Pinsof, W. M. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. En *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

Rait, D, S (2000). The therapeutic Alliance in Couples and Family Therapy. *Psychotherapy in practices*, 56(2), 211-224.

Rait, D. S. (1998). Perspectives on the therapeutic alliance in brief couples and family therapy. En *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp. 171-191). Washington DC: American Psychological Association

Selvini, M. (2008). Undici tipi di personalità. L'integrazione della diagnosi di personalità nel pensiero sistemico complesso. *Ecologia della mente*, 31, 29-55.

Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 104-115.

Sprenkle, D.H. & Blow, A. (2004). Common Factor and our Sacred Model. *Journal of marital and family therapy*. 30, 113-29. doi:10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x

Sharf, J., Primavera, L. H., & Diener, M. J. (2010). Dropout and therapeutic and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 47, pp.637-645. doi: 10.1037/a0021175

Waldinger, R. J. & Gunderson, J. G. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 38(2), 190-202.

Woodberry, K.A., Miller, A.L., Glinski, J., Indik, J. & Mitchell, A.G. (2002). Family *Psychoterapy*, 56 (4), 585-602. doi:10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.4.585

Zanarini, M.C. (2009). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-years follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160 (2), 274-283.

Tabla 1.

Descriptores de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión Emocional y Seguridad para cada miembro de la familia en la primera sesión.

	Dimensión y puntuación Total	Descriptores	Ejemplos
Silvia	Enganche (PT=1)	Introduce un problema (+)	<i>el problema un poco también es que nosotros en muchas cosas pues no hemos estado de acuerdo</i>
	Conexión Emocional (PT=1)		
	Seguridad (PT=1)	Abre su intimidad (+)	<i>ella dice que yo siempre me quedo callada, pero a ver cuándo... a mí me sentó fatal que ella me dijera, os odio, os odio, a mí en la vida me habían dicho eso, me llego al alma</i>
Manuel	Enganche (PT=-1)	Se siente "atascado" o dice que la terapia no es útil (-)	<i>no no si, yo estoy de acuerdo en venir aquí claro, pero lo que no veo claro es que salga algún resultado o sea positivo me refiero</i>
	Conexión Emocional (PT=-1)		
	Seguridad (PT=0)		
Luisa	Enganche (PT=1)	Introduce un problema (+)	<i>dice que desapareció algo de él y se lo he robado yo, todo lo que, bueno también todo lo malo que él hace es culpa mía, porque yo le influenció</i>
	Conexión Emocional (PT=0)		
	Seguridad (PT=1)	Responde defensivamente a otro miembro (-)	<i>sacaba buenas notas hasta que me cambiasteis de colegio mira al padre</i>
Raúl	Enganche (PT=0)		
	Conexión Emocional (PT=0)		
	Seguridad (PT=1)		<i>Yo o no sabía que estaban tan mal, yo veo que es grave, pero tampoco puedo hacer nada, no sé, a ver qué pasa</i>

Tabla 2.

Descriptorios de la dimensión Compartir el Propósito de la familia en la primera sesión.

	Dimensión y puntuación Total	Descriptorios	Ejemplos
Familia	Propósito (PT=-3)	Hacen comentarios hostiles/sarcásticos a otros (-)	Luisa dice a sus padres: <i>porque entonces me decía, me repitió tres veces, a ti lo que te pasa es que odias a tu hermano, le tienes envidia a tu hermano y le odias, y le acabé diciendo a él no lo odio, en todo caso os odio a vosotros</i>
		Se culpan unos a otros (-)	Padre dice a Luisa: <i>bueno el problema es la actitud y la forma de ser de ella</i>
		Devalúan la opinión o perspectiva de otro (-)	Después de que la madre y Luisa digan que en casa se habla muy poco dice: <i>yo es que no veo el problema (se ríe)</i>

Tabla 3.

Descriptorios de la contribución de la terapeuta en las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión Emocional, Seguridad y Compartir el Propósito en la primera sesión.

	Dimensión y Puntuación Total	Descriptorios	Ejemplos
Terapeuta	Enganche (PT=3)	Estimula a definir metas (+)	<i>Bueno, ¿y cómo os gustaría que os ayudáramos? Pregunto a todos</i>
		Captura la atención de un miembro (+)	La terapeuta señala al hermano y dice: <i>quería seguir para ir</i>
	Conexión (PT=1)	Expresa empatía (+)	La terapeuta le dice a Luisa: <i>te está quemando no, es duro no, son dos personas a las que quieres, estar en medio de dos personas tan importantes en tu vida, debe ser tremendo no</i>
		Ayuda a hablar sinceramente sin estar a la defensiva (+)	La terapeuta dice a los padres: <i>vuestro miedo es este, ¿que luego no pueda hacerse cargo del hijo?</i>
Seguridad (PT=3)	Intenta contener, controlar o manejar la hostilidad (+)	<i>¿Esto sabemos que es así no?, porque la memoria es lo que es y cada uno se queda con una parte de la historia, la percepción de algo es completamente distinta según los sentimientos que uno tengo en ese momento y como lo vea, por lo cual pueden pasar estas cosas, no es la primera vez que lo vemos y desgraciadamente no será la última, ¿que en una familia las personas</i>	

		<i>pueden tener una visión muy distinta no? De la misma situación y esto a veces crea malentendidos o desentendimientos, donde cada uno tiene una versión distinta y no es tan importante lo que haya pasado efectivamente sino es ponerse de acuerdo y poderse entender cosa que parece que en estos momentos</i>
	Protege un miembro de la familia (+)	La terapeuta dice a Luisa: <i>porque se le ve es una chica valiente, luchadora y capaz, inteligente y hábil no</i>
Propósito (PT=1)	Destaca lo que comparten de valores, experiencias, necesidades o sentimientos (+)	<i>hay buen clima con vosotros, estando con vosotros y que os podáis reír en muchos momentos, es como cuando os vais de viaje, os lo pasáis genial, podía incluso reparar situaciones, os podéis decir te odio, mejor criar cerdos y cosas de ese tipo</i>

Tabla 4.

Descriptor de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión Emocional y Seguridad de Luisa en la segunda sesión.

	Dimensión y puntuación Total	Descriptor	Ejemplos
Luisa	Enganche (PT=3)	Introduce un problema (+)	<i>No, ¡que me gusta! el sábado también celebramos su cumpleaños y le hice de parte de mi hermano y mía una postal y un regalito. Quizá me han dicho que sea por las hormonas o que me lo tomo yo demasiada no se... pero cuando se lo dimos en vez de darle las gracias a todos, le dijo a el gracias, Daniel, y señaló el comentario o sea la dedicatoria de él diciendo "esto sí que está bien esto sí que está bien" y una amiga suya dijo "bueno el de tu hija también" y dice bueno sí entonces ya dijo gracias cuando me levanté pero que me sentó mal pues digo joder no le voy a decir que mi hermano no ha hecho nada pero que creo que se sabe.</i>
		Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio (+)	<i>Si sí sí, ayer o antes de ayer que llego y estaba en el comedor puso el fútbol y se puso a hablar conmigo del fútbol y le digo a mi madre ¿"está enfermo o algo "y me dice no porque? me está hablando no se" y me dice" pues aprovecha" y digo ya, ya, yo no entiendo de fútbol pero...</i>
		Indica su acuerdo con las metas (+)	La terapeuta le pregunta si está de acuerdo en hacer la terapia familiar y en trabajar hoy de

		manera individual para decidir cosas con ella y ella contesta: <i>por mi parte estoy dispuesta y mi hermano ya como que está bastante mejor</i>
Conexión (PT=2)	Indica sentirse entendida o aceptada por la terapeuta (+)	La terapeuta define el rol de Luisa dentro de la familia como de “pararrayos” y ella contesta: <i>sí, como diferente a los tres también</i>
Seguridad (PT=3)	Abre su intimidad (+)	<i>Se enfada mucho, cuando hablamos no hablamos nunca, solo hablamos de fútbol o de motos y ya está es que no se habla de nada más. y la verdad no sé yo reconozco que cuando he hablado más con él o me ha dicho cualquier cosa si es como que me sorprende y me cuesta quizás más abrirme más a él, bueno me cuesta más es que no me abro. no le cuento nada</i>
	Varía su tono emocional (+)	<i>Se emociona y llora en varias ocasiones durante la sesión</i>

Tabla 5.

Descriptorios de la contribución de la terapeuta en las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión Emocional y Seguridad en la segunda sesión.

	Dimensión y Puntuación Total	Descriptorios	Ejemplos
Terapeuta Enganche (PT=3)		Estimula a definir metas (+)	<i>Si sí, lo que pasa es que claro allí tú lo has dicho, te has metido en un terreno que no es el tuyo entonces aquí lo mejor que puedes hacer es retirarte de allí, y dejar que ellos solucionen lo que tengan que solucionar o lo cambien ¿no?</i>
		Expresa optimismo o que ha ocurrido un cambio o puede ocurrir (+)	<i>sí por supuesto nosotros tomamos nota y sí que claro que puede cambiar y cambiará, esto cambiará a medida que tú vayas también solucionando todas estas cosas pendientes que tienes con tu familia y, si tu cambias esa actitud, te tranquilizas un poco no estás continuamente atacando, le das también a ellos la posibilidad de tener una relación distinta contigo, de cuidarte más, ves que te ha pasado con tu padre ya? que si estáis sentado en el sofá tranquilos, él empieza a hablar contigo, comparte contigo un rato agradable y eso te hará sentir menos sola</i>
		Explica cómo funciona la terapia (+)	<i>Y miraremos cómo seguir porque la idea es de hacer un poco paralelamente el trabajo con tus padres y contigo y</i>

		<i>con tu hermano también porque podría ser interesante también hacer una sesión con vosotros dos...</i>
Conexión (PT=3)	Expresa empatía (+)	<i>porque se ve que te duele no? lo digo cuando hace ese comentario tu padre no, esto puede cambiar</i>
	Expresa confianza o que cree en el cliente (+)	<i>Entonces ahora la teoría la tienes, se trata de expresar, cambiar de actitud, ya ver si puedes ganarte una imagen, seguramente lo conseguirás y además, esto que ayuda tu hermano, ha sido bonito ver como se ha activado el también, se va haciendo hombre él también...</i>
Seguridad (PT=1)	Reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir cuestiones privadas(+)	<i>costará? (risas) costará porque bueno porque las costumbres son difíciles de cambiar</i>

Tabla 6.

Descriptores de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión Emocional y Seguridad de Silvia y Manuel en la tercera sesión.

	Dimensión y puntuación Total	Descriptores	Ejemplos
Silvia	Enganche (PT=2)	Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio (+)	<i>hay que reconocer que ya ha cambiado... yo lo sé y tengo esperanza de que va a cambiar (refiriéndose a Luisa)</i>
	Conexión (PT=1)	Indica sentirse entendida o aceptada por la terapeuta (+)	<i>después de que la terapeuta les diga que su problema aparece cuando tocan o hablan del tema hijos, ella dice: claro, entre nosotros no se no, no</i>
	Seguridad (PT=2)	Abre su intimidad (+)	<i>no, no discutimos, yo me quedo callada, pero claro, tengo un sufrimiento en mi interior que no... o sea... y, y que no lo puedes exteriorizar</i>
Manuel	Enganche (PT=1)	Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio (+)	<i>si no, que, que, que ha habido un cambio sí, a mejor sin duda también</i>
	Conexión (PT=1)	Indica sentirse entendida o aceptada por la terapeuta (+)	<i>después de que la terapeuta les diga que su problema aparece cuando tocan o hablan del tema hijos, él dice: sí, bueno es... sin, sin, sin duda el problema</i>
	Seguridad	Abre su intimidad	<i>eso es lo que yo temo que, una vez que nazca</i>

(PT=2)	(+)	<i>la criatura y tenga que, es duro el hecho de que, porque una criatura es una criatura y no es un muñeco que me gusta ahora y mañana no me gusta, entonces yo me temo de que pasen cosas</i>
--------	-----	--

Tabla 7.

Descriptor de la dimensión Compartir el Propósito de los padres en la tercera sesión.

Dimensión y puntuación Total		Descriptor	Ejemplos
Padres (Silvia y Manuel)	Propósito (PT=-1)	Hacen comentarios hostiles/sarcásticos a otros (-)	Madre refiriéndose al padre: <i>“yo he trabajado en una clínica y yo encuentro un paciente como él y es que casi que le coges manía a una persona como él, no sé, es tan brusco”</i>
			Padre refiriéndose a Luisa: <i>pero ella es manipuladora, ella ha buscado siempre su interés y la forma que sea para, para, para poder conseguir lo que ella quiere</i>
		Devalúan la opinión o perspectiva de otro (-)	después de que la madre diga que no pueden hablar de los hijos porque discuten, él dice: <i>ah... no discutimos (niega con la cabeza)</i>

Tabla 8.

Descriptor de la contribución de la terapeuta en las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión Emocional, Seguridad y Compartir el Propósito en la tercera sesión.

Dimensión y Puntuación Total		Descriptor	Ejemplos
Terapeuta	Enganche (PT=3)	Anima a preguntarse por sus puntos de vista (+)	Refiriéndose a la madre: <i>bien, eh... que decías, que te gustaría poder hablar más, o sea que él reconociera más cosas positivas, que fuera más amable</i>
			Refiriéndose al padre: <i>es lo que nos interesa ¿no? (el padre va asintiendo con la cabeza) El poder ayudar a Luisa. A hacer cambios para que se convierta en una persona responsable como tú piensas con este sentido de responsabilidad</i>

	Elogia la motivación por colaborar o cambiar (+)	Refiriéndose a la madre: <i>bien, o sea que tú, le estás dando más margen de confianza</i>
	Expresa empatía (+)	Refiriéndose a la madre: <i>tú has decías yo sufría de esto y te está haciendo sufrir cuando ves que no reconoce cosas positivas por ejemplo ahora en este caso concreto de PI ¿no?</i>
Conexión (PT=3)	Desvela sus reacciones o sentimientos (+)	Refiriéndose al padre: <i>Tú das esta impresión ¿no? De, de, de brusquedad, incluso de ser un poco rígido ¿no? Y luego hoy hablando he tenido la sensación que es todo una apariencia pero que luego eres muy flexible</i>
	Normaliza o acoge la vulnerabilidad (+)	Refiriéndose a Luisa: <i>no, pero es comprensible, porque han tenido tantos enfrentamientos y tanta tensión también por una cuestión de supervivencia se distancian ¿no? Y entonces ahora recuperar esta cercanía y está eh... no será fácil</i>
Seguridad (PT=1)	Intenta contener, controlar o manejar la hostilidad (+)	Refiriéndose al padre después de que éste haga una burla de la madre cuando halaga algo positivo que ha hecho Luisa, ya que él considera que las cosas bien hechas no tienen que decirse: <i>una cosa es que tú lo hayas aprendido de tu madre porque sí porque es tu madre y lo has visto, lo has mamado, ¿no, esto?, ¿pero tú crees que, que, que, tú estás de acuerdo con esto?</i>
Propósito (PT=2)	Alienta acuerdos de compromiso (+)	<i>lo bueno sería que pudierais encontrar un acuerdo sobre cómo tratar a vuestros hijos, no tener cada uno de vosotros un trato propio muy distinto del otro ¿no?</i>

Tabla 9.

Descriptorios de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión Emocional y Seguridad de Luisa y Raúl en la cuarta sesión.

	Dimensión y puntuación Total	Descriptorios	Ejemplos
Luisa	Enganche (PT=2)	Menciona el tratamiento (+)	<i>No sé si desde que vinimos aquí. La primera vez que vinimos estuvo peor, fatal. Pero desde la última vez que vinieron ellos es como que está más... conmigo habla y a él no le dice nada, no se mete con él ya.</i>
		Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio (+)	<i>Porque he notado cambios en mí, cosas que nunca había hecho. Bueno, no sé, me veo más responsable quizá</i>
	Conexión (PT=1)	Indica sentirse entendida o aceptada por la terapeuta (+)	<i>sí que al primer año me gustaría estar con ella, y luego al año, año y medio una guardería y yo tener mi trabajo de día, así que sí que podré. Miraré algún horario que pueda compaginarlo.</i>
	Seguridad (PT=2)	Abre su intimidad (+)	<i>nunca te habías metido y quizás sea por esto y que por una vez hablaste. Quizás sea por esto pero por una vez hablaste.</i>
Raúl	Enganche (PT=2)	Introduce un problema (+)	<i>Yo creo que les afectará bastante más a ellos que a mí, y no me gustaría que...Es que ya hubo una situación parecida ya con mi abuela. Pues que le trajeron un niño a casa y envejeció de golpe y cambió (se señala la cabeza), y me da miedo que se repita</i>
	Conexión Emocional (PT=1)		
	Seguridad (PT=1)	Abre su intimidad (+)	<i>También me preocupo por ella, me gustaría que esté con alguien que tenga trabajo antes de hacer esas cosas</i>

Tabla 10.

Descriptorios de la dimensión Compartir el Propósito de los hijos en la cuarta sesión.

	Dimensión y puntuación Total	Descriptorios	Ejemplos
Hijos (Luisa y Raúl)	Propósito (PT=-1)	Hacen comentarios hostiles/sarcásticos a otros (-)	<i>Hermano dice: que se convierta en una guardería la casa. No me gustaría la verdad</i>
		Se culpan unos a otros	<i>Luisa dice: ya, pero con 18 no, pero</i>

(-)	<i>con 16 años o 15 tú has hecho más de lo que he hecho yo (lo dice enfadada), vamos, tú lo has hecho todo y yo no he hecho nada</i>
-----	--

Tabla 11.

Descriptorios de la contribución de la terapeuta en las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión Emocional, Seguridad y Compartir el Propósito en la cuarta sesión.

Dimensión y Puntuación Total	Descriptorios	Ejemplos
Terapeuta	Expresa optimismo o señala un cambio positivo (+)	<i>Con lo cual con lo poco que podáis empezar a comunicar mejor estáis haciendo cambios, ya se están notando los cambios, en ti en vuestro padre, los dos han dicho que está más tranquilo que no discute, en vuestra madre que han dicho que está más capaz de reivindicar sus cosas, decir las cosas claras</i>
	Enganche (PT=3) Estimula al cliente a definir sus metas (+)	<i>No sé qué piensas de eso, nosotros pensamos que también te va bien a ti ser más partícipe de la historia de esta familia y así no sé, es como más interesante si uno está dentro que si uno está fuera, que a lo mejor no veía muchas cosas, estando dentro también puedes ayudar. Cómo lo veis esto?</i>
	Conexión (PT=2) Normaliza o acoge la vulnerabilidad (+)	<i>es coherente con todo lo que hemos hablado Luisa, esta preocupación de tu hermano. Claro, por supuesto que las cosas pueden cambiar, pero la experiencia que tienen ellos es que luego tú puedes ser impulsiva. Has dado esa imagen, que cambias así porque sí, porque te cansas, has dado esa imagen, que sabemos que no es cierto, pero ellos piensan</i>
	Seguridad (PT=1) Expresa empatía (+)	<i>Refiriéndose al hermano, Digamos que, si tu preocupación es que ella pueda como dejarle mucho en manos a vuestros padres la cosa, ¿no?</i>
	Reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir cuestiones privadas(+)	<i>en estos cambios hay ventajas e inconvenientes y el inconveniente es que tu pierdes un poco ese privilegio de estar tan relajado viendo lo que pasa dejando que los demás hagan, esto significa estar más involucrado arriesgarse también, asumir tu parte de</i>

		<i>responsabilidad, participar más de la vida familiar, aguantar una niña que llora, tener que ayudar a tu hermana, todas estas cosas que efectivamente al estar tu más acostumbrado a hacer tu vida son cambios que pesan</i>
Propósito (PT=2)	Anima a mostrar afecto, interés o apoyo (+)	<i>que tú la defiendes, o que estés más a su lado. Ya ves, no hace falta ningún comentario, es superfluo porque ya ves, ella se emociona le ha hecho realmente mucha emoción (la PI se limpia las lágrimas). Tú mismo luego encontrareis una manera de que esto vaya así como está yendo, que tu estas a su lado, luego ella se va a tranquilizar...y defender a tu hermana si la están machacando mucho, no?</i>

Tabla 12.

Descriptor de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión Emocional y Seguridad para cada miembro de la familia en la séptima sesión.

	Dimensión y puntuación Total	Descriptor	Ejemplos
Silvia	Enganche (PT=2)	Expresa optimismo o señala un cambio positivo (+)	<i>yo tengo esperanzas, yo veo que ella algo ha cambiado, que no es la misma de antes, un poco más responsable es y yo qué sé, pienso que cuando tenga su niña y eso se dedicara completamente a ella, yo sí que le doy un voto de confianza y han pasado muchas cosas que</i>
	Conexión (PT=2)	Indica sentirse entendida o aceptada por la terapeuta (+)	<i>sí, sí</i>
	Seguridad (PT=1)	Abre su intimidad (+)	<i>yo no sé quizá intuitivamente tendré mis problemas, pero yo creo que tan loco no estoy o tan mal no estoy, habiéndome criado sin padre</i>
Manuel	Enganche (PT=1)	Expresa optimismo o señala un cambio positivo (+)	<i>hay probabilidades</i>
	Conexión (PT=2)	Indica sentirse entendida o aceptada por la terapeuta (+)	<i>mayores pero aguantamos (se ríe mirando al padre)</i>
	Seguridad	Anima a otro	<i>las cosas han cambiado últimamente? ¿a</i>

	(PT=1)	miembro familiar a abrirse o decir la verdad (+)	<i>qué te refieres? (se dirige hacia al hermano)</i>
Raúl	Enganche (PT=1)		
	Conexión (PT=1)	Indica sentirse entendida o aceptada por la terapeuta (+)	<i>definitivamente</i>
	Seguridad (PT=1)	Abre su intimidad (+)	<i>no se básicamente es que llega un momento, o sea lo que le paso a la abuela que se le puso un hijo en la casa cuando ya no le tocaba y le cayeron, no se, yo vi el cambio de golpe sabes, entonces ahí estaba bien, le cayeron los años encima y no se no quiero que pase lo mismo</i>
Luisa	Enganche (PT=2)	Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo (+)	Refiriéndose al padre: <i>si que hago relaciones contigo que nunca he hablado ahora hablo</i>
	Conexión (PT=2)	Comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta (+)	<i>El otro día hice un pastel y me lo tuve que acabar (todos se ríen)</i>
	Seguridad (PT=1)	Anima a otro miembro familiar a abrirse o decir la verdad (+)	<i>si recuerdo bien, lo quieres explicar (mira al hermano)</i>

Tabla 13.

Descriptorios de la dimensión Compartir el Propósito de la familia en la séptima sesión.

	Dimensión y puntuación Total	Descriptorios	Ejemplos
Familia	Propósito (PT=1)	Validan mutuamente sus puntos de vista (+)	Madre dice: <i>no a mí también me gusta lo que ella compra, porque ella normalmente va a menos sitios</i>
		Ofrecen acuerdos de compromiso (+)	Luisa dice: <i>cenábamos juntos, cuando estoy la hacemos juntos la cena, pero porque quedamos en que para que tu hicieras algo, pues yo te enseñaba a hacer las cosas, para no tenerlo que</i>

	<i>hacer, que tú puedes hacerlo también</i>
Ofrecen acuerdos de compromiso (+)	Hermano dice: <i>le dice a Luisa, tú me la dejas en el coche y yo la miro</i>

Tabla 14.

Descriptorios de la contribución de la terapeuta en las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión Emocional, Seguridad y Compartir el Propósito en la séptima sesión.

Dimensión y Puntuación Total	Descriptorios	Ejemplos	
Terapeuta	Enganche (PT=3)	Explica cómo funciona la terapia (+)	<i>claro aquí voy por un lado os pone a vosotros como familia y cada uno a su nivel, al nivel que le toca, vosotros como padres, ellos como hermanos, ella como persona y futura madre, y como hija y hermana, entonces hemos intentado entender las cosas a todos estos niveles.</i>
	Conexión (PT=3)	Expresa confianza o que cree en el cliente (+)	<i>Visto desde unos objetivos a conseguir cosa que creemos que es posible porque hemos hablado con ella lo pensamos tanto por los recursos que tiene Luisa, como por los recursos que tenéis todos como familia, incluso es posible</i>
	Seguridad (PT=3)	Reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir cuestiones privadas (+)	<i>ahora sí que queríamos tener un espacio para compartir todo esto, porque cada uno tiene su vivencia y os pone retos a todos efectivamente, cada uno lo vive distinto con un implicación distinta</i>
	Propósito (PT=3)	Anima a los clientes a mostrar afecto, preocupación o apoyo de unos por otros (+)	<i>También la dependencia afectiva porque emocionalmente también os necesita no, necesita que la apoyéis en esta etapa, no tiene nadie más, o sea tiene sus amigas que están encantadas de ayudarla, acompañarla están muy contentas</i>

Tabla 15.

Descriptores de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión Emocional y Seguridad para cada miembro de la familia en la novena sesión.

	Dimensión y puntuación Total	Descriptores	Ejemplos
Silvia	Enganche (PT=3)	Expresa optimismo o indica un cambio positivo (+)	<i>yo creo que lo está haciendo bien con la niña y para mí es importante eso</i>
	Conexión (PT=2)	Indica sentirse entendida o aceptada por la terapeuta (+)	<i>sí, es que realmente lo veo así</i>
	Seguridad (PT=3)	Anima a otro miembro a abrirse o decir la verdad (+)	Se lo dice al padre: <i>no los hemos tratado igual</i>
		Abre su intimidad (+)	Refiriéndose al padre: <i>discutimos mucho porque claro por lo de siempre, porque nunca hemos estado de acuerdo él y yo en la educación de nuestros hijos</i>
Manuel	Enganche (PT=1)	Acepta hacer las tareas (+)	<i>no hay problema</i>
	Conexión Emocional (PT=1)		
	Seguridad (PT=1)	Abre su intimidad (+)	Refiriéndose a la actitud del padre: <i>Estas cosas yo no puedo, yo considero, yo no me meto, pero considero que no es correcto</i>
Luisa	Enganche (PT=2)	Introduce un problema (+)	Refiriéndose a cuando la madre le habla sobre lo que lo que no le gusta del padre: <i>no, yo ahora ya igual, cuando viene a quejarse le digo lo mismo, le digo no te quejes, si no pones solución no te quejes</i>
		Indica sentirse entendida o aceptada por la terapeuta (+)	Refiriéndose al hermano: <i>claro... él siempre ha estado bien</i>
	Seguridad (PT=3)	Abre su intimidad (+)	Refiriéndose al padre: <i>o sea, ya no valorar lo positivo, si no, como él dice no machacar tanto lo negativo, porque es que yo no digo que me diga que hago las cosas bien, pero que no me diga que todo lo hago mal</i>
Raúl	Enganche (PT=1)	Describe un plan para mejorar la situación (+)	<i>claro, en vez de exponer el problema, que no se lo dé por perdido y decir esto está fatal y hacer una montaña, es lo que digo</i>
	Conexión		

Emocional (PT=1)		
Seguridad (PT=2)	Abre su intimidad (+)	Refiriéndose a Luisa y al padre: <i>ellos tienen cruce allí desde hace años y allí no quiero entrar</i>

Tabla 16.

Descriptoros de la dimensión Compartir el Propósito de la familia en la novena sesión.

	Dimensión y puntuación Total	Descriptoros	Ejemplos
Familia	Propósito (PT=2)	Validan mutuamente sus puntos de vista (+)	Hermano validando lo que ha dicho Luisa: <i>claro, en vez de exponer el problema, que no se lo dé por perdido y decir esto está fatal y hacer una montaña es lo que te digo</i>
		Se preguntan entre ellos (+)	Madre refiriéndose al padre: <i>pero a ti no te parece que hace bien con la niña, que se preocupa de ella ¿o tú crees que me lo estoy inventando?</i>
		Se culpan unos a otros (-)	Padre refiriéndose a PI: <i>de pequeña quería separarnos, siempre ha sido así</i>

Tabla 17.

Descriptoros de la contribución de la terapeuta en las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión Emocional, Seguridad y Compartir el Propósito en la novena sesión.

	Dimensión y Puntuación Total	Descriptoros	Ejemplos
Terapeuta	Enganche (PT=3)	Elogia la motivación del cliente (+)	Refiriéndose a la madre: <i>cosa que la madre ya hace porque fijate que se preocupó de mandar una carta para hacerme saber los cambios positivos de había hecho Luisa, ¿no?. Y digamos que lo has hecho todo el tiempo, ¿no? De rescatar cosas positivas de ella, esa es la cuestión.</i>
		Expresa optimismo o señala un cambio (+)	<i>yo hacía un poco de memoria con todo el cambio que habéis hecho vosotros desde que vinisteis, y es verdad que habéis hecho muchos cambios porque</i>

		<i>hay mucha historia detrás de muchas dificultades y situaciones en las que no os habéis podido entender, en la que hubieron muchos problema, entonces, que hayáis hecho todo este proceso hasta aquí, que haya nacido la niña en un clima mejor, teniendo el apoyo de su familia en una situación de su vida tan delicado, tan importante, no?, yo creo que es un logro que habéis conseguido entre todos</i>
	Elogia la motivación del cliente (+)	<i>Se lo dice al hermano: la verdad que me gusta ver cómo estás manejando la situación y también la relación con tu hermana o con la niña, que te implicas y participas, esto es algo que me ha gustado mucho ver</i>
Conexión (PT=3)	Expresa afecto al cliente (+)	<i>Refiriéndose a la hija de la Luisa: a ver esta maravilla, ¿todo bien?</i>
	Expresa confianza o cree en el cliente (+)	<i>Se lo dice al padre: yo tengo la experiencia contigo de que estás dispuesto, que aquí tú has mostrado una capacidad de negociar, de cambiar de idea.</i>
	Expresa empatía con las dificultades (+)	<i>Se lo dice al hermano: claro, has tenido otro lugar en la familia, has estado en otra posición digamos con respecto a Luisa. Luisa se ha encontrado y luego se ha colocado ella en una posición de (hace puño como de guerra)</i>
Seguridad (PT=2)	Protege a un miembro de otro (+)	<i>bueno, sea como sea Luisa se ha montado toda una historia pero que para ella es así</i>
	Protege a un miembro de otro (+)	<i>no estaba bien Luisa con vosotros, esa es la diferencia...Daniel acaba de decir yo siempre he estado bien con ellos</i>
Propósito (PT=3)	Destaca lo que comparten de valores, experiencias, necesidades o sentimientos (+)	<i>porque lo habéis pasado mal todos con esta historia, ¿no?</i>
	Anima a mostrar afecto, apoyo de unos por otros (+)	<i>bueno, con que el padre tenga ese detalle, no? para que ella se sienta un poco mimada y cuidada, pues ya está</i>
	Alienta acuerdos de compromiso (+)	<i>pero allí está la cuestión, que es algo que tiene que ver con vuestra relación, que probablemente allí está la solución, no está en tus manos (a Luisa)</i>

ESTUDIO 3

Alianza familiar como facilitadora del cambio terapéutico en la psicoterapia relacional sistémica del trastorno límite de personalidad: un estudio de caso.

Iolanda D'Ascenzo (1), Anna Vilaregut (1), Verónica Zurdo (2), Sonia Torres (1), Ignacio Bolaños (2).

(1) Universitat Ramon Llull, Barcelona, España.

(2) Universidad Complutense, Madrid, España.

Resumen

Las intervenciones combinadas individuales y familiares han demostrado ser muy útiles en el tratamiento de los trastornos límites de personalidad (TLP). El manejo de la Alianza Terapéutica suele ser complejo en estos casos y, a la vez, crucial para el éxito de la terapia. Este estudio tiene como objetivo comprender cómo la Alianza Terapéutica Familiar facilita el cambio terapéutico en un proceso de terapia relacional sistémica con una paciente diagnosticada de TLP y su familia. A través del Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o), se analizó la evolución de las cuatro dimensiones de la Alianza Terapéutica (Enganche en el proceso terapéutico, Conexión emocional con el terapeuta, Seguridad en el sistema terapéutico y Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia) a lo largo de todo el proceso. El segundo objetivo del estudio es analizar cómo el cambio terapéutico conseguido a través

del tratamiento individual y familiar incide en el funcionamiento de personalidad. Se utilizó una entrevista semiestructurada clínica y se hizo un análisis temático de las transcripciones de las dos entrevistas, una al principio y otra al final de la terapia. Los resultados encontrados muestran una evolución dinámica y positiva en todas las dimensiones que mide el SOATIF-o y que la Alianza Familiar facilitó el cambio terapéutico. Los cambios en el contexto relacional se han visto reflejados en el funcionamiento individual y relacional de la paciente modificando las narraciones de la primera y última sesión en las cinco categorías encontradas: *Definición del problema, Visión de sí misma, Relaciones interpersonales, Expectativas de cambio y Perspectiva de futuro.*

Palabras clave: alianza terapéutica, cambio terapéutico, familia, psicoterapia relacional sistémica, SOATIF-o, trastorno límite de la personalidad.

Abstract

Combined individual and family interventions have demonstrated to be very useful in the treatment of Borderline Personality Disorders (BPD). The management of the Therapeutic Alliance is usually complex in these cases and, at the same time, is crucial for the success of the therapy. The purpose of this study is to understand how the Family Therapeutic Alliance facilitates the therapeutic change in a process of systemic relational therapy with a patient diagnosed of BPD and her family. Through the Observation System of the Therapeutic Alliance in Family Intervention (SOATIF-o), four dimensions of AT were analysed (Engagement in the therapeutic process, Emotional connection with the therapist, Security in the therapeutic system, Sense of sharing the purpose of therapy in the family) throughout the whole process. The second

purpose of this study is to analyze how the therapeutic change achieved through the individual and family integrated treatment influences personality functioning. It was used a clinic semistructured interview and realized a thematic analysis of transcriptions of two interviews, one at the beginning and another one at the end of the therapy. Results shows a dynamic and positive evolution in all dimentions measured by the SOATIF-o and that the Therapeutic Alliance facilitated the change. Changes in the patient ralational context were reflected in the individual and relational functioning of the patient modifying the narrative in first and last sessions in five categories found: *Definition of the problem, Self vision, Interpersonal Relationships, Change Expectation, Future Prospect.*

Keywords: Borderline Personality Disorder, Family systemic relational psychotherapy, SOATIF-o, therapeutic alliance, Tharepeutic change.

Introducción

El manejo de la alianza terapéutica con personas diagnosticadas de Trastorno Límite de Personalidad (TLP) suele ser complejo. Las propias características del trastorno implican una inestabilidad en el funcionamiento interpersonal que hace difícil crear y mantener dicha alianza (Jeung & Herpetz, 2014; Lazarus et al., 2014; Waldinger & Gunderson, 1984).

Cómo señalan Cash et al., (2013) y McMMain et al. (2015) la relación con este tipo de pacientes entraña una gran variabilidad, Por una parte, pueden alternar entre la idealización y la denigración del terapeuta y, por otra, son esperables, frecuentes y difíciles de reconstruir las rupturas de la alianza.

Diferentes estudios afirman que una fuerte alianza terapéutica con pacientes con TLP está asociada a una buena adhesión y resultado en el tratamiento. La relación con el

terapeuta se convierte en un medio para las futuras relaciones (Hirsh et al., 2012; Spinhoven et al., 2007).

Desde enfoques individuales como la terapia dialéctica conductual y la terapia cognitiva analítica (Bennett et al., 2016; Gersh et al., 2017) se ha prestado especial atención a las rupturas de la alianza con pacientes diagnosticados de TLP. Parece claro que un mayor número de rupturas en las primeras sesiones está asociado con un peor resultado de la terapia (Anderson et al., 2016).

Otros enfoques, donde se favorecen las intervenciones combinadas, individuales y familiares, han demostrado ser muy útiles en el tratamiento de los trastornos de personalidad. Varios estudios han subrayado la familia como elemento de importancia en la terapia y se han centrado en analizar la efectividad de la terapia familiar en familias con un miembro diagnosticado de TLP (Allen, 2001; Cancrini & De Gregorio, 2018; Choi, 2018; Giffin, 2008; Glick et al., 1995; Infurna et al., 2016; Woodberry et al., 2002).

Los primeros estudios que incluyen a la familia en el tratamiento son de tipo psicoeducativo y se basan en la idea que parece mejorar los resultados para las personas con TLP (Hooley & Hoffman, 1999). En este ámbito destacan las terapias llamadas Family Connections (Fruzzetti & Hoffman, 2004; Hoffman et al., 2003) que implican apoyo y entrenamiento para las familias con el objetivo de desarrollar habilidades para validar a la persona con TLP. Un enfoque mixto de gran relevancia es el de Linehan (2003). La autora señala que una de las características más importantes en las familias con un miembro con TLP es la falta de validación emocional y, por ese motivo, tiene presente a la familia integrando algunas ideas de las teorías de orientación sistémica en la etiopatogénesis del trastorno límite de personalidad como resultado de la interacción

entre la vulnerabilidad emocional individual y el entorno familiar y social. En la misma línea, se colocan las terapias STEPPS (Systems Treatments for Emotional Predictability and Problem Solving) que implican en el tratamiento a los profesionales, amigos y familiares para comprender los problemas emocionales y de regulación de la conducta de la persona con TLP y dar pautas de manejo (Blum et al., 2008).

El modelo relacional sistémico considera a la familia y/o las relaciones significativas como el contexto de referencia más importante para el desarrollo y el funcionamiento del individuo y lo incluye tanto en el diagnóstico como en la terapia. No se trata, por lo tanto, únicamente, de implicar a la familia en el tratamiento como hace el enfoque psicoeducativo. La familia y otras relaciones significativas son el foco de interés en la comprensión del trastorno desde la psicopatología relacional, así como en el proceso terapéutico y de consolidación de los cambios con el objetivo de modificar el funcionamiento de la personalidad. (Allen 2001; Campo & D'Ascenzo, 2010; Cancrini & De Gregorio, 2018; D'Ascenzo & Sciarillo, 2012; Selvini, 2008).

Siguiendo con el enfoque sistémico, Campo y D'Ascenzo (2010) consideran que se gana en tiempo y eficacia si se trabaja a la vez con la red social directa y no solamente simbólica del paciente con TLP. Por ello, el modelo de intervención que proponen se articula en una combinación de sesiones individuales y familiares creando una sinergia que facilita y consolida el cambio terapéutico. La implicación de los familiares y otras figuras significativas desde el comienzo del proceso terapéutico permite hacer un diagnóstico de las relaciones, del funcionamiento, estructura y organización de la familia y de la pareja parental. Incluye el conocimiento de la historia evolutiva con respecto a la crianza de los hijos. Señalan que intervenir con la familia permite dar un significado a las conductas, sentimientos y pensamientos de todos tanto

en el presente como en el pasado e incidir en los comportamientos y rasgos de personalidad a través de las relaciones significativas.

En definitiva, siguiendo con D'Ascenzo et al. (2019), es especialmente importante para el éxito de todo el proceso terapéutico con familias con un TLP construir una alianza tanto individual como familiar, lo cual supone una mayor complejidad de la relación terapéutica que si se tratara de una alianza únicamente individual.

A través de la literatura, sabemos que el modelo sistémico aborda la complejidad de la alianza terapéutica en la terapia familiar y la considera como una interacción entre el sistema paciente identificado (sea pareja o familia) y el sistema terapeuta (supervisor y equipo terapéutico) (Mateu et al., 2014). Por este motivo, es necesario que el vínculo sea fuerte con todos los miembros de la unidad familiar, asistan o no a la terapia, y que el terapeuta sea una persona activa en el proceso de su construcción para conseguir un equilibrio con todos los miembros, con el grupo familiar y facilitar su cooperación (Perkins et al., 2019).

La investigación ha valorado la alianza como facilitadora del cambio terapéutico en el contexto de terapia familiar (Escudero et al., 2008; Glazer et al., 2003). Lambert et al. (2012) añaden que, en el caso de una terapia familiar, no es únicamente relevante la alianza en cuanto a vínculo entre terapeuta y paciente, sino que es determinante la alianza entre los miembros de la propia familia. Recogen el concepto de Pinsof y Catherall (1986) de alianza intrasistema, denominándolo “el sentido de compartir propósito en la familia”. Hace referencia al acuerdo en la naturaleza de los problemas y la anticipación de los objetivos de tratamiento, así como el valor otorgado al hecho de

trabajar conjuntamente en el contexto terapéutico (Friedlander et al., 2006; Friedlander et al., 2008).

En un reciente metaanálisis de 48 estudios Friedlander et al. (2018) confirman la importancia de la alianza para facilitar los cambios en terapia familiar. Hallan correlaciones significativas entre la alianza con el terapeuta y entre los miembros de la familia y el éxito de la terapia, considerando resultados intermedios, finales y niveles de retención en el tratamiento. También ponen énfasis en visualizar la fortaleza de la alianza intrasistema, identificando los sentimientos y experiencias compartidas y validando el sufrimiento común que resulta ser crucial para el compromiso, la retención en el tratamiento y el resultado de la terapia. Recomiendan el uso de intervenciones centradas en la seguridad y la conexión emocional para mejorarla y para fortalecer los niveles de compromiso individuales.

Se ha encontrado relación entre la alianza y el cambio sintomático a lo largo de las sesiones, por lo que se considera esencial analizar la alianza durante al menos 4 sesiones (Crist-Christoph et al., 2011). Algunos estudios han mostrado que el aumento de la alianza de la sesión anterior está relacionado con una mejoría sintomática en la sesión siguiente, mientras que un empeoramiento sintomatológico podía ser consecuente a una alianza desfavorable, implicando así que la alianza y los síntomas influyen entre sí a lo largo del tratamiento (Falkenstrom et al., 2013; Tasca & Lampard, 2012).

El papel del terapeuta es esencial a la hora de un buen desarrollo de la alianza. Friedlander et al. (2006) concluyen que los terapeutas efectivos son aquellos que son capaces de crear una conexión emocional a pesar de las diferencias que puedan existir entre ellos y los pacientes. Además, según Friedlander et al. (2009) uno de los

momentos más decisivos es el primer encuentro entre la familia y el terapeuta en la sesión inicial. Los pacientes muestran preocupación y a la vez interés por cómo los demás miembros de la familia explicarán su perspectiva del problema. Esto resulta aún más complejo en aquellas familias en las que la comunicación es escasa o disfuncional. Por este motivo, la creación de un contexto seguro por parte del terapeuta es una característica esencial y una precondition en la terapia familiar (Friedlander et al., 2000).

El interés que ha despertado la alianza terapéutica, tanto desde la investigación como desde el punto de vista clínico, ha motivado el desarrollo de diferentes instrumentos de evaluación. Entre ellos, con el objetivo de medir la alianza terapéutica dentro del sistema familiar y recoger datos cuantitativos y cualitativos destaca *el Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o)* (Friedlander et al., 2001; Escudero et al., 2004). Este instrumento conceptualiza la alianza terapéutica en función de cuatro dimensiones que interactúan entre sí, tanto de los clientes como del terapeuta: *el Enganche en el Proceso Terapéutico, la Conexión Emocional con el Terapeuta, la Seguridad dentro del Sistema Terapéutico y el Sentido de Compartir Propósito*. Las cuatro dimensiones son independientes, pero no excluyentes por lo que en el análisis se espera que estén correlacionadas entre ellas (Friedlander et al., 2009).

La mayoría de los estudios que han utilizado el SOATIF-o se ha centrado en la terapia de pareja. Estos subrayan que la construcción de la alianza es un proceso dinámico y las dimensiones más discriminativas para la viabilidad y el buen pronóstico de la terapia de pareja son *Seguridad y Compartir Propósito* (Pinsof & Winne, 2000). Los estudios de terapia de pareja con un miembro con depresión mayor han llegado a la conclusión de que la dimensión *Compartir el Propósito* marcaba una distinción entre

los casos de mejora de la sintomatología depresiva y los de no mejora (Artigas et al., 2017; Mateu, 2015; Vilaregut et al., 2018). En terapia familiar, los estudios han encontrado que las medidas de la alianza dentro del sistema tienen una correlación más fuerte con el resultado que las medidas de otros aspectos de la alianza (Friedlander et al., 2018)

D'Ascenzo et al. (2019), partiendo de la premisa de que la alianza familiar es un componente facilitador del proceso terapéutico en casos de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), hicieron el primer estudio utilizando el instrumento SOATIF-o en el análisis de la etapa inicial de la psicoterapia relacional sistémica de un caso de TLP. Encontraron que las dimensiones *Conexión emocional* y *Seguridad* son las que tienen un mayor peso en la formación y afianzamiento de la alianza terapéutica. La combinación de sesiones individuales y familiares y el trabajo con los subsistemas resultaron facilitar la construcción de la alianza terapéutica. La convocatoria de los padres solos permitió que se sintieran más seguros, cómodos e implicados en la terapia y las sesiones individuales con la paciente facilitaron una evolución favorable especialmente en *Conexión emocional*. El estudio evidenció, además, que la evolución de la dimensión *Enganche* fue la que más estuvo influenciada por las intervenciones de la terapeuta y que la dimensión *Compartir el Propósito* empezó en negativo y evolucionó positivamente a lo largo del proceso terapéutico.

En base a estas consideraciones, los objetivos principales de este estudio son dos. Primero, estudiar si la construcción de la alianza familiar es facilitadora del cambio terapéutico, analizando los indicadores con mayor presencia y relevancia a lo largo de todo el tratamiento en una psicoterapia familiar con un miembro diagnosticado de TLP. Segundo, analizar cómo el cambio terapéutico conseguido a través del modelo integrado

individual y familiar de Campo y D'Ascenzo (2010) incide en el funcionamiento individual de la paciente con TLP.

Diseño

Se trata de un estudio de caso único con metodología observacional indirecta y semiestructurada con el objetivo de poder contribuir en el conocimiento dinámico de la alianza en una psicoterapia relacional sistémica con un miembro diagnosticado de TLP a lo largo de todo el proceso terapéutico. En este tipo de metodología se seleccionan ejemplos representativos de fenómenos con el fin de estudiarlos en profundidad y exhaustivamente (Martínez et al., 2014), estableciendo, así, un vínculo entre la investigación y la práctica clínica (Roussos, 2007). Este diseño es muy útil cuando por motivos éticos, metodológicos o prácticos no es factible realizar un diseño experimental (García & Cáceres, 2014). Pretendemos así, contribuir en el conocimiento dinámico de la alianza terapéutica en el caso de una terapia familiar ya que las investigaciones sobre la alianza sugieren analizar “eventos interpersonales de pequeña escala” dentro de la terapia (Horvath, 2011). Para valorar el cambio terapéutico y de funcionamiento de personalidad de la paciente se ha utilizado un método de investigación cualitativa adoptando los principios de la teoría fundamentada (Strauss & Corbin, 1990) y del análisis del discurso (Whetwrel & Potter, 1992; Edwards, 1997).

Participantes

La familia está compuesta por cinco miembros, Carmen de 61 años profesora de educación infantil, Pedro de 62 años profesor de educación primaria, actualmente prejubilado, y sus tres hijas, Victoria de 37 años cirujana casada y con un hijo, Alejandra

de 32 años enfermera y casada con un hijo, y Manuela de 27 años auxiliar de enfermería con pareja desde hace 3 años (nombres ficticios). Manuela convive actualmente con sus padres en el domicilio familiar. Acuden al Servicio de Terapia Familiar del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* de Barcelona con el fin de realizar una terapia familiar. La hija menor, Manuela, ha sido diagnosticada de Trastorno Límite de la Personalidad y Depresión Mayor por el servicio de psiquiatría de otro Hospital donde le han ofrecido un tratamiento individual. Las tasas de trastornos afectivos entre los pacientes con TLP oscilan entre el 40 y el 97% siendo el trastorno depresivo mayor el diagnóstico más común (Zanarini, 1998). Acuden al servicio derivados por la psiquiatra que está tratando a la madre que presenta síntomas depresivos y se encuentra actualmente de baja laboral. La demanda está centrada en los problemas de comunicación y de relación en la familia y principalmente con la hija menor, Manuela. Tanto los padres como Manuela refieren que lleva una “doble vida” en la que engaña a todo el mundo. A los 12-13 años de edad aparecieron los primeros episodios de mentira que se complicaron hasta los 18 años con robos y hurtos a sus padres. Manuela malgastó el dinero destinado para la carrera universitaria y empezó a pedir préstamos al banco de los cuales no podía hacerse cargo. Los padres consultaron a un psicólogo al principio de la adolescencia de su hija que desde entonces fue tratada con enfoques individuales sin mejoras. Los problemas de conducta, emocionales y relacionales fueron aumentando e interfiriendo en el proceso de individuación de Manuela hasta la cristalización del trastorno de personalidad.

Las profesionales que llevaron a cabo la terapia fueron dos psicólogas que estaban realizando el Máster de Terapia Familiar Sistémica del Hospital de la *Santa Creu i Sant Pau* y supervisadas en directo por una psiquiatra especialista en Psicoterapia Familiar y Relacional con 30 años de experiencia en el campo y co-autora del Modelo de intervención individual y familiar en el TLP de Campo y D’Ascenzo (2010).

Instrumento

Sistema para la Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF—o, Friedlander et al., 2006) para evaluar la alianza terapéutica. Es un instrumento observacional diseñado con el fin de ser aplicado por evaluadores externos mientras observan una sesión grabada de terapia de pareja o de familia. Está constituido por indicadores conductuales que ejemplifican las contribuciones positivas y negativas de la pareja o de la familia y del terapeuta en relación con cuatro dimensiones: *Enganche en el Proceso Terapéutico*, el cliente encuentra sentido al tratamiento, transmite la sensación de implicación en la terapia, que los objetivos y las tareas pueden ser negociados con el terapeuta; *Conexión Emocional* con el terapeuta, el cliente considera al terapeuta como una persona importante en su vida y que su relación se basa en el afecto, el interés y la confianza y el sentido de pertenencia; *Seguridad* dentro del sistema terapéutico, el cliente ve la terapia como un espacio donde puede arriesgarse, estar abierto a nuevas experiencias y ser flexible; *Sentido de Compartir el Propósito*, los miembros de la familia se ven a sí mismos trabajando de manera conjunta y unida con el fin de mejorar la relación y conseguir objetivos comunes.

Este instrumento consta de dos partes diferenciadas con el objetivo de evaluar la alianza tanto para la familia como para el terapeuta. En la primera se detectan los indicadores conductuales para cada participante y, en la segunda, se realiza una valoración global de cada una de las dimensiones del instrumento, otorgando una puntuación entre -3 (alianza problemática) a +3 (alianza fuerte). Así se valora la frecuencia del comportamiento, la intensidad y el significado de cada dimensión (Friedlander et al., 2005). Este instrumento ha mostrado tener una adecuada fiabilidad.

En la primera prueba con la versión española se obtuvieron correlaciones de entre .78 y .93 y en posteriores estudios obtuvieron entre .75 y .95 (Friedlander et al., 2009; Escudero et al., 2008).

Entrevista semiestructurada clínica basada en el modelo de intervención individual y familiar de Campo y D'Ascenzo (2010) para evaluar el cambio terapéutico con la paciente al inicio y al final de la terapia. Las preguntas exploran 5 áreas temáticas: percepción del problema, definición de sí mismo, relaciones interpersonales (incluyendo aspectos de la comunicación), expectativas de cambio y perspectivas de futuro.

Procedimiento

El caso en cuestión cuenta con el consentimiento informado de la familia para poder ser utilizado con fines de investigación y de docencia. Las sesiones se realizaron en un despacho del hospital con espejo unidireccional y un sistema de videograbación conectando con otra aula en la que se encuentran el equipo y el supervisor.

El equipo observador estaba compuesto por dos psicólogas. La fiabilidad entre las dos observadoras se calculó a partir del índice de *Kappa de Cohen* valorando una muestra de sesiones seleccionadas aleatoriamente (30% del total de las sesiones). Se obtuvo una media de correlación .99 para la dimensión de *Enganche en el Proceso Terapéutico*, .99 para la dimensión *Conexión Emocional con el Terapeuta*, .95 para la dimensión de *Seguridad dentro del Sistema Terapéutico* y finalmente, .88 para la dimensión de *Sentido de Compartir el Propósito de la Terapia*.

Se analizaron cinco sesiones correspondiendo a la primera, segunda, cuarta, sexta y novena en la que hubiera, al menos, dos miembros de la familia. Con el fin de obtener una mayor predicción de la alianza, esta fue analizada longitudinalmente (Crist-

Cristoph et al., 2011; Mateu, 2015) a lo largo del proceso terapéutico, teniendo en cuenta las primeras sesiones y otras de fases más avanzadas. Siguiendo a Escudero y Friedlander (2003) se realizó una transcripción literal de contenido de las sesiones con el fin de analizar de forma precisa tanto el discurso de los terapeutas como el de la familia. La participación del coterapeuta, de la supervisora y del equipo hallado detrás del espejo unidireccional se consideró como un único terapeuta.

Para la evaluación del cambio terapéutico individual se utilizó la entrevista semiestructurada clínica con la paciente. Las entrevistas, una al principio y otra al final de la terapia, se registraron de forma audiovisual y se transcribieron de forma íntegra. Se hizo posteriormente un análisis temático de las transcripciones (Strauss & Corbin, 1990).

Tratamiento

El tratamiento de este caso siguió el modelo de psicoterapia con pacientes diagnosticados de TLP desarrollado por Campo y D'Ascenzo (2010) en la Unidad de Psicoterapia del Servicio de Psiquiatría del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* de Barcelona. Se trata de un modelo que combina las intervenciones individuales con intervenciones familiares y con los diferentes subsistemas en función de las necesidades del proceso terapéutico. El contexto terapéutico se construye desde el comienzo de la terapia en la base de la colaboración de todas las figuras significativas para la persona diagnosticada de TLP. Este método de intervención permite promover cambios de forma más directa en el contexto natural de referencia y, a la vez, que los cambios positivos en las sesiones individuales se puedan ver reflejados en el sistema familiar.

El procedimiento seguido comprende, en primer lugar, una etapa orientada a la construcción del contexto terapéutico y a establecer el contrato terapéutico. A tal fin, se realiza una primera sesión en la que acude la familia, seguidamente, una específica para los padres y otra con la paciente individualmente. Se incluye también a la fratría, en este caso a las dos hermanas. Si existe una relación de pareja estable se prioriza la sesión con la pareja. En el caso tratado, aunque la paciente tuviera una relación de pareja, no era suficientemente significativa para incluirla en el contexto terapéutico. La segunda etapa es el propio proceso terapéutico. En función de los objetivos terapéuticos acordados con todos los miembros de la familia se realizan sesiones en las que se trabaja con toda la familia, con los padres, con las hermanas y también con el paciente individualmente. La intervención está centrada en un trabajo individual que implica la responsabilidad de la paciente sobre los cambios necesarios para mejorar su funcionamiento de personalidad. A la vez, se trabaja en el contexto relacional, ya que la teoría relacional sistémica indica que los cambios en el contexto de referencia son necesarios para facilitar y consolidar conductas, sentimientos y pensamientos más funcionales, lo cual implica un compromiso de responsabilidad por parte de los familiares hacia el cambio.

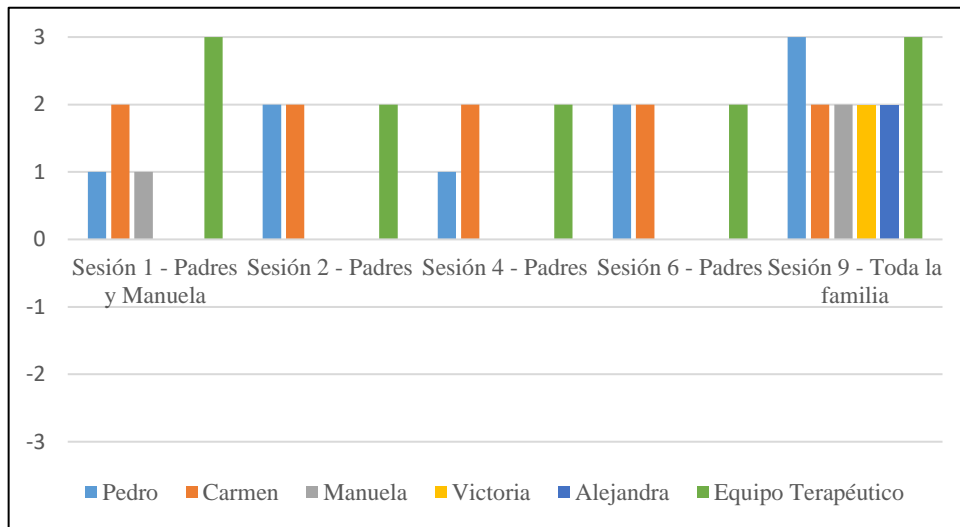
El proceso terapéutico que se ha analizado ha sido de 10 sesiones quincenales de aproximadamente 2 horas de duración, con una evolución favorable de la paciente consiguiendo una mejora en la comunicación y en el funcionamiento familiar, que Manuela fuera capaz de expresar sus necesidades y que éstas encontraran una respuesta adecuada en las relaciones familiares. Al finalizar el proceso terapéutico se realizó la entrevista semiestructurada clínica.

Resultados

Respecto al primer objetivo del presente estudio, en cuanto a la dimensión *Enganche en el proceso* (ver figura 1), Carmen se mantiene estable a lo largo de todas las sesiones (PT=+2) indicando una alianza bastante fuerte, al igual que Victoria y Alejandra, que únicamente están presentes en la sesión 9. Pedro obtiene en las sesiones 1 y 4 una puntuación (PT=+1) que indica una alianza ligera, en la 2 y la 6 muestra una puntuación más alta (PT= +2) y en la última (PT=+3) una alianza muy fuerte. Hallamos, por tanto, una evolución por su parte en esta dimensión. En cuanto a Manuela, observamos también un aumento en esta dimensión entre la sesión 1 y la 9, pasando de una ligera alianza (PT=+1), a una alianza bastante fuerte (PT=+2). Estos resultados indican, que la familia, en especial Pedro y Manuela, a medida que avanza la terapia, ve sentido al tratamiento, se muestra involucrada y cree que el cambio es posible. Por ejemplo, Carmen, en la cuarta sesión, expresa optimismo y cambio (ver tabla 5). Por parte del equipo terapéutico, observamos que contribuyen de forma muy fuerte (PT=+3) en la primera y en la última sesión, de forma bastante fuerte (PT=+2) en las sesiones 2, 4, 6 con el fin de involucrar a los pacientes en la terapia y trabajar coordinadamente desde el primer momento hasta la última sesión (ver tabla 10).

Figura 1.

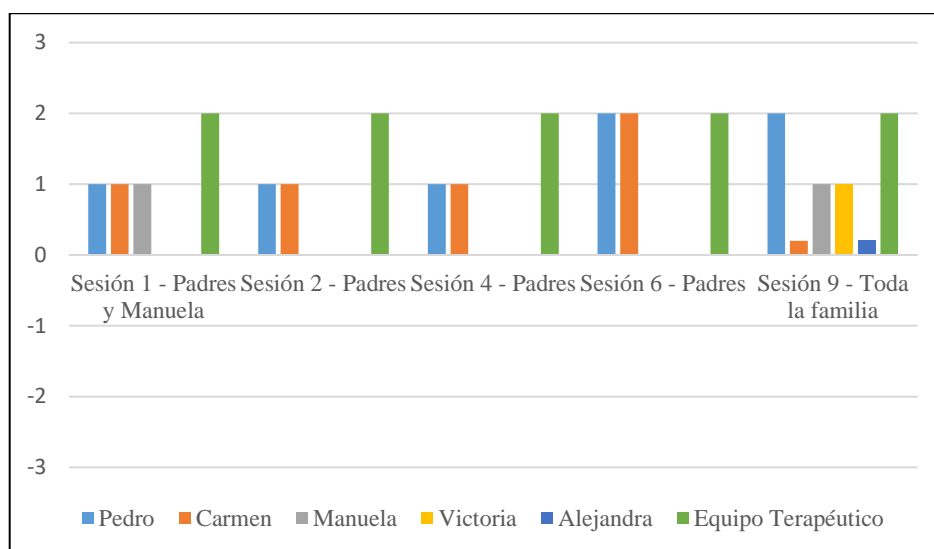
Evolución de la dimensión *Enganche* en la primera, segunda, cuarta, sexta y novena sesión.



En segundo lugar, en cuanto a la dimensión *Conexión Emocional* (ver figura 2) es positiva y neutra (PT=+3, +2, +1 y 0) en todos los participantes a lo largo de las sesiones analizadas. Carmen y Pedro en las tres primeras sesiones (1, 2 y 4) pasan de obtener una alianza ligera (PT=+1) a una alianza bastante fuerte (PT=+2) en la sesión 6. Sin embargo, con Carmen observamos que en la última sesión la alianza es neutra (PT=0), mientras que Pedro se mantiene con una alianza bastante fuerte (PT=+2). Con Manuela observamos una estabilidad en la puntuación con una alianza ligera (PT=+1). Victoria obtiene una alianza ligera (PT=+1) y Alejandra neutra (PT= 0) en la sesión familiar. Por lo tanto, hallamos una cierta consideración por parte de los miembros de la familia de que la relación con el equipo terapéutico se basa en la confianza y afecto. Sobre todo por parte de Pedro, que expresa en diferentes momentos que se siente entendido o aceptado por la terapeuta, como por ejemplo en la cuarta sesión en que la terapeuta muestra comprensión por la falta de comunicación en su familia de origen (ver tabla 5). El equipo terapéutico en la dimensión conexión emocional se mantiene con una puntuación (PT=+2) a lo largo de todas las sesiones analizadas. Expresar empatía es uno de los indicadores que se ha observado con más frecuencia (ver tabla 4).

Figura 2.

Evolución de la dimensión *Conexión Emocional* en la primera, segunda, cuarta, sexta y novena sesión.

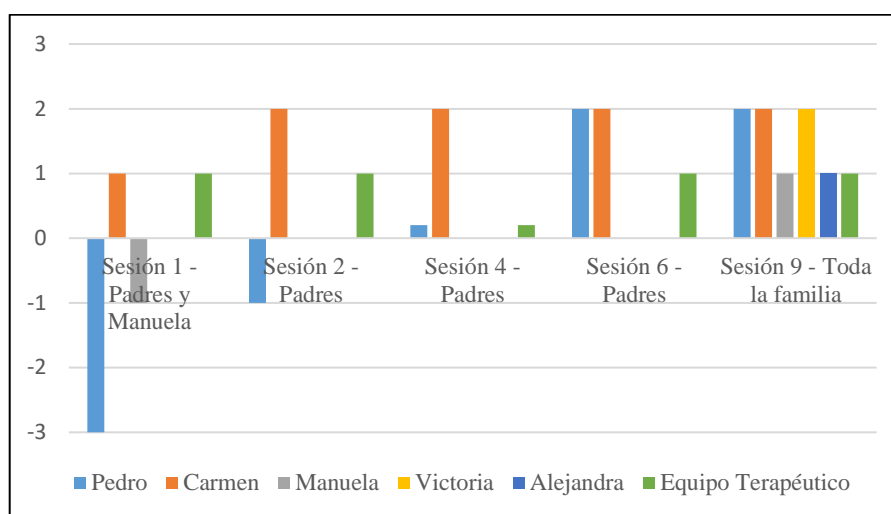


En tercer lugar, en la dimensión *Seguridad* (ver figura 3), Carmen, en la primera sesión, obtiene una puntuación que indica una ligera alianza (PT=+1), pero en las siguientes sesiones alcanza una puntuación que indica una alianza bastante fuerte (PT=+2). En Pedro son muy notables el cambio y la evolución entre sesiones. Obtiene, en las dos primeras sesiones, puntuaciones negativas, siendo muy problemática en la sesión 1 (PT: -3) y ligeramente problemática en la sesión 2 (PT=-1). En la cuarta sesión, a pesar de puntuar alto en el indicador “El cliente expresa ansiedad de forma no verbal”, ésta se contrarresta con una alta presencia del indicador “El cliente abre su intimidad” por lo que obtiene una alianza neutral (PT=0). Finalmente, en las sesiones 6 y 9, alcanza una alianza bastante fuerte (PT=+2). En cuanto a Manuela también hallamos una evolución pasando de la puntuación (PT=-1) a (PT=+1), es decir de una alianza ligeramente problemática a una alianza ligera. Alejandra obtiene una puntuación de (PT=+1), una alianza ligera y Victoria de (PT=+2), una alianza bastante fuerte. Esto indicaría que en un inicio sobre todo Pedro y Manuela no sentían la terapia como un lugar donde arriesgar y donde el conflicto aparezca sin hacer daño. Observamos, en la

primera sesión, que Pedro se reincorpora en la silla hasta 16 veces, mostrando una alta ansiedad no verbal especialmente cuando habla de experiencias vividas con su familia de origen. A medida que avanza la terapia, son capaces de considerarla como un espacio seguro. Las puntuaciones obtenidas por el equipo terapéutico muestran una ligera alianza (PT=+1) en todas las sesiones y neutra (PT=0) en la cuarta sesión (ver tabla 1).

Figura 3.

Evolución de la dimensión *Seguridad* en la primera, segunda, cuarta, sexta y novena sesión.



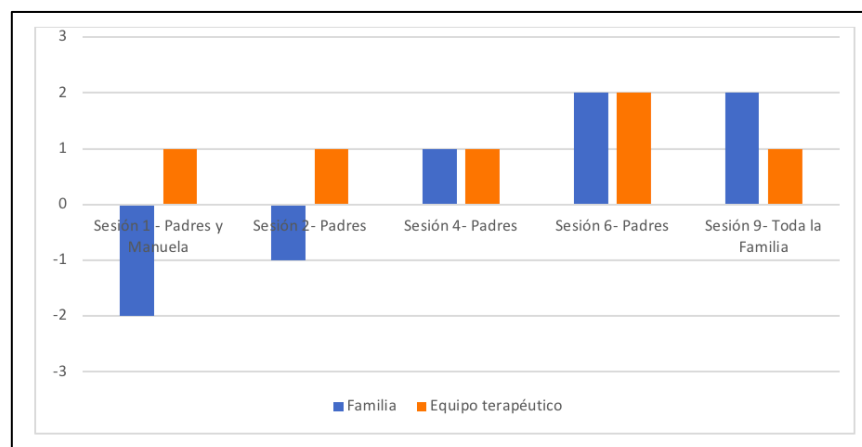
Por último, en la dimensión *Compartir Propósito* (ver figura 4) es clara la evolución gradual positiva de la familia, pasando de obtener en la sesión 1 una puntuación de (PT=-2), a la sesión 2 de (PT=-1), a la sesión 4 de (PT=+1) y finalmente en la 6 y la 9 de (PT=+2). El incremento indica que la familia empezó a verse a sí misma trabajando en colaboración para mejorar la relación familiar y conseguir objetivos conjuntos, logrando un sentimiento de unidad dentro de la familia en terapia.

En la primera sesión es destacable la alta presencia de comentarios hostiles (ver tabla 1), la evitación de contacto ocular entre los miembros y culpabilizaciones implicando así una falta de sentimiento de unidad y de afecto entre ellos. En la segunda sesión siguen apareciendo comentarios hostiles, que van destinados a Manuela, pero

entre los padres aparece mucha validación y reflejo en las posturas corporales, por ejemplo, cuando el equipo señala que el esfuerzo es algo que se respira en la familia, los padres hacen la misma postura (00:25:47). En la cuarta sesión observamos que en la dimensión *Compartir el propósito* pasa de (PT=-1) a (PT=+1), alianza ligeramente positiva, ya que, al no tratar temas sobre Manuela, la hostilidad desaparece, y entran en juego más la validación y el reflejo de posturas. Esto indicaría que, en esta sesión, empieza a haber un sentimiento de unidad entre los padres. En la sexta y novena sesión la dimensión *Compartir Propósito* aumenta fuertemente (PT=+2) siendo la primera vez que aparecen bromas y un gran número de validaciones entre ellos. El equipo terapéutico contribuye en la dimensión *Compartir propósito* de forma ligera (PT=+1) en todas las sesiones y bastante fuerte (PT=+2) en la sexta sesión. Es destacable la novena sesión en que el equipo comenta lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos, hasta 15 veces (ver tabla 10).

Figura 4.

Evolución de la dimensión Compartir Propósito en la primera, segunda, cuarta, sexta y novena sesión.



Respecto al segundo objetivo de este estudio, podemos observar en la tabla 11 y 12, que se identificaron 5 categorías para describir el cambio terapéutico: definición del

problema, visión de sí misma, relaciones interpersonales, expectativas de cambio y perspectiva del futuro.

En la Tabla 11, queda reflejado que, en la sesión inicial en la primera categoría, *Definición del problema*, encontramos dos subcategorías para hacer referencia a la definición que la paciente hacía del problema respecto a si misma y respecto a la parte relacional. Se puede observar que la paciente se consideraba una persona con problemas porque daba la apariencia que todo le daba igual, que no tenía empatía y nunca pedía perdón o daba las gracias. Y lo justificó porque no mostraba o expresaba lo que sentía simplemente porque a lo mejor no sabía cómo hacerlo. *Porque mi problema es que parece que todo me da igual. Pero simplemente porque no muestro. Porque a lo mejor no sé cómo hacerlo. Llevo toda la vida guardándomelo todo. Luego empiezas a decir mentiras y más mentiras. Una bola que se ha ido haciendo cada vez más grande.* En la parte relacional de la definición del problema, la paciente expresaba que quizás sus padres habían estado demasiado encima, y que tenía dificultades en relacionarse con ellos y que siempre había tenido como referente a sus hermanas mayores, aunque con un agravio comparativo. *Son tus hermanas, es el referente que tu tienes en casa, inconscientemente te sale pensar que querías hacer lo que ellas hacían.* En la tabla 12, una vez terminado el tratamiento, Manuela a nivel individual expresó el cambio en su actitud hacía los padres como una mayor comodidad en compartir con ellos y tener una comunicación abierta. *Ahora me apetece estar toda la tarde con ellos, estoy más tranquila porque sé que vamos a estar bien, no intento huir o esconderme.* A nivel relacional el cambio se ve reflejado cuando verbaliza: *Me hace sentir bien porque significa que todos quieren que esté bien, si estamos viniendo aquí y haciendo cosas es por eso... me lo tomo con la parte positiva.*

En lo que se refiere a la *visión de sí misma* en la primera entrevista, Manuela se veía a sí misma con baja autoestima e introvertida, aunque recordó que cuando era pequeña era más cariñosa pero no con sus padres. Esta visión de sí misma, después del tratamiento, podemos observar en la tabla 12 que se modificó en una visión de centralidad de ella en las relaciones familiares en un sentido positivo. *Yo es como que, en estos momentos, soy el centro para que todo vaya mejor y esté bien.*

Respecto a la categoría *Relaciones interpersonales*, encontramos dos subcategorías *vinculadas* a las relaciones interpersonales *Dentro y fuera del contexto familiar*. *Dentro del contexto familiar*, la paciente relató las dificultades en las relaciones interpersonales con sus padres debido a que sentía que estaban demasiado encima de ella. Por este motivo, describió su relación con ellos como más distante, fría para evitar que le preguntaran. En cuanto a *Fuera del contexto familiar*, expresó que había tenido siempre dos grupos de amigas, y que aún mantiene esta amistad y su pareja, que puede contar con su apoyo. Una vez terminado el tratamiento, podemos comprobar que la paciente tenía una visión del contexto familiar basada en la unidad y la confianza. *Todos unidos, más confianza y comunicación entre todos, ya no tan preocupados.* Ver tabla 11 y 12.

En la categoría *Expectativas de cambio*, también se encontraron dos subcategorías en función si hacía referencia al nivel individual o relacional. En la subcategoría individual relató imposibilidad de cambio y en la subcategoría relacional mostró desconfianza en la posibilidad de que sus padres pudieran modificar su forma de actuar con ella, a la vez que consideraba necesario un cambio. Una vez terminado el tratamiento, la paciente a nivel individual subrayó la importancia de haber puesto de su parte, de haber podido comunicarse mejor con sus familiares y saber que podía contar con ellos, que podía pedir ayuda si tenía cualquier problema y eso le hacía sentir más liberada, más tranquila en el día a día. Este cambio coincide, a nivel relacional, con la expresión de

expectativas de esperanza, *Creo que van a seguir yendo por este camino, poco a poco a mejor, que la relación con cada uno sea un poco mejor para quedar y para todo.* Ver tabla 11 y 12.

En la categoría *Perspectiva de futuro* antes del tratamiento expresó el deseo que la relación mejorara con sus padres, pudieran comunicarse más como cualquier persona normal y que no estuvieran tan preocupados por ella. Una vez hecho el tratamiento, la paciente verbalizó en esta categoría, que estaba muy contenta de todo el trabajo hecho entre todos, y que le gustaría que todo siguiera en la misma dirección involucrando más a su pareja y mejorar sus expectativas en el trabajo. Ver tabla 11 y 12.

Discusión

El caso presentado refleja una evolución dinámica y favorable de la construcción de la alianza terapéutica a lo largo de todo el proceso terapéutico. Observamos que tanto la familia como el equipo terapéutico colaboraron de forma activa, siendo ambas contribuciones esenciales para la formación de la alianza terapéutica (Bordin, 1976).

Siguiendo el protocolo de Campo y D'Ascenzo (2010), hemos podido ver la importancia del trabajo con la familia en el tratamiento de una persona con Trastorno Límite de la Personalidad. En este caso, el trabajo principal ha sido con los padres, centrándose sobre todo en fortalecer la parentalidad, con el fin de promover así respuestas funcionales en toda la familia. Este método de trabajo es especialmente relevante en pacientes diagnosticados de TLP, ya que según Campo y D'Ascenzo (2010) los padres de estos pacientes suelen tener la mirada sesgada hacia lo negativo, como hemos podido ver en Pedro y Carmen en las primeras sesiones. Por lo tanto, la meta es un cambio hacia una mirada más positiva, que se ha visto reflejado en la última sesión en la que todos los

miembros son capaces de ver los avances y cambios producidos, tanto por parte de Manuela, como del resto de la familia. Construir un contexto relacional favorable a través de las sesiones con los padres permitió responder de forma adecuada a las necesidades afectivas de la hija y modificar su visión de ella misma.

La familia llegó a terapia con un sentimiento de desesperanza y con mucha hostilidad entre sus miembros. Fue esencial crear una negociación de objetivos e involucración por parte de todos, un fuerte vínculo emocional con el terapeuta, establecer un contexto seguro y un sentimiento de unidad entre los miembros de la familia (Friedlander et al., 2011). Además, Corbella y Botella (2003), Blow et al. (2007), Horvath y Bedi (2002) señalan que la alianza es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, por lo que la participación activa de ambos sistemas es necesaria.

En términos generales, observamos un aumento en las puntuaciones de todos los miembros en todas las dimensiones. El equipo terapéutico se mantiene estable en cuanto a sus contribuciones, obteniendo puntuaciones positivas o neutras en todas las dimensiones, contribuyendo así favorablemente al establecimiento de la alianza terapéutica. Hallamos que las dimensiones *Enganche en el proceso*, *Conexión Emocional* y *Seguridad* tienen un papel más relevante al inicio de la terapia. En cambio, la dimensión *Compartir Propósito* adquiere una mayor relevancia a medida que avanza la terapia siendo la que más variación tiene longitudinalmente (Escudero, 2008). En efecto, el análisis de la alianza terapéutica familiar en este caso, si se compara con el anterior estudio de D'Ascenzo et al. (2019) en el que se analizó la etapa inicial de la terapia, muestra que la dimensión *Compartir propósito* tiene una evolución favorable si se puede analizar el proceso terapéutico completo, mientras que recibe puntuaciones bajas en las primeras sesiones.

En el inicio de la terapia, en la primera sesión, son destacables las bajas puntuaciones en todas las dimensiones por parte de la familia. La baja alianza intra-sistema que hace referencia a la falta de unidad presente entre los miembros de la familia, pone de manifiesto la fragmentación existente entre los padres, Pedro y Carmen, y su hija Manuela (Pinsof & Catherall, 1986). Por este motivo, uno de los objetivos principales por parte del equipo terapéutico fue crear esta visión de unidad y a la vez establecer una alianza con cada uno de ellos con el fin de evitar fenómenos tales como la “alianza dividida” (Muñiz de la Peña et al., 2009).

Friedlander et al. (2009) afirman que las cuatro dimensiones del instrumento SOATIF están interconectadas y son complementarias. No obstante, es preciso realizar un análisis detallado de cada una de ellas. En primer lugar, observamos que la dimensión *Enganche en el Proceso Terapéutico* obtuvo una gran relevancia en las primeras sesiones. Los miembros de la familia, a medida que avanzaba la terapia, se involucraron más en la definición de sus metas, introduciendo problemas, y detectando los cambios positivos que se estaban produciendo. Es destacable en esta dimensión la contribución del equipo terapéutico, ya que es la dimensión en la que obtienen mayores puntuaciones, llegando a la máxima tanto en la primera como en la novena sesión. Como señala Escudero (2009) las contribuciones en la dimensión *Enganche* son un elemento esencial en la primera sesión. Este estudio muestra la importancia de las contribuciones del equipo terapéutico en la dimensión *Enganche* desde el principio de la terapia y en todo el proceso terapéutico, confirmando la oportunidad de un rol activo del terapeuta y del equipo en esta dimensión (D’Ascenzo et al., 2019).

En cuanto a la dimensión *Conexión Emocional con el terapeuta* hallamos también una evolución en el caso de los padres y un mantenimiento en el caso de Manuela. Concibieron que la base de la relación con el equipo terapéutico era la confianza, el afecto

y el interés, y en muchas ocasiones se sintieron entendidos por él. Es relevante este hecho ya que siguiendo a Linehan (2003), los pacientes con TLP muestran dificultades en las relaciones interpersonales y falta de validación emocional en la familia, pero gracias a la intervención del equipo desde la primera sesión, que contribuye de forma bastante fuerte, se crea una buena vinculación. Esto permite evitar rupturas de alianza que dificultarían un buen resultado en la terapia (Gersh et al., 2017; Anderson et al., 2016). A diferencia del estudio de D'Ascenzo et al. (2019), no hallamos una evolución en Manuela en esta dimensión que muestra una puntuación positiva desde el principio. Hay que destacar, a tal propósito, que Manuela presentaba una comorbilidad del TLP con un episodio depresivo mayor. Es posible que la dimensión *Conexión emocional* no mostrara una evolución y fuera positiva desde el comienzo por una menor explosividad en la conducta y un buen nivel de implicación de la paciente desde el principio debido a la influencia de la sintomatología depresiva.

Las dimensiones *Seguridad dentro del sistema terapéutico* y *Compartir el Propósito de la terapia* son las que más variaciones presentan. En la dimensión *Seguridad*, en la primera sesión, tanto Pedro como Manuela obtienen puntuaciones negativas, especialmente Pedro, mostrando una alianza muy problemática. En esta sesión, es muy característica la presencia de ansiedad y la protección no verbal por los miembros de la familia. Tal y como indican Escudero (2009) y Montesano (2015), es normal que en estas sesiones aparezcan conflictos y grandes cargas de tensiones que el terapeuta debe controlar y en las que debe mostrarse receptivo ante la complejidad presente. Es cierto que, a medida que avanza la terapia, las puntuaciones en este indicador aumentan notablemente, posibilitando así la visión del paciente como un espacio donde arriesgarse, con sensación de confort y donde el conflicto se puede manejar sin hacer daño. Es destacable la variación en la puntuación de la dimensión de *Seguridad* por parte de Pedro

en la sesión 4 en la que consigue abrir su intimidad un gran número de veces y a la vez se muestra muy ansioso cuando explica la escasa relación que tiene con su familia y su infancia y adolescencia con sus padres y hermanos. En esta sesión encuentra una fuerte conexión emocional con su hija a través del recuerdo de su relación con su familia de origen.

Por último, en cuanto a la dimensión *Compartir el Propósito*, que hace referencia a la alianza en el seno de la familia, hallamos también una evolución pasando de negativa en la primera sesión, con gran presencia de comentarios hostiles y culpabilizaciones y evitación del contacto ocular, a una puntuación positiva en las que encontramos bromas, validaciones, acuerdos y reflejo de posturas. Estos resultados concuerdan con los del estudio de D'Ascenzo et al. (2019). Como señalan Lambert et al. (2012) en una terapia familiar es determinante la alianza entre los miembros de la propia familia. Se confirmaría, así, la importancia del trabajo con la familia (Campo & D'Ascenzo, 2010; Cancrini & De Gregorio, 2018; Linehan, 2003) para facilitar el cambio terapéutico, viéndose reflejado en la última sesión en la que no hallamos hostilidad por parte de los padres, sino, al contrario, comentarios positivos y bromas entre ellos. A su vez, también es destacable el aumento de puntuación en la sexta sesión en la que los padres tratan su historia de pareja y en la que son frecuentes las palabras cómplices y bromas entre ellos, notándose así una conyugalidad funcional (Campo & D'Ascenzo, 2010). Por parte del equipo terapéutico, observamos que contribuye de forma ligera o bastante fuerte a la alianza, sobre todo a nivel de identificación de sentimientos y experiencias compartidas entre los progenitores (Friedlander et al., 2018).

Hemos podido observar que las dimensiones que más evolucionan a lo largo del proceso terapéutico son *Seguridad* y *Compartir el Propósito*. Esto coincide con los estudios de alianza terapéutica en terapia de pareja de Friedlander et al. (2005), Artigas et

al. (2017) y Mateu et al. (2014), mientras que en los estudios de terapia familiar de D'Ascenzo et al. (2019) y el metaanálisis de Friedlander et al. (2018) las dimensiones más relevantes son las de *Seguridad y Conexión Emocional* con el terapeuta. Esta diferencia podría ser debida a que la mayoría de las sesiones analizadas eran sesiones con los padres y no con todos los miembros de familia. Lo que podría indicar una relación de estas dos dimensiones con el contexto terapéutico formado por la pareja.

Todos coinciden en la necesidad de crear un contexto seguro para los diferentes miembros de la familia para poder arriesgarse a tratar temas que impliquen conflictos. Tal y como hipotetizado por D'Ascenzo et al. (2019) es posible que la dimensión *Compartir el propósito* esté influenciada negativamente por la presencia de síntomas de impulsividad y agresividad de la paciente en las sesiones familiares y que el trabajo con el subsistema parental pueda facilitar la alianza en esta dimensión, en beneficio de todo el proceso terapéutico.

Siguiendo el protocolo de Campo y D'Ascenzo (2010), se pudo ayudar a la paciente a tomar conciencia de que en base a su conducta podría modular las respuestas de los demás. Introducir una actitud proactiva orientada al logro de sus objetivos permitió promover interacciones positivas en la familia que influyó también positivamente en la visión de sí misma. La construcción de un contexto relacional favorable que proporcionara confianza, seguridad y estabilidad emocional, permitió alimentar la esperanza de que el cambio era posible y encontrar el camino apropiado para solventar las necesidades afectivas de la paciente que se pudieron legitimar. Las diferencias más apreciables con respecto al cambio terapéutico en las narraciones de la primera y última sesión individual tienen que ver con la visión de su centralidad dentro de la familia. Al inicio de la terapia estaba relacionada con la percepción de ser el problema y, al final, con ser la diana del interés y del afecto de sus familiares. Se evidencia, además, cómo a

medida que se van logrando confianza, cercanía y valoración de las capacidades de la paciente en las relaciones familiares, Manuela puede construir una visión de futuro más esperanzadora basada en una mayor autoestima, tener aspiraciones de mejora en los estudios, en el trabajo y en la relación de pareja. Los cambios en el contexto familiar se ven reflejados de modo positivo en el funcionamiento de Manuela tanto individual como relacional. A su vez, la comprensión de los aspectos problemáticos de la personalidad de Manuela conectados con la historia de su desarrollo y de sus relaciones familiares facilitó que Manuela asumiera la responsabilidad de modificar su forma de expresarse y de relacionarse y formulara un proyecto de futuro coherente con la etapa del ciclo vital de un joven adulto (D'Ascenzo, 2020).

Se trata de un estudio de caso único por lo que los resultados obtenidos no se pueden generalizar al resto de casos y sería deseable, en futuras investigaciones, ampliar el análisis a otros casos con el objetivo de fomentar la interconexión entre la investigación y la intervención profesional en este ámbito.

Con respecto a los resultados encontrados que indican una mayor relevancia de la dimensión *Compartir el Propósito* en comparación con *Conexión emocional* sería interesante analizar, en otras terapias en las cuales se trabaja con el subsistema padres, si se consiguen los mismos resultados y poder concluir que las dimensiones *Seguridad* y *Compartir el propósito* son discriminativas de la terapia de pareja y del trabajo familiar con el subsistema parental.

Conclusiones

El estudio realizado nos ha permitido obtener información relevante para entender cómo se establece la alianza terapéutica en la psicoterapia relacional sistémica con un

miembro diagnosticado de TLP y cómo influye en el cambio terapéutico. El instrumento SOATIF-o ha demostrado ser útil para el análisis detallado de la alianza terapéutica en estas familias. Hemos comprobado que, en este caso, en el que la mayoría de las sesiones analizadas han sido con el subsistema parental, las dimensiones más discriminativas han sido *Seguridad y Compartir el Propósito* y que han ayudado para la buena viabilidad de las sesiones con todo el sistema familiar. Hemos confirmado la importancia del papel del equipo terapéutico para la construcción de la alianza terapéutica a partir de sus contribuciones positivas o neutras en todas las dimensiones.

El Modelo integrado individual y familiar para el tratamiento de los TLP de Campo y D'Ascenzo representa un tipo de intervención adecuado para facilitar la construcción y el mantenimiento de la alianza terapéutica y para facilitar el cambio terapéutico. Se ha evidenciado la idoneidad de hacer sesiones con los subsistemas: las sesiones sólo con los padres han mostrado tener un efecto beneficioso sobre el proceso terapéutico en su conjunto y han contribuido a la mejora sintomática y relacional de la paciente. Asimismo, las sesiones individuales han influido positivamente en la construcción de la alianza terapéutica con la familia. La sesión con toda la familia en la que han participado las hermanas se ha visto influenciada positivamente por la alianza terapéutica construida con los padres y Manuela y, gracias también a las aportaciones de las hermanas, ha permitido marcar un hito en todo el proceso. El modelo que combina sesiones individuales y familiares ha facilitado el cambio terapéutico. El trabajo con los padres ha conseguido cambios tanto en el plano interpersonal como en el funcionamiento individual de la paciente reduciendo la duración total del proceso terapéutico y el número de sesiones individuales necesarias para conseguir el cambio.

Referencias

- Allen, M.D. (2001). Integrating Individual and Family Systems Psychotherapy to Treat Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11, 313-331. <https://doi.org/10.1023/A:1016602216650>
- Anderson, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26(5), 511-529. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Artigas, L., Mateu, C., Vilaregut, A., Feixas, G., & Escudero, V. (2017). Couple therapy for depression: Exploring how the dyadic adjustment determines the therapeutic alliance in two contrasting cases. *Contemporary Family Therapy*, 39(3), 195-206. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9420-3>
- Benjamin, L. S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of borderline personality disorders*. Guilford Press.
- Bennett, D., Parry, G., & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: A task analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(3), 395-418.
- 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. <https://doi.org/10.1348/147608305X58355>
- Blum, N., St. John, D., Pföhl, B., et al (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline

personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165, 468-478.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071079>

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, research & practice*, 16(3), 252.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0085885>

Campo, C., & D'Ascenzo, I. (2010). El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica. *Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales (REDES)* 24,23-51. En: <http://www.revistaredes.es>

Choi, H. (2018). Family Systemic Approach for Borderline Personality Disorder in Acute Adult Mental Health Care Settings. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 39 (2), 155-173. <https://doi.org/10.1002/anzf.1308>

Cancrini, L. (2012). *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline*. Raffaello Cortina Editore.

Cancrini L., & De Gregorio F.R. (2018). Borderline Personality Disorder Storyboard from the Systemic Family Therapist's Perspective. En R. Pereira & J.L. Linares (Eds.) *Clinical Interventions in Systemic Couple and Family Therapy* (pp. 15-29). European Family Therapy Association Series. Springer International Publishing AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78521-9_2

Cash, S. K., Hardy, G. E., Kellett, S., & Parry, G. (2014). Alliance ruptures and resolution during cognitive behaviour therapy with patients with borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 24(2), 132-145.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.838652>

- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 19(2), 205-221.
Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance–outcome correlation is larger than you might think. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(3), 267. <https://doi.org/10.1037/a0023668>
- D'Ascenzo, I., & Sciarillo, F. (2012). Trauma y oportunidad: la psicoterapia como recurso en el trastorno de estrés post-traumático. *Redes: Revista de psicoterapia e intervenciones sociales*, 27, 91-112.
- D'Ascenzo, I. (2020). Terapia individuale sistemica con giovani adulti in fase di svincolo. *Ecologia della mente*, 43(2), 238-253.
- D'Ascenzo, I., Vilaregut Puigdesens, A., Álvarez Mitjans, G., Bodas Martínez, M., Elias Millan, M., Ureña Mallen, I., & Yague Franco, R. (2019). Construcción de la alianza terapeutica en un caso de terapia familiar con un miembro con Trastorno Límite de la Personalidad. *Anuario de Psicología*, 49(2), 57-71.
<https://doi.org/10.1344/anpsic2019.49.7>
- Escudero, V., Friedlander, M. L., Varela, N., & Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30(2), 194-214.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x>

- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of counseling psychology*, 60(3), 317. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0032258>
- Friedlander, M. L. (2009). *La alianza terapéutica: En la terapia familiar y de pareja* (Vol. 240). Grupo Planeta (GBS).
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy: An empirically informed guide to practice*. American Psychological Association.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Welmers-van de Poll, M. J., & Heatherington, L. (2018). Meta-analysis of the alliance–outcome relation in couple and family therapy. *Psychotherapy*, 55(4), 356. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pst0000161>
- Friedlander, M. L., Lambert, J. E., & Muñoz, C. (2008). A step toward disentangling the alliance/improvement cycle in family therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 55(1), 118-124. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-0167.55.1.118>
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., Deihl, L., Field, N., Lehman, P., & Cutting, M. *Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica. Manual de entrenamiento*. En <http://softa-soatif.com>.
- Fruzzetti, A. E., & Hoffman, P. D. (2004). *Family Connections Workbook and Training Manual*. National Education Alliance for Borderline Personality Disorder
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model.

Development and Psychopathology, 17(4), 1007-1030.

<https://doi.org/10.1017/S0954579405050479>

García, M.V., & Cáceres, P.A. (2014). *Diseños experimentales de series temporales*. UNED.

Gersh, E., Hulbert, C. A., McKechnie, B., Ramadan, R., Worotniuk, T., & Chanen, A. M. (2017). Alliance rupture and repair processes and therapeutic change in youth with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(1), 84-104. <https://doi.org/10.1111/papt.12097>

Giffin, J. (2008). Family Experience of Borderline Personality Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29 (3), 133-138
<https://doi.org/10.1375/anft.29.3.133>

Glazer, S. S., Galanter, M., Megwinoff, O., Dermatis, H., & Keller, D. S. (2003). The role of therapeutic alliance in network therapy: A family and peer support-based treatment for cocaine abuse. *Substance Abuse*, 24(2), 93-100.
<https://doi.org/10.1080/08897070309511537>

Glick, I.D., Dulit, R.A., Wachter, E. y Clarkin, J.F. (1995). The Family, Family Therapy, and Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 4 (3), 237-246. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3330391/>

Gunderson, J.G. (2002). *Trastorno Límite de la personalidad. Guía clínica (Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide)*. Ars XXI de Comunicación.

Hirsh, J. B., Quilty, L. C., Bagby, R. M., & McMain, S. F. (2012). The relationship between agreeableness and the development of the working alliance in patients

with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 26(4), 616-627. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.4.616>

Hoffman, P.D., Hooley J.M. (1999). Expressed emotion and the treatment of borderline personality disorder. In Session: *Psychotherapy in Practice* 4(3), 39-54. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6572\(199823\)4:3%3C39::AID-ESS4%3E3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6572(199823)4:3%3C39::AID-ESS4%3E3.0.CO;2-3)

Hoffman, P.D., Buteau, E., Hooley, J.M., Fruzzetti, A.E., & Bruce, M.L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: Correspondence with levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process*, 42, 469–478. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00469.x>

Hooley, J. M., & Hoffman, P. D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156(10), 1557-1562. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1557>

Horvath, A. O. (2011). Alliance in common factor land: A view through the research lens. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 121-135. <https://psycnet.apa.org/doi/10.4081/ripppo.2011.45>

Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). Oxford University Press.

Infurna, M.R., Brunner, R., Holz, B., Parzer, P., Giannone, F., Reichl, C., ... Kaess, M. (2016). The Specific Role of Childhood Abuse, Parental Bonding, and Family Functioning in Female Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 177-92. doi: 10.1521/pedi_2015_29_186

- Jeung, H., & Herpertz, S. C. (2014). Impairments of interpersonal functioning: empathy and intimacy in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 47(4), 220-234. <https://doi.org/10.1159/000357191>
- 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(2), 417-428. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2010.00212.x>
- Lazarus, S. A., Cheavens, J. S., Festa, F., & Rosenthal, M. Z. (2014). Interpersonal functioning in borderline personality disorder: A systematic review of behavioral and laboratory-based assessments. *Clinical psychology review*, 34(3), 193-205. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.007>
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna*. Herder Editorial.
- Linehan M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan (2003). *Manual de tratamientos de los trastornos de personalidad límite*. Edición Paidós.
- Martínez-Arias, R., Castellanos, M. A., & Chacón, J. C. (2014). *Métodos de investigación en Psicología*. EOS.
- Mateu (2015). *Construcción de la Alianza Terapéutica en Terapia de Pareja con Trastorno Depresivo Mayor* (Tesis Doctoral). Universidad Ramon Llull, Barcelona.

- Mateu, C., Vilaregut, A., Campo, C., Artigas, L., & Escudero, V. (2014). Construcción de la Alianza Terapéutica en la terapia de pareja: estudio de un caso con dificultades de manejo terapéutico. *Anuario de Psicología*, 44(1), 95-115.
- McMain, S. F., Boritz, T. Z., & Leybman, M. J. (2015). Common strategies for cultivating a positive therapy relationship in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(1), 20. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0038768>
- Montesano (2015). Claves fundamentales en terapia de pareja: una guía de navegación para la práctica. *Revista de Psicoterapia*, 26, 161–174. <https://doi.org/10.33898/rdp.v26i102.52>
- Paris, J. (1993). *Treatment of Borderline Personality Disorder*. American Psychiatric Press, Inc.
- Perkins, S. N., Glass, V. Q., & D’Aniello, C. (2019). It’s all about the balance: Therapists’ experience of systemic alliance development. *Contemporary Family Therapy*, 41(4), 420-434. <https://doi.org/10.1007/s10591-019-09500-1>
- Pinsof, W. M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of marital and family therapy*, 12(2), 137-151. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x>
- Roussos (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270. <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/2733>

- Selvini M. (2008). Undici tipi di personalità. L'integrazione della diagnosi di personalità nel pensiero sistemico complesso. *Ecologia della mente*, 31 (1), 29-55.
- Spinhoven, P., Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Kooiman, K., & Arntz, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(1), 104. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.75.1.104>
- Strauss, A. L., & Corbin, J. (1990). *Basic of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage.
- Tasca, G. A., & Lampard, A. M. (2012). Reciprocal influence of alliance to the group and outcome in day treatment for eating disorders. *Journal of Counseling Psychology*, 59(4), 507. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0029947>
- Waldinger, R. J., & Gunderson, J. G. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 38(2), 190-202. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1984.38.2.190>
- Woodberry, K.A., Miller, A.L., Glinski, J., Indik, J. & Mitchell, A.G. (2002). Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescents: Part II: A theoretical review. *American Journal of Psychotherapy*, 56 (4), 585-602. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.4.585
- Zanarini, M.C., Frankenburg F.R., Dudo E.D., Sickel, A.E., Trikha, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12):1733-9. doi: 10.1176/ajp.155.12.1733.

Tabla 1.

Puntuaciones de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión emocional con el terapeuta, Seguridad en el sistema terapéutico y Compartir el propósito dentro de la familia de Pedro, Carmen y Manuela en la primera sesión.

	Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptores positivos (+) y negativos (-)	Comentario	Tiempo
Pedro	Enganche (PT= 1)	Introduce un problema (+)	La terapeuta pregunta a Manuela sobre su novio y Pedro la corta e introduce un problema: <i>“A ver cabe destacar que llevan 3 años, pero no lo conocemos, o sea una vez ha venido a casa, entonces no sabemos tampoco la relación”</i>	00:10:04
	Conexión emocional (PT= 1)	Entendido o aceptado por el terapeuta (+)	La supervisora dice que tiene la sensación de que son una familia amorosa pero que tienen dificultades a la hora de hablar de las cosas y él responde <i>“yo creo que sí”</i>	00:50:52
	Seguridad (PT= -3)	Ansiedad no verbal (-)	A lo largo de la sesión Pedro, cuando se tratan temas complicados en la familia, se reincorpora en la silla o se toca mucho la cara. Lo hace 20 veces a lo largo de la sesión. Por ejemplo: cuando dice que ve que él se hace mayor y su hija no se cura, cuando la terapeuta pregunta si ellos ven que Manuela no está bien y él afirma que no está bien, cuando Manuela relata cuando robó la mitad del dinero de la cartilla a sus padres y el sentimiento de rechazo que tienen ahora hacia ella.	00:28:36, 00:35:01, 00:41:56 00:54:07
	Compartir Propósito (PT= -2)	Evita el contacto ocular (-)	Evita el contacto ocular a Manuela durante toda la sesión. Lo hace 7 veces de forma más destacada. Por ejemplo: señalándola sin mirarla, cuando Manuela se presenta o cuando Manuela habla de su malestar.	00:05:09 00:10:11
	Enganche (PT= 2)	Introduce un problema (+)	Carmen introduce un problema: <i>“...Ella pedía préstamos y yo le controlaba el dinero y a mi me ha estado engañando un año completo, a mi y a su padre, le dije Manuela para que te vaya mejor me das la mitad del sueldo y luego para que te llegues bien a mitad de mes. Si mama, si mama, me daba yo como iba a pensar que no trabajaba, había pedido 5000 por un sitio, 3000 también, prestamos pequeños, tu piensa que en octubre tuvimos que hacernos cargo 4000 euros y ahora está pagando todo lo que debe en el banco ella”</i>	00:23:52
Carmen	Conexión Emocional (PT= 1)	Entendido o aceptado por el terapeuta (+)	La terapeuta empatiza con ellos diciendo <i>“entiendo que esto es un poco asfixiante”</i> Carmen se siente entendida respondiendo <i>“exacto”</i> .	00:13:05

	Seguridad (PT= 1)	Abre su intimidad (+)	Carmen explica cómo se ha sentido con la situación de Manuela <i>“asfixiados todos de tanta mentira, yo no sé cómo gestionarlo, yo me siento fatal, yo no sé por un lado me da rabia y por el otro me da pena, y por el otro me siento... donde hemos fallado tanto hostia”</i> seguidamente Carmen y Manuela lloran.	00:30:51
	Compartir Propósito (PT= -2)	Comentario hostil (-)	Comentario hostil hacia Manuela. <i>“No venga, ve siguiendo tu cuenta tu historia con tus palabras cuenta lo que has hecho, porque por eso que viene la historia, no tienes con nosotros ningún tipo de eso porque lo que dice es todo mentira, y entonces claro que tipo de relación vamos a tener si ella miente, miente y se crea un mundo, dilo, que no se ajusta a la realidad”.</i>	00:23:04
	Enganche (PT= 1)	Introduce problema (+)	La terapeuta le pregunta qué quiere trabajar y ella introduce el problema <i>“la relación, la comunicación con mis padres, que no parezca que siempre me vaya escondiendo”.</i>	1:05:16
Manuela	Conexión Emocional (PT= 1)	Entendido o aceptado por el terapeuta (+)	La terapeuta le pregunta que si es empática con los demás y no en casa es porque hay una dificultad para serlo con los padres y ella responde <i>“exacto”.</i>	00:40:03
	Seguridad (PT= -1)	Responde defensivamente a otro miembro (-)	Cuando su madre insiste diciendo que siempre ha mentido, ella responde defensivamente en tono enfadado <i>“ahora estamos hablando de lo que ha dicho el papa”.</i>	00:22:18
	Compartir Propósito (PT= -2)	Evita contacto ocular (-)	La evitación del contacto ocular está presente durante casi toda la sesión, como ejemplo, cuando sus padres explican todo el dinero que Manuela ha gastado, ella no los mira en ningún momento.	00:28:02

Tabla 2.

Puntuaciones de las dimensiones de Contribución al Enganche en el proceso, a la Conexión emocional con el cliente, a la Seguridad en el sistema terapéutico y al Compartir el propósito con la familia del equipo terapéutico en la primera sesión.

Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptor	Comentario	Tiempo
Enganche (PT= 3)	Captura la atención (+)	Los padres explican todo lo que sienten y han vivido durante un tiempo sin Manuela hablar y el equipo dice: <i>“entendemos todo esto, pero es muy importante, Manuela, poder escuchar un poquito todo lo que a ti te preocupa, cómo tú vives toda esta historia que ha pasado”.</i>	00:51:05

Conexión emocional (PT= 2)	Desvela sus reacciones o sentimientos (+)	“La cuestión es que a nosotros hoy nos ha llegado mucho vuestro sufrimiento”.	01:48:53
Seguridad (PT= 1)	Protege a un miembro (+)	El equipo pide a los padres que digan tres aspectos positivos de Manuela, pero ellos dicen algún aspecto negativo, el equipo protege a Manuela “pero no pasemos a lo negativo eran tres cosas positivas”.	01:01:31
Compartir el propósito (PT= 1)	Subraya lo común entre las perspectivas (+)	“Nos quedamos con la idea de que lo que queréis trabajar aquí es poder acercaros un poco más y mejorar la relación y la comunicación entre vosotros no”.	01:13:21

Tabla 3.

Puntuaciones de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión emocional con el terapeuta, Seguridad en el sistema terapéutico y Compartir el propósito dentro de la familia de Pedro y Carmen en la segunda sesión.

	Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptorios positivos (+) y negativos (-)	Comentario	Tiempo
	Enganche (PT= 2)	Introduce un problema (+)	“Es muy reservada, el problema real, yo creo el problema que tiene... es de mentiras de doble personalidad, una personalidad que no tiene quiere asumirla”	00:08:24
Pedro	Conexión emocional (PT= 1)	Entendido o aceptado por el terapeuta (+)	El equipo destaca lo que los clientes comparten acerca de sus experiencias con su familia acerca de la falta de reconocimiento y Pedro responde “eso sí que es verdad”	00:38:57
	Seguridad (PT= -1)	Abre su intimidad (+)	“Yo tengo la sensación que tiene Manuela, yo iba a mi casa y era un hotel”	00:35:10
		Ansiedad no verbal (-)	A lo largo de la sesión Pedro, se reincorpora en la silla o se toca mucho la cara. Lo hace 16 veces a lo largo de la sesión sobre todo cuando habla de experiencias vividas con su familia de origen	00:34:04, 00:37:04 ...
	Compartir Propósito (PT= -1)	Reflejan postura (+)	Cuando el equipo señala que el esfuerzo es algo que se respira en la familia, Pedro y Carmen hacen la misma posición con las manos juntas encima de las piernas.	00:25:47

	Enganche (PT= 2)	Se inclina hacia delante (+)	Cuando el equipo empatiza diciendo que entienden que no es fácil por la situación de desgaste que viven, Carmen se inclina hacia delante.	00:50:16
Carmen	Conexión Emocional (PT= 1)	Entendido o aceptado por el terapeuta (+)	Cuando el equipo señala lo que comparten en cuanto a que ellos creen que sus intenciones han sido buenas, Carmen responde "sí".	00:56:24
	Seguridad (PT= 2)	Abre su intimidad (+)	"Y yo a veces me pregunto si... digo ¿yo la quiero? Es que no veo nada bueno en ella a veces. Y me sabe fatal (llora) pero a veces pienso jolin a ver si se va y me deja tranquila, pero pienso no que no se vaya porque cuando se ha ido y ha vuelto ha sido peor"	00:49:05
	Compartir Propósito (PT= -1)	Comentario hostil (-)	"Es que yo de Manuela, yo no sé de dónde viene esta criatura, como hace estas cosas, de donde ve ella todo esto... pues sí, yo no sé en qué punto del camino la perdimos"	00:52:28

Tabla 4.

Puntuaciones de las dimensiones de Contribución al Enganche en el proceso, a la Conexión emocional con el cliente, a la Seguridad en el sistema terapéutico y al Compartir el propósito con la familia del equipo terapéutico en la segunda sesión.

Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptorios positivos (+) y negativos (-)	Comentario	Tiempo
Enganche (PT= 2)	Elogia la motivación (+)	"Valoraros el hecho de... de que bueno no habéis tirado la toalla y seguís viniendo e intentando ¿no?"	01:43:07
Conexión emocional (PT= 2)	Expresa empatía (+)	"Estás en una posición con esta historia, que es una historia dolorosa ¿no? Con tu familia de origen, pero que te permite poder entender mejor a Manuela."	00:43:00
Seguridad (PT= 1)	Contiene hostilidad (+)	Después de un comentario hostil por parte de Carmen hacia Manuela, la terapeuta responde conteniendo la hostilidad: "bueno habrá que ayudarla ¿no? Para que funcione mejor"	00:55:18
Compartir el propósito (PT= 1)	Destaca lo que comparten (+)	"Habéis hecho como un esfuerzo para mejorar la situación que habéis tenido en vuestras familias, a lo mejor no habéis recibido el reconocimiento que hubierais querido"	00:38:54

Tabla 5.

Puntuaciones de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión emocional con el terapeuta, Seguridad en el sistema terapéutico y Compartir el propósito dentro de la familia de Pedro y Carmen en la cuarta sesión.

	Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptorios positivos (+) y negativos (-)	Comentario	Tiempo
	Enganche (PT= 1)	Introduce un problema (+)	“La comunicación tampoco no es fluida”	00:03:11
Pedro	Conexión emocional (PT= 1)	Entendido o aceptado por el terapeuta (+)	La terapeuta refiere que él tiene la sensación de que no ha habido comunicación con su familia y Pedro responde “ <i>por supuesto que sí, poca comunicación, poco roce, poco cariño</i> ”.	00:58:52
	Seguridad (PT= 0)	Abre su intimidad (+)	“Yo veo a tu familia y tengo un sentimiento de..., veo a la mía y ese sentimiento, bueno como si viera al hombre ese que hay por la calle, que pasa por la esquina... bueno es mi hermano, pero no sé. Siento un sentimiento hacia su familia de cariño, de estar con ellos, de alegría, son todos muy alegres, la gente es muy abierta y, sin embargo, yo llego a mi familia yo la veo una familia muy cerrada, muy sosa, muy triste, ¿sí o no?”	00:30:52
		Ansiedad no verbal (-)	A lo largo de la sesión Pedro, se reincorpora en la silla o se toca mucho la cara. Lo hace 22 veces por ejemplo cuando habla de la relación con su familia	00:28:26 ,
				00:30:29
	Compartir Propósito (PT= 1)	Reflejan postura (+)	En dos ocasiones Pedro refleja la postura corporal de Carmen, cruzando los brazos.	00:30:24 00:31:02
	Enganche (PT= 2)	Expresa optimismo o cambio (+)	“Yo intento no tener ese rencor que tenía hacia ella”	00:03:20

Carmen	Conexión Emocional (PT= 1)	Entendido o aceptado por el terapeuta (+)	Cuando la coterapeuta señala que sus familias de origen se han sacrificado por ellos dejándolos marchar, ella responde “ <i>Sí esto te das cuenta cuando ya tienes hijos (...) te das cuenta de que los padres también hicieron un gran esfuerzo, de separarse, lejos</i> ”.	01:36:19
	Seguridad (PT= 2)	Varía su tono emocional (+)	Cuando habla de su madre y del esfuerzo que realizó para que ella pudiera estudiar, relatando que cuando ahora ve los movimientos a favor de las mujeres y se acuerda de ella, rompe a llorar.	00:16:10
	Compartir Propósito (PT= 1)	Validan sus puntos de vista (+)	Cuando Pedro habla de cómo se sentía en su casa, Carmen valida su punto de vista diciendo “ <i>él siempre se ha sentido muy extraño en su casa</i> ”.	00:47:46

Tabla 6.

Puntuaciones de las dimensiones de Contribución al Enganche en el proceso, a la Conexión emocional con el cliente, a la Seguridad en el sistema terapéutico y al Compartir el propósito con la familia del equipo terapéutico en la cuarta sesión.

Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptor	Comentario	Tiempo
Enganche (PT= 2)	Captura la atención (+)	Después de un rato sin que Pedro habla, la terapeuta dice dirigiéndose a él “ <i>¿Quieres contarnos un poco?</i> ”.	00:27:30
Conexión emocional (PT= 2)	Expresa interés al margen de la discusión (+)	La terapeuta se acuerda de que Pedro tenía unas pruebas médicas importantes y le pregunta “ <i>¿Tú tenías pruebas no? ¿Estabas de pruebas no?</i> ”.	0:01:15
Compartir el propósito (PT= 1)	Destaca lo que comparten (+)	“ <i>Bueno también pensábamos que los dos han sido muy buenos hijos, eh... con todo ese sacrificio que han hecho y asumido</i> ”.	01:38:00

Tabla 7.

Puntuaciones de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión emocional con el terapeuta, Seguridad en el sistema terapéutico y Compartir el propósito dentro de la familia de Pedro y Carmen en la sexta sesión.

	Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptorios positivos (+) y negativos (-)	Comentario	Tiempo
	Enganche (PT= 2)	Se inclina hacia delante (+)	Cuando la terapeuta le pregunta a Carmen porque quiso tener más hijos, P se inclina hacia delante.	00:41:45
Pedro	Conexión emocional (PT= 2)	Se siente entendido (+)	La terapeuta dice que se quisieron casar no solo por vivir juntos sino también porque veían en el otro el poder compartir una vida juntos y él responde “claro por supuesto”	00:23:09
	Seguridad (PT= 2)	Abre su intimidad (+)	“Bueno yo lo tengo muy claro, yo siempre lo he dicho, no sé si decirlo... yo antes que mis hijas es mi mujer, yo a mis hijas las adoro, a mis nietos igual, pero a ella siempre la he puesto por encima, entonces...”	00:52:38
	Compartir Propósito (PT= 2)	Comparte una broma (+)	Cuando están hablando que su hija mayor se ha casado tras mucho tiempo juntos y dice “chiquilla como te vas a casar no seas tonta, que si me caso pues se casó”, Carmen ríe.	00:24:13
	Enganche (PT= 2)	Expresa optimismo o cambio (+)	“Nos vemos más suficientes, en el sentido de más capaces eh, de acercarnos”.	01:14:51
Carmen	Conexión Emocional (PT= 2)	Comparte momento humorístico (+)	“Pedro era muy dado pero yo me lo camelé”. Ríen.	00:40:48
	Seguridad (PT= 2)	Abre su intimidad (+)	“Es que, en Manuela, queríamos niño la verdad, las cosas no hay que negarlas yo quería un niño porque ya tenían dos niñas no sé qué ay un niño un niño”.	00:38:20
	Compartir Propósito (PT= 2)	Reflectan posturas (+)	Cuando hablan del mucho trabajo que tenían con sus hijas, reflejan posturas con los brazos cruzados.	00:41:18

Tabla 8.

Puntuaciones de las dimensiones de Contribución al Enganche en el proceso, a la Conexión emocional con el cliente, a la Seguridad en el sistema terapéutico y al Compartir el propósito con la familia del equipo terapéutico en la sexta sesión.

Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptor positivos (+) y negativos (-)	Comentario	Tiempo
Enganche (PT= 2)	Expresa optimismo o cambio (+)	<i>“Ahora es cierto que está (Manuela) dando señales muy positivas y estáis en una etapa distinta. Es la primera vez que hacéis algo todos juntos”</i>	01:16:45
Conexión emocional (PT= 2)	Desvela sus reacciones o sentimientos (+)	<i>“A parte me ha impactado, aquí como mujer, que un hombre quiere tanto una mujer, que desea tener a otro hijo, quien hace una cosa así...que se vuelve a operar después de una vasectomía”</i>	01:06:57
Seguridad (PT= 1)	Protege a un miembro (+)	La madre dice no ver capaz a su hija de cambiar y la terapeuta protege diciendo <i>“nosotros la estamos ayudando, pero será importante que tú la veas capaz”</i>	01:15:13
Compartir el propósito (PT= 2)	Destaca lo que comparten (+)	<i>“En principio es una historia bonita, de amor, de unos padres que hacen un paso importante ¿no? En un momento en que ya tenían dos hijas y que pueden tener otro, y era difícil, o sea que no ha sido bueno venga va, vamos a tener otro hijo ¿no?”</i>	01:09:44

Tabla 9.

Puntuaciones de las dimensiones Enganche en el proceso, Conexión emocional con el terapeuta, Seguridad en el sistema terapéutico y Compartir el propósito dentro de la familia de Pedro, Carmen, Manuela, Victoria y Alejandra en la novena sesión.

Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptor positivos (+) y negativos (-)	Comentario	Tiempo
Enganche (PT= 3)	Indica que ha hecho una tarea (+)	Cuando la terapeuta pregunta si han podido realizar la quedada, responde <i>“sí, pedí pancakes allí en el Aron City que está al lado de casa. Pilla entre medias entre sus casas y la nuestra y allí nos juntamos. Un café, patatas, los críos por allí jugando en las atracciones y bueno y nosotros pues hablando”</i>	00:01:45
Pedro	Conexión emocional	Se siente La terapeuta señala que todos están de acuerdo en que quieren que Manuela explique más cosas, él	01:20:15

	(PT= 2)	entendido (+)	contesta “claro poder hablar de estos temas si eso es vital”.	
	Seguridad (PT= 2)	Abre su intimidad (+)	“La escultura mía era de eso de unidos con fuerza, o sea no dejar nada de uno por allí otro por aquí, o sea todos a una, y todos a una significa bueno una cantidad de cosas impresionantes, significa confianza unos con otros, significa contar los problemas, significa pedir ayuda tanto de mi parte hacia ellas como de ellas hacia nosotros o sea ser ese uno entre todos, eso es lo que significa, eso es algo que estamos intentando”	01:16:10
	Compartir Propósito (PT= 2)	Comparten una broma (+)	“Yo... para que no se caiga el edificio” (ríen todos)	00:50:08
	Enganche (PT= 2)	Expresa optimismo o cambio (+)	“Se ve que tiene otra actitud más normalizada del día a día, como más rutinaria. Más... está más con nosotros en el salón, habla un poquito más, bueno... no está tan cerrada, no se fue a su habitación ni nada, eso normalmente lo hacía, de huir”.	00:03:50
Carmen	Seguridad (PT= 2)	Abre su intimidad (+)	“Yo no me quiero ir, porque me da mucho miedo dejarla sola (lo dice con un tono lloroso)”	00:43:10
	Compartir Propósito (PT= 2)	Comparte broma (+)	“Me ha copiado” (ríen todos)	00:47:08
	Enganche (PT= 2)	Expresa optimismo o cambio (+)	“Quizá no es algo malo como quizá antes porque yo ahora no la miro como a ver qué vas a hacer ¿no? A ver qué va a pasar, intento mirarla en forma de que bien estamos haciendo esto a ver que puede... a ver qué pasos puedes ir dando para que nosotros, para que estés bien con nosotros. No sé si me explico. No la miro recelosa o intento no mirarla recelosa, sino mirarla con positivismo”.	
Victoria	Conexión Emocional (PT= 1)	Comparte una broma (+)	“Hombre os quejareis, ahora estáis muy solos no tenéis a nadie que os dé el coñazo”. (T se ríe)	00:14:21
	Seguridad (PT= 2)	Abre su intimidad (+)	“Bueno yo creo que entre todos porque yo también tengo días que no estoy bien o que me pasa algo, o épocas y tampoco lo hablo porque con todo lo que hemos pasado pues tampoco quiero agobiar no sé, si ya mis padres están mal porque ha pasado esto”.	

	Compartir Propósito (PT= 2)	Ofrecen acuerdo de compromiso (+)	<i>“Yo creo que nos lo tenemos que proponer como algo... a hacer ¿no? Más que una obligación, pero ahora al principio tendríamos que hacer algo como... qué día vamos a quedar, que luego salga solo”.</i>	00:11:05
	Enganche (PT= 2)	Cumple las peticiones para representar (+)	Cuando la terapeuta explica que van a hacer la escultura, todos se levantan y mueven las sillas.	
Alejandra	Seguridad (PT= 1)	Postura corporal abierta (+)	Cuando Carmen que se siente orgullosa de tener a sus hijas, deja de cruzar los brazos y abre su postura	00:57:21
	Compartir Propósito (PT= 2)	Reflectan posturas (+)	Cuando dice Carmen que sus hijas son lo más importante en su vida, todos cruzan la pierna excepto Carmen.	00:57:30
	Enganche (PT= 2)	Expresa optimismo o cambio (+)	<i>“Bueno también es eso, el sentirme más... como involucrada, que también cuentan conmigo, que también quieren que esté allí”.</i>	
Manuela	Conexión Emocional (PT= 1)	Se siente entendido (+)	La terapeuta le dice que si le parece bien seguir encontrando espacios para compartir y Manuela responde “claro”.	00:12:50
	Seguridad (PT= 1)	Abre su intimidad (+)	<i>“Yo creo que siempre he sabido que ha sido importante que yo esté. Lo que pasa es eso que, por mi parte, en otro momento me era más fácil o bueno sí más fácil irme o lo que dice mi madre huir o decir que ya tengo otros planes y ahora sí que veo que sabes, como que...”</i>	
	Compartir Propósito (PT= 2)	Comparte broma (+)	<i>“Claro, sí porque ahora es como que todos me miran, la diana”</i> (todos se ríen)	00:31:10

Tabla 10.

Puntuaciones de las dimensiones de Contribución al Enganche en el proceso, a la Conexión emocional con el cliente, a la Seguridad en el sistema terapéutico y al Compartir el propósito con la familia del equipo terapéutico en la novena sesión.

Dimensión y Puntuación Total (PT)	Descriptor positivos (+) y negativos (-)	Comentario	Tiempo
Enganche (PT= 3)	Pregunta el impacto de una tarea de casa (+)	<i>“Cómo ha ido la semana pasada tenáis pendiente una actividad para hacer todos juntos no? ¿Qué tal pudisteis realizar finalmente la quedada?”</i>	00:01:17
Conexión emocional (PT= 2)	Comparte una broma (+)	<i>“A ver (se ríen todos). Me estoy explicando fatal”.</i>	00:13:47
Seguridad (PT= 1)	Cambia de conversación hacia algo agradable (+)	La madre insiste en que Manuela está muy pálida y que no la ve bien y la terapeuta cambia de tema diciendo <i>“Sí este tema lo podremos recuperar a lo mejor en otra sesión de esto y que me estáis diciendo que me parece importante ¿no? Pero me gustaría ya terminar con esta ronda preguntando a Manuela que creo que no, tu no se si, hemos preguntado a cada uno como se han sentido en tu escultura me gustaría que tú también dijeras como...”</i>	00:44:24
Compartir el propósito (PT= 1)	Subraya lo común de las perspectivas del problema (+)	<i>“Bueno en este aspecto parece que estáis bastante de acuerdo los cuatro en el sentido de que tenéis ganas de que Manuela explique”</i>	01:20:06

Tabla 11.

Cambio terapéutico a nivel de mejora sintomática y de las relaciones interpersonales a partir de la entrevista semiestructurada realizada antes del tratamiento.

Categoría	Subcategoría	Cita textual
Definición del problema	Individual	<p>Porque mi problema es que parece que todo me da igual. Pero simplemente porque no muestro, no es porque no tenga empatía ni nada. ¡No! No sé decir ostras pues estoy mal, pues me preocupa esto, pues hoy me ha pasado esto. Llevo toda la vida guardándomelo todo (llora), y supongo que esto es una carga, que por algún lado tiene que salir. El nunca llegar a pedirles perdón o darles las gracias, pero no porque se me olvide, sino simplemente porque a lo mejor no sé cómo hacerlo, es como que no me sale (llora).</p> <p>Eso con 12-13 años hasta día de hoy. Pues empiezas a decir mentiras y luego más mentiras. Luego te quedan un montón y las tienes que recuperar. Luego ha sido una bola, una bola que se ha ido haciendo cada vez más grande. Hasta día de hoy.</p>

	Relacional	Bueno quizá cuando han estado demasiado encima, preguntándome y dónde vas y con quien vas. ¿A lo mejor para no tener que dar tantas explicaciones sabes? Como dejarme, para no tener que dar explicaciones. No se simplemente para que no sepan. Sí, sí todo va bien y ya está. Y luego yo, paralelamente, tener otro mundo. Lo de relacionarme con mis padres, lo de pedir ayuda, lo de las emociones, lo de todo esto. Bueno es que ellas siempre se han limitado a hacer lo que tenían que hacer en cada etapa (...) siempre tienes ese referente de tenerlas en casa son tus hermanas mayores siempre las tenías ahí ay mira como estudia, ojalá yo pudiera, es el referente que tienes en casa, inconscientemente te sale pensar que querías hacer lo que hacían ellas
Visión de sí misma		Como ya se dijo la otra vez, desde pequeña ya ... como que tenía baja la autoestima, como que era muy introvertida No, yo siempre soy así. Siempre he sido así, no recuerdo... a lo mejor cuando era pequeña era más cariñosa. Pero no recuerdo de ser cariñosa con mis padres, bueno con el resto de la gente tampoco. Pero con mis padres no lo recuerdo.
Relaciones interpersonales	Dentro del contexto familiar	Siempre han sido unos padres como de preocuparse, a lo mejor conmigo como más, con quien vas, para qué quieres más dinero, y donde vas, y tienes que estudiar, estudia, tienes que estudiar, que no estudias. Pues al final era, bueno pues que no me pregunten y ya está. Para que no estuvieran tan encima de mi Desde todo esto la relación con mis padres, era estamos aquí pero no, como más distante. (...) no era enfado, como decepcionados, como una relación más fría, y desde entonces siempre ha sido así
	Fuera del contexto familiar	Allí en 3º o 4º nos hicimos el grupo de amigas, que son las Marías y la Olga, que a día de hoy siguen siendo mis amigas. Yo tengo dos grupos de amigas, estas y las otras, que las hice en la guardería... A ver él sí que sabe. Él es el primero que le he dicho que voy al psicólogo dice que seguro que te viene bien y ayuda (refiriéndose al novio)
Expectativas de cambio	Individual	Es imposible
	Relacional	Porque no podía seguir así, ni por mí, ni por el resto de la gente. Ni por mis padres. Por mis padres, tenía que hacer algo Ya pero si ellos lo han hecho así, porque es la única manera que han sabido o han pensado que era la mejor manera, van a actuar así
Perspectiva de futuro		Que la relación mejore, poder comunicarte más, como cualquier persona normal. (...) pues si necesitas ayuda pedírsela, (llora) pues si estas mal decirle, mama vamos a hablar (se limpia las lágrimas), una relación normal. Que no estén tan preocupados por mí en ese sentido, para quitarles ese peso de encima de ellos. Pues estará bien, estará mal. ¿Me dice estás bien? Y yo siiiii.

Tabla 12.

Cambio terapéutico a nivel de mejora sintomática y de las relaciones interpersonales a partir de la entrevista semiestructurada realizada después del tratamiento.

Categoría	Subcategoría	Cita textual
Definición del problema	Individual	Antes cuando venía a casa, comía y me iba corriendo a mi habitación, y ahora me apetece estar toda la tarde con ellos, antes decían hemos quedado a tomar algo, antes decía que tenía otros planes y ahora sí me apetece ir, y ahora estoy más tranquila porque sé que vamos a estar bien, no intento huir o esconderme por decirlo de alguna manera, antes seguramente también me apeteecía, pero como no sabía cómo iba a ser pues prefería evitarlo, entonces me hace sentir más relajada
	Relacional	Me hace sentir bien porque significa que todos quieren que estén bien, si estamos viniendo aquí y haciendo cosas es por eso, no me lo tomo como un punto malo, que tiene un punto malo porque he llegado hasta aquí,

		pero me lo tomo con la parte positiva, no es que me siente mal. Bueno es lo que todo el mundo quiere, que su familia este unida y saber que todo va bien, hace que esté más relajada
Visión de sí misma		Yo les estaba mirando a ellos y ellos a mí porque yo es como que este momento yo soy el centro para que todo vaya mejor, que yo esté bien, era como yo mirándoles a ello y ellos a mí, como si estuviera en el centro
Relaciones interpersonales	Dentro del contexto familiar	No sabía que mi hermana sí que quería que me involucrara más, que le preguntara y que no le iba a molestar, si no hubiera venido aquí no lo hubiera sabido, para mí me lo tomo como una parte muy positiva porque a lo mejor no lo hubiera sabido. Todos unidos, más confianza y comunicación entre todos, no ya tan preocupados. Yo creo que ellos siempre lo han querido, pero como veían mi actitud, decían para qué le vamos a decir algo si no va a venir, cuando te dicen 4 veces y dices que no pues a la 5 ya no te lo van a decir, pero como por mi parte como estoy más tranquila y receptiva como que les sale solo, no es aceptarme o reconocirme, ahora ven que sí que quiero dar ese paso a lo mejor por mi
	Fuera del contexto familiar	No porque como que fuera de mi familia yo les intentaba contar, a lo mejor no todo, pero si intentaba contar, con mis amigas y en el trabajo también, la relación es muy diferente, por ejemplo, en el trabajo siempre tengo que estar de jijijaja, en ningún trabajo he tenido problemas, con mis amigas tampoco, y con mi pareja siempre he intentado, siempre le cuento todo, hablo mucho. A lo mejor antes me preocupaba porque él no sabía, pero ahora que sabe todo, la verdad es que no habría nada que me preocupara en el aspecto de qué dirán de él (refiriéndose al novio)
Expectativas de cambio	Individual	El simple hecho de que si tengo un problema o me pasa algo sé que puedo ir a contárselo a cualquier miembro de la familia, eso para mí es lo más importante, saber que están ahí, que siempre lo he sabido, pero si voy a tener algún problema o me pasa cualquier cosa, saber que están ahí, me van a escuchar y me van a decir lo mejor para mí, pedir ayuda si la necesito. Si no hay comunicación nada hubiera avanzado, si no hubiera puesto de mi parte, la comunicación es algo básico, sin eso no se podría haber dado lo que se está dando poco a poco.
	Relacional	Yo creo que van a seguir yendo por este camino, poco a poco a mejor, avanzando un poco, lo veo así. Como lo estamos haciendo ahora, que la relación con cada uno sea un poco mejor, para quedar y para todo. Sí me hace sentir más liberada, más tranquila en mi día a día, aliviada
Perspectiva de futuro		Me gustaría que siguiera como hasta ahora, poco a poco avanzando, que estemos más unidos, no puedo pedir que sea ya, pero que sigan por este camino
		Me gustaría seguir estudiando y a ver claro es muy difícil y buscar otro tipo de trabajo, por el tema económico porque con el sueldo no... pensando en un futuro buscar un trabajo que cobre un poco más
		La verdad que es lo que digo, estoy muy contenta con todo el trabajo, estamos consiguiendo poco a poco y a mi esto es que todo siga así, y que lo has comentado tú de mi pareja, involucrarlo sería otra de las cosas importantes, creo que a día de hoy no hay nada que me preocupe, lo principal que me oprimía más, como decir, me angustiaba era lo de mi familia, la comunicación y todo y creo que de momento va todo bien entonces...

7. Discusión y conclusiones

El análisis de la AT con las familias en las 3 terapias que son objeto de estudio de esta tesis refleja una evolución dinámica y favorable de la construcción de la alianza terapéutica a lo largo de todo el proceso terapéutico. Observamos que tanto la familia como el equipo terapéutico colaboraron de forma activa, siendo ambas contribuciones esenciales para la formación de la alianza terapéutica (Bordin, 1976).

Siguiendo el protocolo de Campo y D'Ascenzo (2010), se ha evidenciado la importancia del trabajo con la familia en el tratamiento de una persona con Trastorno Límite de la Personalidad. Las familias empezaron la terapia con un sentimiento de desesperanza y con mucha hostilidad entre sus miembros. Fue esencial crear una negociación de objetivos e involucración por parte de todos, un fuerte vínculo emocional con el terapeuta, establecer un contexto seguro y un sentimiento de unidad entre los miembros de la familia (Friedlander et al., 2011). Además, Corbella y Botella (2003), Blow et al. (2007), Horvath y Bedi (2002) señalan que la alianza es una construcción conjunta entre paciente y terapeuta, por lo que la participación activa de ambos sistemas es necesaria.

En términos generales, observamos un aumento en las puntuaciones de todos los miembros en todas las dimensiones. El equipo terapéutico se mantiene estable en cuanto a sus contribuciones, obteniendo puntuaciones positivas o neutras en todas las dimensiones, contribuyendo así favorablemente al establecimiento de la alianza terapéutica. Hallamos que las dimensiones *Enganche en el proceso*, *Conexión Emocional* y *Seguridad* tienen un papel más relevante al inicio de la terapia. En cambio, la dimensión *Compartir Propósito* adquiere una mayor relevancia a medida que avanza la terapia siendo la que más

variación tiene longitudinalmente (Escudero, 2008). En efecto, el análisis de la alianza terapéutica familiar en los estudios 2 y 3, si se compara con el anterior estudio (artículo 1), en el que se analizó la etapa inicial de la terapia, muestra que la dimensión *Compartir propósito* tiene una evolución favorable si se puede analizar el proceso terapéutico completo, mientras que recibe puntuaciones bajas en las primeras sesiones.

En el inicio de la terapia, en la primera sesión, en los tres casos analizados, son destacables las bajas puntuaciones en todas las dimensiones por parte de la familia. La baja alianza intra- sistema que hace referencia a la falta de unidad presente entre los miembros de la familia, pone de manifiesto la fragmentación existente entre los padres y su hija (Pinsof & Catherall, 1986). Por este motivo, uno de los objetivos principales por parte del equipo terapéutico fue crear esta visión de unidad y a la vez establecer una alianza con cada uno de ellos con el fin de evitar fenómenos tales como la “alianza dividida” (Muñiz de la Peña et al., 2009).

Friedlander et al. (2009) afirman que las cuatro dimensiones del instrumento SOATIF están interconectadas y son complementarias. No obstante, es preciso realizar un análisis detallado de cada una de ellas. En primer lugar, observamos que la dimensión *Enganche en el Proceso Terapéutico* obtuvo una gran relevancia en las primeras sesiones. Los miembros de la familia, a medida que avanzaba la terapia, se involucraron más en la definición de sus metas, introduciendo problemas, y detectando los cambios positivos que se estaban produciendo. Es destacable en esta dimensión la contribución del equipo terapéutico, ya que es la dimensión en la que obtienen mayores puntuaciones. Como señala Escudero (2009) las contribuciones en la dimensión *Enganche* son un elemento esencial en la primera sesión. El análisis de los tres casos muestra la importancia de las contribuciones del equipo terapéutico en la dimensión *Enganche* desde el principio de la

terapia y en todo el proceso terapéutico, confirmando la oportunidad de un rol activo del terapeuta y del equipo en esta dimensión.

En cuanto a la dimensión *Conexión Emocional con el terapeuta* hallamos también una evolución. Si se puede analizar el proceso terapéutico entero, se evidencia que, a lo largo de las sesiones, los miembros de la familia concibieron que la base de la relación con el equipo terapéutico era la confianza, el afecto y el interés, y en muchas ocasiones se sintieron entendidos por él. Es relevante este hecho ya que siguiendo a Linehan (2003), los pacientes con TLP muestran dificultades en las relaciones interpersonales y falta de validación emocional en la familia, pero gracias a la intervención del equipo desde la primera sesión, que contribuye de forma fuerte, se crea una buena vinculación. Esto permite evitar rupturas de alianza que dificultarían un buen resultado en la terapia (Gersh et al., 2017; Anderson et al., 2016). La importancia de la *Conexión emocional* en la construcción de la alianza terapéutica en terapia familiar con un miembro diagnosticado de TLP coincidiría con la importancia en contrarrestar las deprivaciones y el rechazo experimentados en el contexto relacional, así como las dificultades en establecer vínculos afectivos de estos pacientes (Cancrini & De Gregorio, 2018; Linares, 2012).

Según Linares (2012), en estas familias el deterioro de la función parental implica triangulación, deprivaciones y rechazo, aunque pueda estar presente una hiperprotección paradójica. Siguiendo en esta línea, Campo & D'Ascenzo (2010) observaron que la función parental de vinculación afectiva está alterada en estas familias que oscilan entre la hiperprotección y el rechazo en la relación parentofilial marcada por una polarización entre cercanía y distancia emocional.

En lo que se refiere a la paciente, señalamos una diferencia en la paciente del estudio 3 comparada con las pacientes de los anteriores. No hallamos una evolución en

Manuela en esta dimensión que muestra una puntuación positiva desde el principio. Hay que destacar, a tal propósito, que Manuela presentaba una comorbilidad del TLP con un episodio depresivo mayor. Es posible que la dimensión *Conexión emocional* no mostrara una evolución y fuera positiva desde el comienzo por una menor explosividad en la conducta y un buen nivel de implicación de la paciente desde el principio debido a la influencia de la sintomatología depresiva. En los otros dos casos se evidencia una mejora de la alianza en la dimensión Conexión emocional en la sesión individual. Esto nos hace plantear que sería posible traducir estos resultados en la práctica clínica en la recomendación de efectuar, en la etapa inicial de la terapia, una sesión individual. Se ha evidenciado cómo la construcción de la alianza terapéutica a nivel familiar mejora gracias a la construcción de la alianza terapéutica individual con la paciente y que, a la vez, la paciente puede sentirse entendida y cómoda como respuesta a las muestras de confianza, afecto e interés auténtico por parte del terapeuta, gracias al uso también del humor para generar complicidad y rebajar las tensiones expresadas en muchos momentos de la terapia. Se puede considerar, por lo tanto, que el modelo de Campo y D'Ascenzo (2010) que dedica una sesión exclusiva a la paciente en la etapa inicial de la terapia, ha facilitado la construcción de la AT.

Las dimensiones *Seguridad dentro del sistema terapéutico* y *Compartir el Propósito de la terapia* son las que más variaciones presentan. En la dimensión *Seguridad*, en la primera sesión, las puntuaciones son negativas para algunos miembros de las familias, mostrando una alianza muy problemática. En esta sesión, es muy característica la presencia de ansiedad y la protección no verbal por los miembros de la familia. Tal y como indican Escudero (2009) y Montesano (2015), es normal que en estas sesiones aparezcan conflictos y grandes cargas de tensiones que el terapeuta debe controlar y en las que debe mostrarse receptivo ante la complejidad presente. Es cierto

que, a medida que avanza la terapia, las puntuaciones en este indicador aumentan notablemente, posibilitando así la visión del paciente como un espacio donde arriesgarse, con sensación de confort y donde el conflicto se puede manejar sin hacer daño. En el estudio 3 es destacable la variación en la puntuación de la dimensión de *Seguridad* por parte de Pedro en la sesión 4 en la que consigue abrir su intimidad un gran número de veces y a la vez se muestra muy ansioso cuando explica la escasa relación que tiene con su familia y su infancia y adolescencia con sus padres y hermanos. En esta sesión encuentra una fuerte conexión emocional con su hija a través del recuerdo de su relación con su familia de origen.

La dimensión *Seguridad*, junto con *Compartir el propósito*, ha sido definida como un elemento de especial importancia en la terapia familiar y de pareja (Artigas et al., 2017; Escudero et al., 2008; Friedlander et al., 2011; Mateu, 2015). Las familias con baja alianza intrasistema tienden a sentirse más inseguras (Lambert & Friedlander, 2008) y, en el análisis de la evolución de la AT con estas familias, hemos comprobado que las sesiones con los subsistemas facilitan la alianza, influenciando las mejoras en la dimensión *Seguridad*.

En cuanto a la dimensión *Compartir el Propósito*, que hace referencia a la alianza en el seno de la familia, hallamos también una evolución pasando de negativa en la primera sesión, con gran presencia de comentarios hostiles y culpabilizaciones y evitación del contacto ocular, a una puntuación positiva en las que encontramos bromas, validaciones, acuerdos y reflejo de posturas. Especialmente en la familia del estudio 2 los padres se mostraban hipercríticos, con gran enfado y queja sobre los comportamientos de la hija y la comunicación estaba marcada por la escasa valoración y la descalificación encubierta como pauta redundante de comunicación. En las siguientes convocatorias, la terapeuta favoreció acuerdos entre los miembros de los subsistemas, procurando delimitar

los roles correspondientes a cada uno, enfatizando, a su vez, los sentimientos de dificultad que compartían y los recursos positivos con los que contaba la familia. A medida que la terapia avanzó, el diálogo en la familia ya no estaba centrado únicamente en las dificultades de relación con la hija, fueron capaces de valorar entre sí sus puntos de vista, confiando en los cambios y mostrando acuerdos de compromiso.

Como señalan Lambert et al. (2012) en una terapia familiar es determinante la alianza entre los miembros de la propia familia. Se confirmaría, así, la importancia del trabajo con la familia (Campo & D'Ascenzo, 2010; Cancrini & De Gregorio, 2018; Linehan, 2003) para facilitar el cambio terapéutico, viéndose reflejado en la última sesión en la que no hallamos hostilidad por parte de los padres, sino, al contrario, comentarios positivos y bromas entre ellos. Es necesario resaltar que, en el proceso terapéutico del estudio 2, hasta el final del tratamiento el padre continuó puntuando en los descriptores negativos que expresan culpa u hostilidad, reflejando que el cambio hacia una valoración más positiva de las capacidades de su hija y la relación con la misma, fue para él un proceso mucho más lento que para el resto de los miembros de la familia. Fue útil y necesario que él pudiera conectar las vivencias que tuvo con su familia de origen a sus propios miedos. En ese proceso la sesión con el subsistema parental en la que se trató la historia de F.O. de ambos, marcó un hito en la evolución de la terapia. Por un lado, fue importante para Manuel relatar el hecho de haberse criado sin padre y que, por tanto, la madre tuvo que hacerse cargo de la crianza de los hijos y conectar esto con los miedos y dificultades que le surgieron en torno al hecho de aceptar que su hija estuviera embarazada y decidiera seguir adelante sin la ayuda del padre de su hijo. Por otro lado, pudo valorar la influencia que tuvo el estilo de crianza de su madre, marcado por la rigidez y la normatividad y cómo lo había replicado en la crianza de sus hijos en la familia creada.

Se pudo apreciar que, a medida que la comunicación familiar ya no estaba tan centrada en las dificultades con la hija, se abrieron otros focos de intervención, entre ellos, las dificultades de comunicación en la pareja y la necesidad de una mayor autonomía de funcionamiento del subsistema fraternal basada en la complicidad y el apoyo mutuo.

Es interesante observar que en el estudio 3, las dimensiones que más evolucionan a lo largo del proceso terapéutico son *Seguridad y Compartir el Propósito*. Esto coincide con los estudios de alianza terapéutica en terapia de pareja de Friedlander et al. (2005), Artigas et al. (2017) y Mateu et al. (2014), mientras que en el estudio del artículo 1 y el metaanálisis de Friedlander et al. (2018) las dimensiones más relevantes son las de *Seguridad y Conexión Emocional* con el terapeuta. Esta diferencia podría ser debida a que la mayoría de las sesiones analizadas eran sesiones con los padres y no con todos los miembros de familia. Lo que podría indicar una relación de estas dos dimensiones con el contexto terapéutico formado por la pareja.

Todos coinciden en la necesidad de crear un contexto seguro para los diferentes miembros de la familia para poder arriesgarse a tratar temas que impliquen conflictos. En base a lo evidenciado en el artículo 1, es posible que la dimensión *Compartir el propósito* esté influenciada negativamente por la presencia de síntomas de impulsividad y agresividad de la paciente en las sesiones familiares y que el trabajo con el subsistema parental pueda facilitar la alianza en esta dimensión, en beneficio de todo el proceso terapéutico.

En el caso del estudio 3, el trabajo principal ha sido con los padres, centrándose sobre todo en fortalecer la parentalidad, con el fin de promover así respuestas funcionales en toda la familia. Este método de trabajo es especialmente relevante en pacientes diagnosticados de TLP, ya que según Campo y D'Ascenzo (2010) los padres de estos

pacientes suelen tener la mirada sesgada hacia lo negativo, como hemos podido ver en Pedro y Carmen en las primeras sesiones. Por lo tanto, la meta es un cambio hacia una mirada más positiva, que se ha visto reflejado en la última sesión en la que todos los miembros son capaces de ver los avances y cambios producidos, tanto por parte de Manuela, como del resto de la familia. Construir un contexto relacional favorable a través de las sesiones con los padres permitió responder de forma adecuada a las necesidades afectivas de la hija y modificar su visión de ella misma. A su vez, también es destacable el aumento de puntuación en la sexta sesión en la que los padres tratan su historia de pareja y en la que son frecuentes las palabras cómplices y bromas entre ellos, notándose así una conyugalidad funcional (Campo & D'Ascenzo, 2010). Por parte del equipo terapéutico, observamos que contribuye de forma ligera o bastante fuerte a la alianza, sobre todo a nivel de identificación de sentimientos y experiencias compartidas entre los progenitores (Friedlander et al., 2018).

El Modelo integrado individual y familiar para el tratamiento de los TLP de Campo y D'Ascenzo representa un tipo de intervención adecuado para facilitar la construcción y el mantenimiento de la alianza terapéutica y para facilitar el cambio terapéutico. Se ha evidenciado la idoneidad de hacer sesiones con los subsistemas: las sesiones sólo con los padres han mostrado tener un efecto beneficioso sobre el proceso terapéutico en su conjunto y han contribuido a la mejora sintomática y relacional de la paciente. Las sesiones con el subsistema fraternal han sido útiles para sostener el proceso de individuación de la paciente, sobre todo con respecto a las situaciones de triangulación y/o parentalización.

En los 3 casos analizados se ha observado una mejora de la AT en la sesión en la que se trata la historia de familia de origen de los padres. El formato de la sesión sigue el modelo utilizado en la Escuela de Terapia Familiar de Barcelona y formulado por

Linares y Campo (Linares y Campo, 2000). Se reconstruye la historia de cada uno de los progenitores en su propia familia de origen con especial atención al conocimiento de los patrones de apego en la relación parento-filial, de la experiencia como hija y como hijo en el seno de la F.O. y en la fratría. Nos interesa comprender y que comprendan cómo influyen en sus relaciones en la familia creada los modelos de referencia de parentalidad y conyugalidad aprendidos en la F.O., teniendo en cuenta que tendemos a reproducir patrones de conducta aprendidos o a evitar reproducirlos si han sido disfuncionales, con o sin éxito (Canevaro, 2012).

Asimismo, es una sesión que, por los temas tratados, permite crear un clima emocional cálido y acogedor por parte del terapeuta y que suele facilitar una mayor conexión emocional y el sentimiento de seguridad en el contexto terapéutico. Proporciona información sobre el funcionamiento de la parentalidad y de la conyugalidad, permite hacer hipótesis sobre la existencia de triángulos relacionales, de alianzas o coaliciones intergeneracionales; facilita encontrar sentido a carencias, dificultades e incompetencias parentales, conectándolas en una visión trigeracional (Campo y D'Ascenzo, 2010). Los padres, en los casos analizados, con la ayuda terapéutica, han podido conectar las dificultades que experimentaban en la relación parento-filial con los conflictos en la pareja parental en relación a modelos de referencia de las respectivas F.O., tanto en la conyugalidad como en la parentalidad, y concebir las diferencias en los criterios educativos y en las expectativas con respecto a la pareja en relación con patrones trigeracionales que no habían armonizado.

En el caso del estudio 2 los progenitores sintieron un tal alivio a raíz de esa sesión, por el hecho de encontrar un significado a sus propias dificultades en la historia con su F.O, que pidieron una copia de la sesión videograbada para verla junto con sus hijos.

Siguiendo el protocolo de Campo y D'Ascenzo (2010), las sesiones individuales han influido positivamente en la construcción de la alianza terapéutica con la familia. La sesión con toda la familia se ha visto influenciada positivamente por la alianza terapéutica construida con la paciente individualmente, con los padres y con la fratría y, gracias también a las aportaciones del subsistema fraternal, ha permitido mostrar un aumento de las puntuaciones en todas las dimensiones que mide el SOATIF-o.

En el estudio 3 se pudo evaluar el cambio en el funcionamiento individual de la paciente conseguido a través de la evolución de la AT en el proceso terapéutico.

Los resultados indican que se pudo ayudar a la paciente a tomar conciencia de que en base a su conducta podría modular las respuestas de los demás. Introducir una actitud proactiva orientada al logro de sus objetivos permitió promover interacciones positivas en la familia que influyó también positivamente en la visión de sí misma. La construcción de un contexto relacional favorable que proporcionara confianza, seguridad y estabilidad emocional, permitió alimentar la esperanza de que el cambio era posible y encontrar el camino apropiado para solventar las necesidades afectivas de la paciente que se pudieron legitimar. Las diferencias más apreciables con respecto al cambio terapéutico en las narraciones de la primera y última sesión individual tienen que ver con la visión de su centralidad dentro de la familia. Al inicio de la terapia estaba relacionada con la percepción de ser el problema y, al final, con ser la diana del interés y del afecto de sus familiares. Se evidencia, además, cómo a medida que se van logrando confianza, cercanía y valoración de las capacidades de la paciente en las relaciones familiares, Manuela puede construir una visión de futuro más esperanzadora basada en una mayor autoestima, tener aspiraciones de mejora en los estudios, en el trabajo y en la relación de pareja. Los cambios en el contexto familiar se ven reflejados de modo positivo en el funcionamiento de Manuela tanto individual como relacional. A su vez, la comprensión de los aspectos

problemáticos de la personalidad de Manuela conectados con la historia de su desarrollo y de sus relaciones familiares facilitó que Manuela asumiera la responsabilidad de modificar su forma de expresarse y de relacionarse y formulara un proyecto de futuro coherente con la etapa del ciclo vital de un joven adulto (D'Ascenzo, 2020). El modelo psicoterapéutico que combina sesiones individuales y familiares ha facilitado el cambio terapéutico. El trabajo con los padres ha conseguido cambios tanto en el plano interpersonal como en el funcionamiento individual de la paciente reduciendo la duración total del proceso terapéutico y el número de sesiones individuales necesarias para conseguir el cambio.

La evolución favorable de la alianza familiar ha sido especialmente importante en estos casos, sobre todo del estudio 2, en el que la paciente tuvo una hija en el curso de la terapia. Se trataba de sistemas familiares en la etapa del ciclo vital de joven adulto y que se caracterizaban por una dinámica familiar y una historia por las que la hija se encontraba atrapada en el dilema entre conseguir la autonomía necesaria para sentirse bien consigo misma y poder construir su propia identidad, y sentirse querida y aceptada por sus padres (Campo & D'Ascenzo, 2010; Cancrini, 1999).

En conclusión, los estudios realizados han permitido obtener información relevante para entender cómo se establece la alianza terapéutica en la psicoterapia relacional sistémica con un miembro diagnosticado de TLP y cómo influye en el cambio terapéutico.

El instrumento SOATIF-o ha demostrado ser útil para ofrecer informaciones sobre el estilo del terapeuta y los recursos que este emplea para facilitar la alianza. Se ha confirmado la importancia de la construcción de la alianza terapéutica en la primera fase de la terapia. Se ha evidenciado la idoneidad de hacer sesiones con los subsistemas: las sesiones individuales han influido positivamente en la construcción de la alianza

terapéutica con la familia, y las sesiones solo con los padres han hecho que estos se sintieran más seguros sin la presencia de los hijos y de los ataques de la paciente. Se ha confirmado la oportunidad de un rol activo del terapeuta en facilitar la construcción de la alianza terapéutica. Las contribuciones realizadas por la terapeuta y el equipo terapéutico para involucrar a todos los miembros de la familia favorecieron la AT en todas las dimensiones, consolidaron la construcción de la alianza terapéutica y permitieron una evolución favorable de la misma.

Se ha podido observar que, de las cuatro dimensiones que mide el SOATIF-o, la *Conexión emocional* y la *Seguridad* son las que tienen una mayor influencia en la consolidación de la alianza terapéutica y en la viabilidad de la terapia en los casos analizados de terapia familiar con un miembro diagnosticado de TLP, que la dimensión *Enganche* tiene gran relevancia en la etapa inicial de la terapia y que la dimensión *Compartir el propósito* evoluciona positivamente a lo largo del proceso terapéutico, aunque muestre puntuaciones negativas en la etapa inicial.

Una de las decisiones más difíciles en el proceso terapéutico con una familia es la que se refiere a quien convocar y cuando. Otra es la que se refiere a la posibilidad de conseguir la colaboración de la familia evitando que los familiares se sientan culpabilizados de los problemas por el simple hecho de que se le pida participar en la terapia.

Los resultados de esta investigación pueden orientar a los clínicos sobre cómo construir el contexto más favorable para la viabilidad de la terapia y la colaboración de la familia, teniendo en cuenta que, en base a los resultados de los estudios realizados, en el proceso terapéutico de terapia familiar con un miembro diagnosticado de TLP, las intervenciones dirigidas a la construcción y al mantenimiento de la AT, se configuran

como intervenciones terapéuticas en sí mismas. Coherentemente con los principios del modelo relacional sistémico, la construcción de contexto terapéutico es parte integrante y fundamental de la terapia familiar y las intervenciones orientadas a modificar la comunicación y las relaciones para favorecer la AT, producen cambios en el sistema y acaban modificando el funcionamiento individual y relacional de la persona con TLP.

8. Limitaciones de la investigación y líneas futuras

Los resultados de esta investigación, aunque puedan proporcionar una herramienta útil para la intervención clínica, tienen algunas limitaciones.

En primer lugar, el objetivo de profundizar en el análisis detallado de cada caso, ha inevitablemente reducido el número. Por lo tanto, sería deseable, en futuras investigaciones, ampliar el análisis a otros casos con el objetivo de fomentar la interconexión entre la investigación y la intervención profesional en este ámbito.

Pensamos que en el futuro sería también necesario analizar la valoración de la alianza terapéutica desde el punto de vista de cada miembro de la familia y de los terapeutas.

Por otro lado, creemos también importante poder seguir analizando, en otros casos de terapia familiar, cómo inciden las características relacionales de los pacientes con TLP en la valoración de la dimensión *Compartir el Propósito*, para poder valorar de forma más ajustada la influencia de esta dimensión sobre la construcción de la alianza terapéutica en estos casos.

Con respecto a los resultados encontrados en el estudio 3 que indican una mayor relevancia de la dimensión *Compartir el Propósito* en comparación con *Conexión emocional* sería interesante analizar, en otras terapias en las cuales se trabaja con el subsistema padres, si se consiguen los mismos resultados y poder concluir que las dimensiones *Seguridad* y *Compartir el propósito* son discriminativas de la terapia de pareja y del trabajo familiar con el subsistema parental.

Hemos confirmado la importancia del papel del equipo terapéutico para la construcción de la alianza terapéutica a partir de sus contribuciones positivas o neutras en

todas las dimensiones. Sería oportuno, en investigaciones futuras, analizar de forma detallada las contribuciones del equipo terapéutico y, en especial, en el contexto de supervisión directa, específico del modelo relacional sistémico tanto en la formación como en la práctica clínica.

A partir de los resultados hallados, el modelo integrado individual y familiar para el tratamiento de los TLP representa un tipo de intervención adecuado para facilitar la construcción, la evolución de la alianza en el proceso terapéutico y el cambio.

Consideramos que a la hora de reducir en esquemas replicables un método de intervención sea muy difícil y, en ciertos aspectos, imposible, transmitir la complejidad de las decisiones que el terapeuta pueda tomar de forma creativa en la base de las necesidades terapéuticas en cada momento y de la interacción tanto con la familia como con otros miembros del equipo. Por lo tanto, otras líneas futuras deberían incluir la posibilidad de ampliar la muestra aplicando el protocolo de intervención una vez manualizado y también hacer la evaluación sobre el tratamiento, con especial atención al análisis de la alianza terapéutica. El primer paso en ese sentido implica la manualización del método de intervención. Esto permitiría en el futuro su difusión, ya no sólo a través de artículos sino de la enseñanza directa a los estudiantes a través de programas específicos de formación en terapia familiar, a la vez que haría posible evaluar la eficacia de la psicoterapia.

9. Referencias

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.
- Allen, D.M. (2001). Integrating individual and family systems psychotherapy to treat borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration, 11* (3), 313-331.
- Allen, D., Abramson H., Whitson S., Morgan, S., Veneracion-Yumel, A., Kondam, S., Goswami, Y., & Mason, M. (2005). Perceptions of contradictory communication from parental figures by adults with borderline personality disorder: a preliminary study. *Comprehensive Psychiatry, 46*, 340-352.
- Allen, B., & Lauterbach, D. (2007). Personality characteristics of adult survivors of childhood trauma. *Journal of traumatic stress, 20* (4), 387-595.
- Álvarez, E. (2001). Terapia cognitivo-conductual del trastorno borderline de la personalidad. *Anales de Psiquiatría, 17*, 53-60.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd Ed. (DSM-III)*, Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). DSM-IV, Washington DC, American Psychiatric Association. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR (Text Revision)* (2000). Washington DC.

- American Psychiatric Association. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1-52.
- American Psychological Association. (2013). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (6th Ed.). Washington: American Psychological Association.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* 5° Edición. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- 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, T., Crowley, M. E. J., Himawan, L., Holmberg, J. K., & Uhlin, B. D. (2016). Therapist facilitative interpersonal skills and training status: A randomized clinical trial on alliance and outcome. *Psychotherapy Research*, 26(5), 511-529. <https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1049671>
- Artigas, L., Mateu, C., Vilaregut, A., Feixas, G., & Escudero, V. (2017). Couple therapy for depression: Exploring how the dyadic adjustment determines the therapeutic alliance in two contrasting cases. *Contemporary Family Therapy*, 39(3), 195-206. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9420-3>
- Bandelow, B., Krause J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rütger, E., (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors

in patient with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research* 134, 169-179.

Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1027–1032. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.6.1027>

Bartle-Haring, S., Silverthorn, B. C., Meyer, K., & Toviessi, P. (2009). Does Live Supervision Make a Difference? A Multilevel Analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(4), 406–414. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00124.x.

Bateson, G. (1936). *Naven*. Stanford University Press.

Bateson, G., Ruesh, J. (1951). *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría*. Norton and Company.

Battle, C. L., Tracie Shea, M., Johnson D.M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M.C., Sanislow, C.A. , Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Grilo, C.M., Mc Grashan, T. H., & Morey L.C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study, *Journal of Personality Disorders*, 18, 193-211.

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.

Bellino, S., Bozzatello, P., Blandamura, A., & Bogetto, F. (2009). Antidepressivi nel trattamento del disturbo borderline di personalità: revisione dei dati di letteratura. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 15 (2), 163-176.

- Bellino, S., Brunetti, C., & Bozzatello, P. (2016). La psicoterapia del disturbo borderline di personalità: aspetti critici e proposte terapeutiche. *Psychotherapy of borderline personality disorder: critical factors and proposal of intervention. Riv Psichiatr*, 51 (1), 11-19.
- Bender, D.S. (2005). The therapeutic alliance in the treatment of personality disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 11(2), 73-87.
- Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2nd edition). New York: Guilford Press.
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal Reconstructing Therapy*. The Guilford Press.
- Bennett, D., Parry, G., & Ryle, A. (2006). Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: A task analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(3), 395-418.
- Barnow, S., Spitzer, C., Grabe, H., J., Kessler, C., & Freyberger, H., J. (2006). Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 45 (8), 965-972.
- 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. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00029.x>
- Botella, L., & Feixas, G. (1994). Eficacia de la psicoterapia: Investigaciones de resultados. En M. Garrido & J. García (Eds.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (pp. 91-104). Valencia: Promolibro.

- Bowen M. (1979) *De la familia al individuo*. Barcelona: Paidós 1991
- Bowlby J. (1969) *Attachment and Loss*. Vol.I. Attachment. New York, Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety & Anger. Attachment and Loss* (vol. 2); (International psycho-analytical library N° 95). London: Hogarth Press
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Clinical applications of attachment theory*. New York, Basic Books.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Brown, G. W., Monk, E, M., Carstairs, G.M. & Wing, J. K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *Br J Prev Soc Med*, 16 (2), 55-68.
- Blum, N., St. John, D., Pföhl, B., et al (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165, 468-478. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071079>
- 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 Alliance: New directions. En A. O. Hovarth & L.S Greenberg (Eds.) *The Working Alliance. Theory, Research, and Practice* (pp. 13-37). New York: Wiley & Sons.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1993). *I tempi del tempo*. Bollati Boringhieri.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (1996). *Terapia sistémica individuale*. Raffaello Cortina

Editore.

Bryman, A. (1988). *Quantity and Quality in Social Research*, London, Unwin Hyman.

Campo, C. & D'Ascenzo, I. (2010). El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica. *Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales (REDES)*, 24, 23-51. Disponible en: <http://www.revistaredes.es>.

Campo, C. (2015). La terapia de pareja en la práctica clínica: un modelo de diagnóstico e intervención. *Mosaico*, 61, 30-59.

Cancrini, L., La Rosa, C. (1991). *Il vaso di Pandora*. Roma, La Nuova Italia Scientifica.

Cancrini, L. (1996). *Date parole al dolore*. Edizioni Frassinelli.

Cancrini, L. (2007). *Océano Borderline: Viajes por una patología inexplorada*. Barcelona, Paidós.

Cancrini, L. (2012). *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline*. Raffaello Cortina Editore.

Cancrini L., & De Gregorio F.R. (2018). Borderline Personality Disorder Storyboard from the Systemic Family Therapist's Perspective. En R. Pereira & J.L. Linares (Eds.) *Clinical Interventions in Systemic Couple and Family Therapy* (pp. 15-29). European Family Therapy Association Series. Springer International Publishing AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-78521-9_2

Cancrini, L., & De Gregorio, F. (2019). La transmisión intergeneracional de los desórdenes de personalidad; desde las infancias infelices a los desórdenes de las relaciones de pareja y la parentalidad. The ingenerational transmission of

personality disorders: from unhappy childhoods to disorders of couple relationships and parentality. *VINCULARTE. Revista Clínica y Psicosocial*, 4, 9-29.

Canevaro, A. (2012). *Terapia individual sistémica con la participación de los familiares significativos*. Ediciones Morata.

Carroll, K., M., & Nuro, K. F. (2002). One Size Cannot Fit All: A Stage Model for Psychotherapy Manual Development. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (4), 396-406.

Cash, S. K., Hardy, G. E., Kellett, S., & Parry, G. (2014). Alliance ruptures and resolution during cognitive behaviour therapy with patients with borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 24(2), 132-145.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2013.838652>

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:http://dx.doi.org.bucm.idm.oclc.org/10.1037/0033-3204.43.3.271](http://dx.doi.org.bucm.idm.oclc.org/10.1037/0033-3204.43.3.271).

Ceberio, M (2011) El equipo invisible. Uso del espejo unidireccional en terapia sistémica. *Revista Asisco*, 2(6), 55-76

Cheavens, J.S., Zachary Rosenthal, M., Daughters, B. S., Nowak, J., Kosson, D., Lynch, T., R. & Lejuez, C., W. (2005). An analogue investigation of the relationships among perceived parental criticism, negative affect, and borderline personality disorder features: the role of thought suppression. *Behavior research and Therapy*, 43, 357-268.

- Cheng, T. C. & Lo, C. C. (2016). Linking worker-parent working alliance to parent progress in child welfare: A longitudinal analysis. *Children and Youth Service Review*, 71, 10-16.
- Choi, H. (2018). Family Systemic Approach for Borderline Personality Disorder in Acute Adult Mental Health Care Settings. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 39 (2), 155-173. <https://doi.org/10.1002/anzf.1308>
- Champe, J., & Kleist, D.M. (2003). Live supervision: A Review of the Research. *The Family Journal* 11(3), 268–275. doi:10.1177/106648070325275
- Ciaro W., Giannini, A, D’Ascenzo, I., Nardini, M., Tartaglia, E., Becattini, M., & Manfreda, G. (1993). Bisturbo borderline di personalità, situazione intermedia tra affermazione di autonomia e dipendenza. En Manfreda G., de Bernart R., D’Ascenzo, J., Giannini, A., Nardini, M. (Eds.) *Psicopatologia e modelli psicoterapeutici: la prospettiva relazionale*. Milano:Wichtig Editore.
- Cyrułnik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona, Gedisa.
- Clarkin J.F., Yeomans F.E. y & Kernberg O.F. (2000). *Psicoterapia delle personalità borderline*. Milano:Raffaello Cortina Editore.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 19(2), 205-221.
Recuperado a partir de <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27671>
- Cotugno A., & Benedetto A. M. (2000). *Il paziente borderline. Introduzione clinica alla “patologia marginale”*. Milano: Franco Angeli.

- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance–outcome correlation is larger than you might think. *Journal of consulting and clinical psychology, 79*(3), 267. <https://doi.org/10.1037/a0023668>
- D'Ascenzo, I. (30 junio- 2 julio 2005). *Los trastornos de personalidad desde la perspectiva sistémica: claves de lectura y de intervención clínica*. Trabajo presentado en Primera Jornada de Terapia Familiar e Intervenciones Sistémicas, Ciudad de Zapopan, Mexico.
- D'Ascenzo, I. (24-26 Julio 2009). *Maltrato psicológico y trastornos de personalidad*. Trabajo presentado en V Congreso Internacional Relaciones, Violencia Familiar y Comunitaria Horizontes Sistémicos de Cambio, Bogotá, Colombia.
- D'Ascenzo I. (2014). Terapia individual sistémica con jóvenes adultos en etapa de desvinculación. *Redes, 30*, 39-56.
- D'Ascenzo I., & Sciarillo F. (2012). Trauma y oportunidad: la psicoterapia como recurso en el trastorno de estrés post-traumático, *Redes, 27*, 91-112.
- D'Ascenzo, I. (1-2 Abril 2016). *El enfoque relacional sistémico de los trastornos límites de Personalidad. Un modelo que integra recursos individuales y recursos del ecosistema*. Trabajo presentado en Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España.
- D'Ascenzo, I. (2020). Terapia individuale sistemica con giovani adulti in fase di svincolo. *Ecologia della mente, 43*(2), 238-253.

- Díaz, J. (2001). Revisión de tratamientos psicoterapéuticos en pacientes con trastornos borderline de personalidad. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 21(78), 51-70.
- Dimaggio, G., Maillard, P., MacBeth, A. & Kramer, U. (2019). Effects of Therapeutic Alliance and Metacognition on Outcome in a Brief Psychological treatment for Borderline Personality Disorder. *Psychiatry*. 82. 1-15.
doi:10.1080/00332747.2019.1610295
- Dunster-Page, C., Haddock, G., Weinwright, L. & Berry, K. (2017). The relationship between therapeutic alliance and patient's suicidal thoughts, self-harming behaviours and suicide attempts: A systematic review. *J Affect Disord*. 1 (223), 167-174.
- Escudero, V., & Friedlander, M. (2003). El Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SAOTIF): Desarrollo trans-cultural, fiabilidad, y aplicaciones del instrumento 1. *Perspectivas Sistémicas*. 77
- Escudero, V., & Friedlander, M. (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.; Friedlander, M.L.; Varela, N. & Abascla, A. (2008) Observing the therapeutic Alliance in family therapy: association with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*. 30 (2), 194-214.
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 247-259.

- Escudero, V., Boogmans, E., Loots, G., & Friedlander, M.L. (2012). Alliance ruptura and repair in conjoint family therapy: An exploratory study. *Psychotherapy*, 49(1), 26-37. Doi:10.1037/a0026747
- Escudero, V. & Friedlander, M. (2019). *Alianza terapéutica con familias: Cómo empoderar al cliente en los casos difíciles*. Barcelona: Herder editorial.
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013) Therapeutic Alliance Predicts Symptomatic Improvement Session by Session. *Journal of Counseling Psychology*, 60, 317-328. doi: 10.1037/a0032258.
- Felitti, V., J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med*, 14 (4), 245-258.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., Deihl, L., Field, N., Lehman, P., & Cutting, M. (2005) *Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica. Manual de entrenamiento*. En <http://softa-soatif.com>.
- Frankel, B. R., & Piercy, F. P. (1990). The relationship among selected supervisor, therapist, and client behaviors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 407–421.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona. España.
- Freud, S. 1909. *Cinque conferenze sulla psicoanalisi*. *Opere*, cit., 1974, vol. VI.

- Friedlander, M.L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic Alliance with couples and families: An empirically informed guided to practices*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, D. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy, 48*, 25-33. doi:10.1037/a002206025.
- Framo, J. L. (1992). *Terapia intergenerazionale*. Milano, Cortina.
- Fruzzetti, A. E., & Hoffman, P. D. (2004). *Family Connections Workbook and Training Manual*. National Education Alliance for Borderline Personality Disorder
- Fruzzetti, A., E., Shenk, & Hoffman, P., D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: A transactional model. *Development and Psychopatology, 17*, 1007-1030.
- Gersh, E., Hulbert, C. A., McKechnie, B., Ramadan, R., Worotniuk, T., & Chanen, A. M. (2017). Alliance rupture and repair processes and therapeutic change in youth with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 90*(1), 84-104. <https://doi.org/10.1111/papt.12097>
- Giffin, J. (2008) Family experience of borderline personality disorder. *Australian and New Zeland Journal of Family Therapy, 29* (3), 133-138.
- Glick, I.D., Dulit, R.A., Wachter, E. y Clarkin, J.F. (1995). The Family, Family Therapy, and Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training, 4* (3), 237-246. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc3330391/>
- Grinker R.R., Werble B., & Drye R. (1968). *The borderline syndrome. A behavioral study of ego functions*. New York: Basic Books.

- Grosse Holtforth, M., Altenstein, D., Krieger, T., Flückiger, C., Wright, A. G. C., & Caspar, F. (2014). Interpersonal differentiation within depression diagnosis: Relating interpersonal subgroups to symptom load and the quality of the early therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, 24, 429–441. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.829253>
- Guidano, V. F. (1994). *El sí mismo en proceso. Hacia una terapia cognitiva post-racionalista*. Barcelona, Paidós.
- Gunderson, J., G & Singer, M., T. (1975). Defining borderline patients: an overview. *Am J Psychiatry*, 132 (1), 1-10.
- Gunderson, J., & Lyoo, I. (1997). Family Problems and Relationships for Adults with Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 4 (5), 272-278.
- Gunderson, J. G. (2002). *Trastorno Límite de la Personalidad. Guía clínica (Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide)*. Barcelona: Ars XXI de Comunicación.
- Gunderson, J.G., & Gabbard, G.O. (2002). *Psicoterapia en los trastornos de personalidad*. Barcelona: Ars Medica.
- Guttman, H., & Laporte, I. (2000). Empathy in families of Women with Borderline Personality Disorder, Anorexia Nervosa, and a Control Group. *Family Process*, 39(3), 345-358.
- Greenberg, M.T. (1999). Attachment and psychopathology in childhood. En *Handbook of attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. J. Cassidy y P.R. Shaver, pp. 469-496. New York: Guilford

- Hancock-Johnson, E., Griffiths, C., Picchioni, M. (2017). A Focused Systematic Review of Pharmacological Treatment for Borderline Personality Disorder. *CNS Drugs*, 31(5), 345-356.
- Hernández, A. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Diversitas*, 3(2), 227-238.
- Hirsh, J.B., Quilty, L.C., Bagby, R.M., & McMain, S.F. (2012). The relationship between agreeableness and the development of the working alliance in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 26(4), 616-627.
- Hock, P. & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic form of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 38, 348-276.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar: un marco conceptual para e cambio de sistemas*. Fondo de cultura económica.
- Hoffman, P.D., Buteau, E., Hooley, J.M., Fruzzetti, A.E., & Bruce, M.L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: Correspondence with levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process*, 42, 469–478. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00469.x>
- Hoffman, P., Fruzzetti, A.E., Buteau, E., Neiditch, E.R., Penney, D., Bruce, M.L., Hellman, F., & Struening, E. (2005). Family Connections: A program for Relatives of Persons With Borderline Personality Disorder. *Family Process*, 44 (2), 217-225.

- Hoffman, P., Buteau, E., & Fruzzetti, A. (2007). Borderline Personality Disorder: Neo-Personality Inventory Ratings of Patients and their Family Members. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 204-215.
- Horvath, A., & Bedi, R. (2002). The alliance. En Norcross, J. C. (Ed) *Psychotherapy relationship that work* (pp. 37-70). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O. (2011). Alliance in common factor land: A view through the research lens. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 121-135. <https://psycnet.apa.org/doi/10.4081/ripppo.2011.45>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48 (1), 9-16. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0022186>
- Hooley, J.M., & Hoffman, P.D. (1999). Expressed emotion and clinical outcome in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1557-1562.
- Horwitz, A., Widom, C., McLaughlin J, & White, H.R. (2001). The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: A prospective study. *Journal of Healthand Social Behavior*, 42, 184-201.
- Howarth, 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.
- Infurna, M.R., Brunner, R., Holz, B., Parzer, P., Giannone, F., Reichl, C., & Kaess, M. (2016). The Specific Role of Childhood Abuse, Parental Bonding, and Family

- Functioning in Female Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 30(2), 177-92. doi: 10.1521/pedi_2015_29_186
- Lidz, T. (1963). *Famiglia e problemi di adattamento*. Torino, Boringhieri.
- Jeung, H., & Herpertz, S. C. (2014). Impairments of interpersonal functioning: empathy and intimacy in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 47(4), 220-234. <https://doi.org/10.1159/000357191>
- Johnson J.G., Cohen P., Gould M.S., Kasen S., Brown J, & Brook J.S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 59, 741-749.
- Jones E. & Asen A. (2004). *Terapia sistémica de pareja y depresión*. Bilbao: Editorial Descleé De Brouwer.
- Kernberg, O., F. (1967) Borderline personality organization, *J. Am. Psychoanal. Ass.*, 15, 641-685.
- Kernberg (1979) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Paidós.
- Kernberg (1987) *Trastornos graves de la personalidad*. Mejico: Manual Moderno.
- Kernberg, O., F. (2004). Borderline personality disorder and borderline personality organization: Psychopathology and psychotherapy. En Magnavita J., *Handbook of personality disorders*, (pp. 92-119). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Knitgh, R., P. (1953). Borderline States, *Bull. Menn. Clin.*, 17, 1-12.
- Lazarus, S. A., Cheavens, J. S., Festa, F., & Rosenthal, M. Z. (2014). Interpersonal functioning in borderline personality disorder: A systematic review of behavioral

and laboratory-based assessments. *Clinical psychology review*, 34(3), 193-205.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.007>

Lefley, H. (2005). From Family Trauma to Family Support System. En Gunderson, J, & Hoffman, P. (Eds.), *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder, A Guide for Families*. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing.

Leichsenring, F. Leibing, E. (2003), The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223-1232.

Lenzenweger, M., F. & Clarkin, J. F. (2005). *Major Theories of Personality Disorder*. The Guilford Press Inc.

Linares, J., L. (1996). *Identidad y Narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona, Paidós.

Linares J.L., & Campo C. (2000). *Tras la honorable fachada: Los trastornos depresivos desde la perspectiva relacional*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.

Linares J.L. (2006). Una visión relacional de los trastornos de personalidad. En S. A. Roizblatt (Ed.), *Terapia Familiar y de pareja*, 166-168. Santiago de Chile: Mediterraneo.

Linares J.L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y salud: Revista de psicología clínica y salud*, 18, 381-399.

- Linares J.L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: La inteligencia terapéutica*. Barcelona: Herder.
- Linares, J. L. (Ed.). (2015). *Prácticas Alienadoras Familiares. El síndrome de Alienación Parental reformulado*. Barcelona, Gedisa.
- Linares, J.L. (2019). *Terapia familiar de la psicosis. Entre la destriangulación y la reconfirmación*. Ediciones Morata.
- Linehan, M., Heard, H. y Armstrong, H (1993). Naturalistic follow up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50(12): 971–974.
- Linehan M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Links, P. S., Shah, R., & Eyman, R. (2017). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Progress and Remaining Challenges. *Curr Psychiatry Rep.*, 19(3), 16.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn (Ed.), *Successful psychotherapy* (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel.
- Malacrea, M. (2007) *Esperienze Sfavorevoli Infantili: migliorare l'approccio clinico*. *Ecologia della mente*, 2, 152-157.
- Mahler, M. A., Pine, F., & Bergman, A. (1973). *The Psychological Birth of the Human Infant*, New York: Basic Books.

- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-desorganized/desoriented attachment pattern: Procedures, findings and implications for the classification of behavior. En *Affective Development in Infancy*, (95-124) Norwood, NJ: Ablex.
- Mander, J., Neubauer, A. B., Schlarb, A., Teufel, M., Bents, H., Hautzinger, M., ... Sammet, I. (2017). The therapeutic alliance in different mental disorders: A comparison of patients with depression, somatoform, and eating disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(4), 649–667.
- Manfrida G., de Bernart R., D'Ascenzo J., Giannini A., Nardini M. (Eds.) (1994). *Psicopatologia e modelli psicoterapeutici: la prospettiva relazionale*. Milano:Wichtig Editore.
- Martín-Blanco, A., Soler, J., Villalta, L., Feliu-Soler A., Elices, M., Pérez, V., Arranz, M.J., Ferraz, L., Alvarez, E., Pascual, J.C. (2014). Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry*, 55 (2) 311-318. doi:10.1016/j.comppsy.2013.08.026. Epub 2013 Oct 22.
- Masterson J.F. (1972). *Treatment of the borderline adolescent: A developmental approach*. New York: Wiley.
- Mateu, C., Vilaregut, A., Campo, C., Artigas, L., & Escudero, V. (2014). Construcción de la Alianza Terapéutica en la terapia de pareja: estudio de un caso con dificultades de manejo terapéutico. *Anuario de Psicología*, 44(1), 95-115.
- McMain, S. F., Boritz, T. Z., & Leybman, M. J. (2015). Common strategies for cultivating a positive therapy relationship in the treatment of borderline

- personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(1), 20.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0038768>
- Millon, T. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona, Gedisa. Millon, T., & Grossman, S. D. (2005). Personology: A Theory Based on Evolutionary Concepts. En Lenzenweger, M. F., & Clarkin, J.F. *Major theories of personality disorder* (pp.332-390). Guilford Press.
- Minzenberg, M.J., Poole, J.H., Vinogradow, S. (2006). Adult social attachment disturbance is related to childhood maltratment and current symptoms in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous A Theory Based on Evolutionary Concepts*. En Lenzenweger, & Clarkin (EDS.), *Major Theories of personality disorder* (pp. 332-390). Guilford Press *Mental Disease*, 194, 341-347.
- Morejón A.R. (2004). La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: las alternativas a los tratamientos empíricamente validados. *Papeles del Psicólogo*, 87, 1-16.
- Moreno, A. (2014). *Manual de Terapia Sistémica: Principios y herramientas de intervención*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Mosquera D. (2013). *Diamantes en bruto II* (2ª Edición). Madrid: Ediciones Pléyades.
- Muñiz de la Pena, C., Friedlander, M. & Escudero, V. (2009). Frequency, severity, and evolution of Split family alliances: How observable are they? *Psychotherapy research*, 19(2), 133-142. doi:10.1080/10503300802460050
- Oldham, J., M. (2005). Guideline Watch 2005. *Practice Guideline for the tratement of*

patients with borderline personality disorder. Arlington, VA, American Psychiatric Association.

Onnis, L. (1989). Psicoterapia sistemica, epistemologia e complessità: riflessioni su un processo evolutivo in corso. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 3, 29-42.

Onnis, L., Galluzzo, W. (1990). La relazione terapeutica in un'ottica sistemica. *Psicobiiettivo*, (1), 37-48.

Penny , D., & Woodward, M. (2005). Family Perspective on Borderline Personality Disorder. En Gunderson, J., & Hoffman, P. (Eds.), *Understanding and Treating Borderline Personality Disorder, A Guide for Families*. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing

Perkins, S. N., Glass, V. Q., & D'Aniello, C. (2019). It's all about the balance: Therapists' experience of systemic alliance development. *Contemporary Family Therapy*, 41(4), 420-434. <https://doi.org/10.1007/s10591-019-09500-1>

Pinsof, W. M. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. En *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. & 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.
- Rait, D. S. (1998). Perspectives on the therapeutic alliance in brief couples and family therapy. En *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 practices*, 56(2), 211-224.
- Rossetti, M. L., & Botella, L. (2017). Alianza Terapéutica: Evolución y Relación con el Apego en Psicoterapia. [Therapeutic alliance: Evolution and relationship with attachment in psychotherapy.]. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 26(1), 19–30. <https://doi.org/10.24205/03276716.2017.1002>.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A.M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano, Rallaello Cortina Editore.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A., M. (1999). Muchachas anoréxicas y bulímicas. Barcelona, Paidós.
- Selvini M. (2008). Undici tipi di personalità. L'integrazione della diagnosi di personalità nel pensiero sistemico complesso. *Ecologia della mente*, 31 (1), 29-55.
- Schiers, J., & Bok, S. (2007). Psychological Distress in Caretakers or Relatives of Patients with Borderline Personality Disorder. *International Journal of Social Psychiatry*, 53 (3), 195-203.

- Siegel, D.J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: base of text Guilford.
- Silk, K., R., Lee, S., Hill, E. M., & Lohr, N.E. (1995). Borderline disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 1059-1064.
- Silverthorn, B. C., Bartle-Haring, S., Meyer, K., & Tovielli, P. (2010). Erratum: Does live supervision make a difference? A multilevel analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, *36*(1),114.
doi:<http://dx.doi.org.bucm.idm.oclc.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00191>.
- Sprenkle, D.H. & Blow, A. (2004). Common Factor and our Sacred Model. *Journal of marital and family therapy*. *30*, 113-29. doi:10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x
- Stern, D.N. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of Neuroses. *The psychoanalytic Quarterly*, *7*, 467-489.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. Basic Books.
- Stoffers, J, Völlm, B, Rucker, G, Timmer Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley & Sons.
- Sullivan, H., S. (1967). *The Psychiatric Interview*. New York, W.W. Norton & Company Inc.
- Tasca, G. A., & Lampard, A. M. (2012). Reciprocal influence of alliance to the group and outcome in day treatment for eating disorders. *Journal of Counseling Psychology*, *59*(4), 507. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0029947>
- Todd, T. C., & Storm, C. L. (1997). *The complete systemic supervisor: Context, philosophies, and pragmatics*. Boston: Allyn & Bacon.

- Vaughn, C.E., & Leff, J.P. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 157-165.
- Vilaregut, A., Artigas, L., Mateu, C. & Feixas, G. (2018). Construcción de la Alianza Terapéutica en Terapia de Pareja para la Depresión. *Anuario de Psicología*, 48(2),64-74.
- Von Bartalanffy, L. (1968). *General system theory*. New York, G. Braziller.
- Yalom, I., D. (2015) *Guarire d'amore. Storie di psicoterapia*. Milano, Raffaello Cortina Editore.
- Zanarini, M.C., Williams, A. A., Lewis, R.E., Reich, R.B., Vera, S.C., Marino, M.F. , Levin, A., Yong L., & Frankenburg, F.R.(1997). Reported pathological childhood experience associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154,(8) 1101-1106.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 89-101. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70145-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70145-3)
- Zanarini, M.C. (2009). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-years follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160 (2), 274-283.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-76.

- Waldinger, R. J., & Gunderson, J. G. (1984). Completed psychotherapies with borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 38(2), 190-202.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1984.38.2.190>
- Watzlawick, P., Beavin, J., & Jackson, D. (1967). *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. New York, WW Norton & Company.
- Webb, C. A., Derubeis, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: Differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 279–283. <https://doi.org/10.1037/a0023252>
- Wolfe, S., Kay-Lambkin, F., Bowman, J., & Childs, S. (2013). To enforce or engage: The relationship between coercion, treatment motivation and therapeutic alliance within community-based drug and alcohol clients. *Addictive Behaviors*, 38(5), 2187-2195.
[doi:http://dx.doi.org.bucm.idm.oclc.org/10.1016/j.addbeh.2013.01.017](http://dx.doi.org.bucm.idm.oclc.org/10.1016/j.addbeh.2013.01.017)
- Woodberry, K.A., Miller, A.L., Glinski, J., Indik, J. y Mitchell, A.G. (2002). Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescents: Part II: A theoretical review. *Am. J. Psychotherapy*, 56 (4), 585-602.
[doi:10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.4.585](https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.4.585)

APÉNDICES

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



ETIQUETA

CONSENTIMIENTO INFORMADO
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. Claret, 167. Barcelona 08025. Tl.93 553 78 46 Fax 93 553 78 47
eterapia@santpau.cat

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. Podrán participar en dicho proceso médicos y psicólogos en formación, que actuarán siempre bajo la supervisión del médico especialista o psicólogo responsable.

Las sesiones tendrán lugar en una sala equipada con espejo unidireccional y sistemas de registro videográfico, imprescindibles para la obtención de buenos resultados en la terapia a realizar. Asimismo, el material clínico resultante podrá ser utilizado en trabajos docentes y de investigación.

Durante el procedimiento, es posible que se obtengan imágenes con fines científicos o de formación. Le garantizamos que su intimidad será estrictamente respetada y que las imágenes obtenidas por ese procedimiento nunca irán acompañadas de datos que puedan revelar su identidad a terceros.

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 5537846 los días laborables de 10 a 14 horas.



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 rellorando 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. E-mail de contacto:

14. Fecha, firma y nombre y apellidos de los responsables y mayores de edad de la familia:

ETIQUETA

**DECLARACIÓN DE LOS RESPONSABLES DE LA FAMILIA**

Don/Doña

Don/Doña

con domicilio familiar en:

CP: Población: Provincia: Teléfono fijo:

Teléfono móvil: / Teléfono en horario laboral:

Que el Dr/Dra. nos ha explicado la conveniencia/necesidad de realizar una **TERAPIA FAMILIAR** y declaramos que:

- Hemos recibido información clara y sencilla, oral y escrita, sobre el procedimiento que se practicará.
- Hemos entendido las explicaciones del equipo médico sobre el procedimiento y porqué se hace.
- Nos han explicado los riesgos y los beneficios, teniendo en cuenta las circunstancias del paciente y/o de la familia.
- Nos han explicado las alternativas y las consecuencias de no someterse al procedimiento.
- Podemos retirar este consentimiento en cualquier momento sin tener que dar explicaciones, comunicando esta decisión al equipo médico.

Por lo cual autorizamos de forma libre y voluntaria que se realice el procedimiento propuesto.

..... de de 2

Sr/Sra.:

Firmado:

Sr/Sra.:

Firmado

Otros miembros de la familia mayores de edad:

Firmado:

Dr./Dra. (Nombre, Apellidos, N° colegiado)

Firmado

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2 y no deseo realizar una **TERAPIA FAMILIAR**.

..... de de 2

Fdo. El Médico y N° Colegiado

Fdo. El/la Paciente o quien lo represente

