



**ANÁLISIS DE LA TAREA DE
CONSTRUIR LA ALIANZA
TERAPÉUTICA EXPANDIDA CON
FAMILIAS ATRAPADAS EN EL
CONFLICTO PARENTAL-ADOLESCENTE**

TESIS DOCTORAL

Autor

José Luis Benítez Ortega

Director

Dr. Miguel Garrido Fernández

Universidad de Sevilla

Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos

A Ángeles y Juan.

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi agradecimiento a varias personas e instituciones que me han apoyado, con su ayuda y aliento, durante el proceso de elaboración de esta tesis.

En primer lugar, al Dr. Miguel Garrido Fernández, por su dirección de esta tesis. Realizar una investigación de tesis doctoral al mismo tiempo que se desarrolla una profesión exigente, como es la de psicólogo clínico en dispositivos públicos de salud mental, ha sido una tarea difícil. El Dr. Garrido ha sabido entenderlo; su accesibilidad, paciencia y aliento han sido muy importantes para que pudiera completarla. Además de su dirección, durante los últimos años me ha ofrecido la posibilidad de aprender de su maestría como coordinador y terapeuta familiar en el Servicio de Orientación y Terapia Familiar en el Excmo. Ayuntamiento de Alcalá de Guadaíra, y de su labor docente como director del Máster de Terapia Relacional de la Universidad de Sevilla. Por todo ello, le estoy muy agradecido.

Me siento también muy agradecido a la Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar, de la Universidad de La Coruña, dirigida por el Dr. Valentín Escudero Carranza. Sin la orientación metodológica y el acceso a la muestra clínica que se me ha facilitado desde la UIICF, este trabajo simplemente no habría sido posible. No ha sido poco el trabajo que desde la UIICF se ha tenido que realizar para hacer viable este proyecto. Aun así, siempre he tenido el sí generoso y amable desde esta unidad. En este sentido, me siento especialmente agradecido al Dr. Alberto Abascal González, quien desinteresadamente asumió la tarea de revisar el archivo de casos de la UIICF para la selección de aquellos que cumplieran los requisitos para formar parte de la muestra, y quien se encargó también puntualmente de facilitarme el acceso a los archivos audiovisuales de las numerosas sesiones que han sido analizadas para esta investigación. Si ha habido alguien que me ha acompañado estrechamente en las tareas más laboriosas y técnicas de este trabajo, ha sido sin duda el Dr. Abascal, y por ello le estaré siempre agradecido. Ha sido un ejemplo de profesionalidad y generosidad para mí.

Quiero también dejar constancia de mi agradecimiento al Dr. Rafael Jesús Martínez Cervantes, del Dpto. de Psicología Experimental de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla. Sus dos “sesiones de terapia metodológica” le sentaron muy bien no solo a esta tesis sino también a la salud mental de su autor —nunca pensé que diría esto de un metodólogo— en el momento en que andaba este más desorientado sobre cómo analizar los datos.

Ha sido muy de agradecer la ayuda que he encontrado en Dña. María del Valle Murillo López, gestora del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, quien en la recta final de proyecto me ha asistido en todos los trámites de cumplimiento de plazos, solicitudes de prórroga, presentación de certificados, etc. Aprecio mucho que se haya preocupado por mantenerme informado y facilitarme todas estas tareas más allá de lo que le obliga su trabajo.

Gracias, una vez más, a Isabel. Esta vez porque nunca sintió celos de este proyecto que me ha acaparado tanto tiempo, e incluso me reconcilió con él si pensé en abandonar. Ella ya anduvo este camino antes que yo, y ha sido a un mismo tiempo para mí brújula y cayado.

Gracias a mi familia, a la de siempre y a la nueva, por haber comprendido mis ausencias todo este tiempo, y porque gracias a ellos, esta tesis, aunque ha tenido mucho de salto al trapecio, ha sido un salto con red.

Por último, muchas gracias a Alberto, Bruno, Carlos, Daniela, Emilio y Fátima, quienes, obviamente, no se llaman así ni saben que son el manantial de este texto. Gracias sobre todo a ellos y a sus familias.

Índice

Índice

Índice	x
Índice de Figuras.....	xvi
Índice de Tablas	xvii
1. Introducción	4
2. Familias atrapadas en el conflicto parental-adolescente.....	8
2.1. Introducción: el conflicto parental-adolescente	8
2.2. El conflicto parental-adolescente disfuncional	10
2.3. Modelos teóricos explicativos del conflicto parental-adolescente.....	14
2.3.1. Modelo sistémico	14
2.3.2. Psicoanálisis.....	17
2.3.3. Modelo ecológico	19
2.4. Características diferenciales de los conflictos parental-adolescentes disfuncionales frente a los normativos	20
2.4.1. Criterios y mediciones para diferenciar entre conflicto parental- adolescente normativo y disfuncional.....	21
2.4.2. Factores asociados al conflicto parental-adolescente disfuncional.....	23
2.5. Resumen del capítulo	28
3. Alianza terapéutica en terapia familiar con familias atrapadas en el conflicto parental-adolescente	32
3.1. Introducción	32
3.2. La psicoterapia familiar como intervención eficaz para familias atrapadas en el conflicto parental-adolescente disfuncional.....	32
3.3. Alianza terapéutica en terapia familiar	35
3.4. Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar, SOATIF	36
3.5. La construcción de la alianza terapéutica expandida con familias en situación de conflicto parental-adolescente disfuncional	39
3.6. Resumen del capítulo	44

4. Postulados para un modelo heurístico de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida.....	48
4.1. Introducción.....	48
4.2. Postulados sobre la alianza terapéutica en relación con la psicoterapia... 48	
4.2.1. La alianza terapéutica no existe a priori.....	48
4.2.2. El crecimiento de la alianza terapéutica se da mediante cambios cuantitativos en la magnitud de sus diferentes componentes, pero el crecimiento de la alianza terapéutica expandida se da, además, mediante cambios cualitativos que implican la formación de vínculos de alianza entre los miembros de la familia	49
4.2.3. El cambio o crecimiento cualitativo de la alianza terapéutica expandida, es decir la formación de vínculos de alianza entre los miembros de la familia o pareja, está condicionado ocasionalmente a un debilitamiento de la alianza de alguno de esos miembros con el terapeuta	51
4.2.4. La alianza terapéutica cumple dos funciones independientes en relación con la terapia: primero, garantizar la continuación y terminación del proceso terapéutico y, segundo, facilitar un resultado de éxito terapéutico.....	52
4.2.5. Es necesario que se dé una alianza terapéutica mínima suficiente para garantizar que el proceso terapéutico se desarrolle de forma completa	52
4.2.6. Alcanzar cierto nivel óptimo de alianza facilita el cambio terapéutico y, por tanto, el éxito de la terapia.....	53
4.2.7. La calidad de la alianza oscila a lo largo del proceso terapéutico	53
4.3. Postulados sobre la tarea de construir la alianza terapéutica.....	56
4.3.1. La construcción de la alianza terapéutica es una tarea obligada.....	56
4.3.2. La construcción de la alianza terapéutica expandida es en la mayor parte de los casos una tarea multisesión	56
4.3.3. La construcción eficaz de la alianza terapéutica expandida sigue una secuencia predeterminada en relación con el orden en que se forman cada uno de sus cuatro factores.....	57
4.3.4. En algún momento de la tarea aparecen tendencias opuestas en las alianzas de algunos miembros de la familia: mientras que las de unos mejoran o se fortalecen, las de otros empeoran o se debilitan.....	59
4.4. Resumen del capítulo	59
5. Modelo heurístico de resolución de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida con familias atrapadas en el conflicto parental-adolescente.....	64

5.1.	Introducción	64
5.2.	Elemento 1. Marcador de la tarea: inicio de la terapia	67
5.3.	Elemento 2. Inicialmente, adolescente y subsistema parental muestran actitudes opuestas hacia la terapia	68
5.4.	Elemento 3. El terapeuta facilita que los miembros de la familia sientan “seguridad en el sistema terapéutico”	69
5.5.	Elemento 4. El terapeuta continúa construyendo la alianza terapéutica mediante la facilitación de su “conexión emocional con los miembros de la familia”	72
5.6.	Elemento 5. En algún momento de la fase inicial de la terapia se actúa el conflicto parental-adolescente disfuncional en la sesión, lo que produce un bloqueo en el proceso terapéutico	76
5.7.	Elemento 6. El terapeuta elude el intento de coalición por el subsistema parental	78
5.8.	Elemento 7. Debido a estas intervenciones del terapeuta y a su neutralidad, las tendencias iniciales de las alianzas terapéuticas del subsistema parental y del adolescente se invierten, haciéndose la alianza del adolescente con el terapeuta superior a la del subsistema parental.	79
5.9.	Elemento 8. El terapeuta maneja de forma adecuada la resistencia	79
5.10.	Elemento 9. Emergen y se abordan contenidos no elaborados sobre experiencias traumáticas o negativas pasadas del adolescente	80
5.11.	Elemento 10. El terapeuta entrena u orienta al subsistema parental para la mejora de la autorregulación emocional y el manejo asertivo de los conflictos ...	81
5.12.	Elemento 11. Facilitar la implicación o “compromiso en el proceso terapéutico” de los miembros de la familia, y su motivación hacia el cambio terapéutico	82
5.13.	Elemento 12. Reencuadre sistémico del problema y de los objetivos de la familia	84
5.14.	Elemento 13. El subsistema parental expresa apoyo a su hijo/a adolescente	85
5.15.	Elemento 14. El terapeuta facilita que los miembros de la familia compartan un mismo sentido del propósito de la terapia	86
5.16.	Elemento 15. Aparece el marcador de resolución de la tarea: el logro o aparición del “sentido de propósito compartido en la familia”	87
6.	Objetivos	94
6.1.	Objetivo principal	94

6.2. Objetivos específicos	94
6.2.1. Comprobación empírica de un primer modelo heurístico de la tarea mediante la observación de la presencia/ausencia de sus elementos en una muestra pequeña de casos	94
6.2.2. Identificación de nuevos elementos relevantes para la resolución con éxito de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida que no hayan sido descubiertos por la investigación empírica previa	97
6.2.3. Revisión del modelo heurístico	97
7. Método.....	100
7.1. Diseño	100
7.2. Participantes	100
7.2.1. Muestra de familias.....	100
7.2.2. Psicoterapeutas	101
7.3. Variables e instrumentos de medida	102
7.3.1. Alianza terapéutica expandida.....	102
7.3.2. Presencia/ausencia de elementos del modelo racional o heurístico de la tarea en las tareas reales resueltas o fallidas de la muestra	104
7.3.3. Presencia de otros posibles elementos determinantes de la resolución de la tarea no contemplados en el modelo heurístico inicial.....	104
7.4. Procedimiento	105
7.4.1. Especificación de la tarea	105
7.4.2. Explicación del mapa cognitivo del clínico o psicoterapeuta	106
7.4.3. Especificación del contexto intrasesión en que se da la tarea y formulación de un modelo heurístico o racional de su desarrollo	106
7.4.4. Análisis cualitativo de los datos empíricos de la tarea.....	107
7.4.5. Síntesis de un modelo racional-empírico de la tarea	111
8. Resultados	114
8.1. Comprobación empírica de un primer modelo heurístico de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida en una muestra pequeña de casos .	114
8.1.1. Comprobación empírica de algunos supuestos básicos del modelo	114
8.1.2. Confirmación empírica la relevancia de los diferentes elementos del modelo heurístico comprobando su presencia en una muestra pequeña de casos de tarea resuelta y no resulta.....	124
8.2. Identificación de otros elementos relevantes para la construcción de la alianza terapéutica expandida no incluidos en el modelo inicial de la tarea	151

8.2.1.	Participación en el proceso terapéutico de un miembro del sistema familiar que muestra un vínculo de alianza simultáneamente con el adolescente y el miembro del subsistema parental más en conflicto	152
8.2.2.	Ausencia de cambios en los valores relativos de alianza terapéutica de adolescente y subsistema parental antes de llegarse a lograrse la aparición de la alianza terapéutica expandida	160
8.2.3.	La alianza terapéutica del subsistema parental permanece en un valor igual o superior a la del adolescente durante todas las sesiones conjuntas hasta aparecer la alianza terapéutica expandida.....	161
8.2.4.	El fracaso en la resolución del conflicto parental-adolescente implica el internamiento del adolescente en un centro institucional	162
8.2.5.	Intervención de la Policía y la Justicia por comisión de faltas o delitos por el adolescente	164
8.3.	Revisión y refinamiento del modelo de la tarea: comparación de los resultados con el modelo heurístico y elaboración de un nuevo modelo racional-empírico	166
9.	Discusión.....	176
9.1.	Comprobar empíricamente un primer modelo heurístico de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida en una muestra pequeña de casos .	176
9.1.1.	Comprobación empírica de los supuestos básicos del modelo.....	176
9.1.2.	Confirmación empírica de la relevancia de los diferentes elementos del modelo heurístico comprobando su presencia en una pequeña muestra de casos de tarea resuelta y no resulta con éxito.....	180
9.2.	Identificación de otros elementos relevantes para la construcción de la alianza terapéutica expandida no incluidos en el modelo inicial de la tarea	200
9.3.	Revisión y refinamiento del modelo de la tarea: comparación de los resultados con el modelo heurístico	201
9.3.1.	Identificación de indicadores pronósticos de resolución de la tarea.....	203
10.	Conclusiones	206
10.1.	Limitaciones de esta investigación.....	206
10.2.	Conclusiones.....	208
10.3.	Implicaciones para la investigación futura sobre la tarea de construir la alianza terapéutica expandida con familias atrapadas en el conflicto parental-adolescente	212
Referencias		216

ANEXO 1. Formulario de consentimiento informado.....	229
ANEXO 2. Contrato de confidencialidad como investigador	233
ANEXO 3. Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o). Versión para la observación del cliente.....	237
ANEXO 4. Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o). Versión para la observación del terapeuta.....	245
ANEXO 5. Ejemplo de categorización de una sesión de psicoterapia	253
ANEXO 6. Símbolos de los genogramas	261

Índice de Figuras

<i>Figura 1. Construcción de la alianza terapéutica desde la perspectiva sistémica.....</i>	<i>50</i>
<i>Figura 2. Niveles de calidad y funciones de la alianza terapéutica.....</i>	<i>55</i>
<i>Figura 3. Diagrama del modelo heurístico.....</i>	<i>66</i>
<i>Figura 4. Resultados SOATIFo-Clientes del caso 1</i>	<i>115</i>
<i>Figura 5. Resultados SOATIFo-Clientes del caso 2</i>	<i>116</i>
<i>Figura 6. Resultados SOATIFo-Clientes del caso 3</i>	<i>117</i>
<i>Figura 7. Resultados SOATIFo-Clientes del caso 4</i>	<i>118</i>
<i>Figura 8. Resultados SOATIFo-Clientes del caso 5</i>	<i>119</i>
<i>Figura 9. Resultados SOATIFo-Clientes del caso 6</i>	<i>120</i>
<i>Figura 10. Genograma del caso 1, Alberto</i>	<i>153</i>
<i>Figura 11. Genograma del caso 2, Bruno</i>	<i>154</i>
<i>Figura 12. Genograma del caso 3, Carlos.....</i>	<i>156</i>
<i>Figura 13. Genograma del caso 4, Daniela.....</i>	<i>158</i>
<i>Figura 14. Genograma del caso 5, Emilio</i>	<i>158</i>
<i>Figura 15. Genograma del caso 6, Fátima.....</i>	<i>159</i>
<i>Figura 16. Estructura sistémica común en las familias del grupo de casos en que la tarea se resuelve con éxito.....</i>	<i>160</i>
<i>Figura 17. Diagrama del modelo racional-empírico (modelo heurístico revisado)</i>	<i>168</i>

Índice de Tablas

<i>Tabla 1. Resultados SOATIFo del caso 1</i>	115
<i>Tabla 2. Resultados SOATIFo del caso 2</i>	116
<i>Tabla 3. Resultados SOATIFo del caso 3</i>	117
<i>Tabla 4. Resultados SOATIFo del caso 4</i>	118
<i>Tabla 5. Resultados SOATIFo del caso 5</i>	119
<i>Tabla 6. Resultados SOATIFo del caso 6</i>	120
<i>Tabla 7. Orden de aparición de los factores de la alianza terapéutica expandida, atendiendo a la primera sesión en que aparecen</i>	122
<i>Tabla 8. Cambios o inversiones de los valores de las alianzas de adolescente y subsistema parental con el terapeuta</i>	124
<i>Tabla 9. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "Marcador de la tarea: inicio de la terapia"</i>	126
<i>Tabla 10. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "Inicialmente, adolescente y subsistema parental muestran actitudes opuestas hacia la terapia"</i>	126
<i>Tabla 11. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "El terapeuta facilita que los miembros de la familia sientan seguridad en el sistema terapéutico"</i>	129
<i>Tabla 12. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "El terapeuta fomenta la conexión emocional con los miembros de la familia"</i>	134
<i>Tabla 13. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "Bloqueo del proceso terapéutico por la actuación del conflicto parental-adolescente disfuncional en la sesión"</i>	137
<i>Tabla 14. Frecuencia de los marcadores conductuales del elemento "El terapeuta elude el intento de coalición por el subsistema parental"</i>	138
<i>Tabla 15. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "Las tendencias de las alianzas terapéuticas de los padres y del adolescente se invierten"</i>	138
<i>Tabla 16. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "El terapeuta maneja de forma adecuada la resistencia"</i>	139
<i>Tabla 17. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "Emergen y se abordan contenidos no elaborados de experiencias traumáticas o negativas pasadas del adolescente"</i>	142
<i>Tabla 18. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "El terapeuta entrena u orienta al subsistema parental para la mejora de la autorregulación emocional y el manejo asertivo de los conflictos"</i>	143
<i>Tabla 19. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "El terapeuta facilita el compromiso con el proceso terapéutico, genera motivación hacia el cambio terapéutico"</i>	144
<i>Tabla 20. Frecuencias de marcadores conductuales del elemento "Reencuadre sistémico del problema y de los objetivos de la familia</i>	145

<i>Tabla 21. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "El subsistema parental expresa comprensión y apoyo a su hijo/a adolescente"</i>	<i>146</i>
<i>Tabla 22. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "El terapeuta facilita que los miembros de la familia compartan un mismo sentido del propósito de la terapia"</i>	<i>149</i>
<i>Tabla 23. Marcadores de resolución de la tarea: "Alcanzar el sentido de propósito compartido entre los miembros de la familia"</i>	<i>150</i>
<i>Tabla 24. Situación legal de los adolescentes en el momento de iniciarse la terapia</i>	<i>162</i>
<i>Tabla 25. Expectativas de los adolescentes en relación con la persistencia del conflicto</i>	<i>163</i>
<i>Tabla 26. Conductas ilegales de los adolescentes y problemas con la Justicia</i>	<i>165</i>
<i>Tabla 27. Indicadores pronósticos de resolución de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida.....</i>	<i>203</i>

PARTE TEÓRICA

Capítulo 1. Introducción

1. Introducción

Uno de los motivos de consulta más frecuentes en Psicología clínica de la infancia y la adolescencia, y también en Psicoterapia familiar, es la petición desesperada de ayuda por madres y padres que se sienten desbordados por el desmoronamiento de su vida familiar debido a sus conflictos con su hija o hijo adolescente.

El conflicto entre hijos adolescentes, por un lado, y el subsistema parental, por otro, forma parte del ciclo evolutivo normal de las familias. En su maduración, los adolescentes buscan una independencia y autonomía cada vez mayores, y esto les lleva a cuestionar y, ocasionalmente, también a desafiar la autoridad de los padres. Sin embargo, cuando el conflicto resulta tan intenso y persistente que interfiere de forma relevante en el desarrollo de la familia o de alguno de sus miembros podemos considerar que este conflicto está siendo disfuncional.

Cuando estos conflictos devienen disfuncionales, se asocian a la aparición de diversas condiciones nocivas para la familia en general y para el hijo o hija adolescente en particular. Así, por ejemplo, diversas investigaciones (Buehler & Gerard, 2002; Pelton & Forehand, 2001; Robin & Foster, 2003) han coincidido en hallar una asociación entre mayor disfuncionalidad o gravedad del conflicto parental-adolescente y la aparición de trastornos mentales, tanto *externalizantes* como *internalizantes*, en esos adolescentes. Y también se ha comprobado que hay relación entre la elevada disfuncionalidad de tales conflictos y la disminución del bienestar subjetivo del adolescente, su peor adaptación al contexto escolar y el aumento de su consumo de sustancias tóxicas (Shek, 1997; Tucker, Mchale, & Crouter, 2003). Por este motivo es importante diseñar métodos de prevención e intervención para revertir la condición disfuncional de estos conflictos.

La terapia familiar es una de las principales opciones de intervención psicoterapéutica desarrolladas con este fin y con evidencia empírica de su eficacia. Pero

el éxito de esta intervención está condicionado a la construcción de una adecuada alianza terapéutica expandida¹ con las familias afectas por este tipo de conflictos, lo que entraña varias dificultades importantes. La principal de ellas estriba en que el adolescente, en muchos de estos casos, es reacio a participar en la terapia y normalmente acude presionado o forzado por los padres (y en los casos más graves, por instituciones de servicios sociales o judiciales). El proceso de esta tarea de construcción con éxito de la alianza terapéutica expandida, es decir la alianza terapéutica en psicoterapia familiar (Sprenkle y Blow, 2004), no ha sido aún suficientemente esclarecido.

En este estudio revisamos la investigación empírica realizada hasta el momento que nos permita identificar los elementos relevantes de la tarea de construcción de la alianza terapéutica expandida en terapia familiar aplicada a familias atrapadas en este tipo de conflictos cuando se dan de forma disfuncional. Siguiendo el método de análisis de tareas, usamos a continuación estos hallazgos para formular un primer modelo hipotético de dicha tarea terapéutica. Y, por último, sometemos este modelo a prueba empírica comparándolo con lo que ocurre en los procesos terapéuticos de casos reales en los que se ha conseguido y en los que no se ha conseguido construir una alianza terapéutica expandida de forma eficaz.

Resumiendo, en la presente investigación desarrollamos la fase de descubrimiento de un análisis de la tarea (Greenberg, 1975, 1986; Pascual-Leone, Greenberg, & Pascual-Leone, 2009; Rice & Greenberg, 1984) de construcción de la alianza terapéutica en psicoterapia familiar aplicada a familias con hijos adolescentes en conflicto disfuncional con sus padres (o, en ausencia de estos últimos, con quienes hayan asumido su función, la función del subsistema parental).

¹ En adelante nos referiremos también a la *alianza terapéutica expandida* como *alianza expandida*, para abreviar.

Capítulo 2. Familias atrapadas en el conflicto parental-adolescente

2. Familias atrapadas en el conflicto parental-adolescente

2.1. Introducción: el conflicto parental-adolescente

En este capítulo desarrollaremos el concepto de *conflicto parental-adolescente*, sus características y función en el desarrollo del individuo y la familia, la posibilidad de convertirse en un proceso disfuncional, las características diferenciales entre su modalidad normativa y la disfuncional, su concepción desde diversos marcos teóricos, cómo se evalúa y los diferentes factores o variables asociados a su desarrollo que han sido identificados por la investigación empírica sobre este proceso familiar.

El concepto de *conflicto entre padres y adolescentes* (*parent-adolescent conflict*) está bien establecido como área de investigación (Inglés, Estévez, Piqueras, & Musitu, 2012; Weymouth, Buehler, Zhou, & Henson, 2016). En esta tesis nos referiremos a él indistintamente con las expresiones *conflicto entre padres y adolescentes* o *conflicto parental-adolescente*. Para el objetivo de esta investigación, preferimos incluso la segunda de ellas, pues el término *parental*, en contraposición con el de *padres*, indica oportunamente el hecho de que las funciones tradicionalmente desempeñadas por madres y padres pueden ser asumidas por otros adultos. De hecho, así ocurre cada vez más en nuestra sociedad actual. El concepto de *subsistema parental*, procedente del marco teórico de la terapia familiar sistémica, señala precisamente que se está hablando de aquellos miembros adultos del sistema familiar que desempeñan las funciones de crianza de la prole, con independencia de que dichos adultos sean o no los padres biológicos. Como en muchas de las familias a que nos referiremos en esta tesis, estas funciones de crianza pueden haber tenido que ser finalmente asumidas por otros adultos que no son los padres biológicos, sino los abuelos, padres adoptivos, etc. Por ello, usaremos la expresión *subsistema parental* tantas o más veces que la de *padres* o *madres y padres*.

El conflicto parental-adolescente forma parte del ciclo de desarrollo normal tanto del individual como del de la familia. La independencia y la autonomía, es decir la diferenciación personal, en relación con las figuras de apego son tendencias que

alimentan el desarrollo individual de hijas e hijos. Estas tendencias están presentes desde el nacimiento, pero en la adolescencia se dan con una intensidad especial. Tanta que, unida a la inexperiencia propias de sujetos por definición inmaduros, puede dar lugar a la exposición de los hijos adolescentes a situaciones de riesgo de diverso tipo (relaciones personales extrafamiliares desfavorables o perniciosas, exposición a sustancias tóxicas, conductas sexuales de riesgo, terminación impulsiva o prematura del desarrollo escolar o académico, hábitos alimentarios nocivos como vía desesperada de cambiar una imagen corporal que no se acepta, etc.). Por eso, esta tendencia, en el contexto del sistema familiar saludable, ha de contrarrestarse con una supervisión y control razonables por madres y padres, para minimizar o, al menos, dosificar dichos riesgos que, por otro lado, no son del todo evitables.

Esta tendencia natural hacia la diferenciación personal no es, sin embargo, la única presión que actúa en la adolescencia. Otra, también definitoria de esta etapa, viene dada por las expectativas y normas o ritos sociales que exigen a los hijos afrontar retos nuevos de cuya resolución va a depender su imagen social y su autoconcepto (seguir o no seguir estudiando, exámenes determinantes como la selectividad, primeras experiencias sexuales, la integración en nuevos grupos de iguales, etc.). Que hijas e hijos luchen por una mayor independencia y autonomía no impide que, llegado el momento de tener que afrontar estos retos, puedan experimentar una ansiedad intensa ante la posibilidad de fracasar en sus intentos. Y de nuevo corresponde al subsistema parental ejercer una función que contrarreste esta ansiedad conteniéndola, transmitiendo confianza y seguridad a los hijos, animándoles a que no pospongan indefinidamente el momento de enfrentarse a esas situaciones.

El conflicto parental-adolescente, por tanto, al menos cuando se da de forma funcional, no es de tipo competitivo. Es decir que no se trata de un conflicto en que cada parte pugna por vencer a la otra, por hacerse con una suerte de botín al que la parte vencida tendrá que renunciar. Consiste, en cambio, en una tensión intrasistémica, es decir entre elementos componentes de un mismo sistema (la familia), y en la que, por tanto, la única manera en que una parte puede ‘vencer’ en el conflicto es si vence también la otra, so pena de la quiebra del sistema. De hecho, que el conflicto entre padres y adolescentes se dé en la forma de un conflicto competitivo, con padres que ven a los hijos como contrincantes más que como miembros inexpertos del mismo equipo a

los que hay que tutelar y animar, será una señal clara de que dicho conflicto se está dando de forma disfuncional.

El conflicto parental-adolescente es un proceso normal en el sentido de que es constituyente del desarrollo saludable de individuos y familias. Tanto es así que puede decirse que el hecho de que no aparezca estaría indicando también la presencia de algún tipo de disfunción, como puede ser el caso de familias con adolescentes con un desarrollo individual bloqueado, adolescentes que mantienen relaciones de dependencia emocional e instrumental con respecto a sus madres y padres sin que ello disturbe a estos últimos (situación de relación simbiótica filio-parental). Del mismo modo que tampoco se dará el conflicto parental-adolescente en familias con padres y madres con estilos de crianza negligentes y periféricos en extremo, lo que supone el abandono de la función de control, de toda supervisión de las conductas a través de las que los hijos adolescentes exploran el mundo extrafamiliar y adulto, con los riesgos que ello conlleva.

VARIABLES ASOCIADAS AL DESEMPEÑO PARENTAL TALES COMO LA COMUNICACIÓN CON LOS HIJOS (Cava, Buelga, & Musitu, 2014), LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA DEL ADOLESCENTE POR SUS PADRES, COMPARTIR ACTIVIDADES EN FAMILIA Y, ESPECIALMENTE, LA EXPRESIÓN DE AFECTO HACIA LOS HIJOS (Jiménez-Iglesias, Moreno, Ramos, & Rivera, 2015) SON DETERMINANTES PARA LA SUPERACIÓN CON ÉXITO DE DICHO CONFLICTO Y EL DESARROLLO SALUDABLE DE LOS ADOLESCENTES.

2.2. El conflicto parental-adolescente disfuncional

Hay casos, sin embargo, en que el conflicto parental-adolescente se da de forma disfuncional: las discusiones y momentos de tensión que son habituales en las familias que atraviesan esta etapa de su desarrollo se hacen cada más frecuentes e intensos, y se convierten en enfrentamientos hostiles en escalada simétrica que se repiten inevitablemente durante años, generando en las familias la vivencia de que no pueden salir de esta situación, de estar estancadas en esta fase. Y, en sus formas más graves, los episodios de interacción hostil pueden dar lugar incluso a situaciones de violencia

doméstica, que pueden adoptar la forma de maltrato infantil o de violencia filio-parental, dependiendo de cuál sea la instancia o componente familiar que ostenta un mayor poder coercitivo. Violencia filio-parental y conflicto parental-adolescente, por tanto, son conceptos relacionados, pero no equivalentes. Toda situación de violencia filio-parental entraña un conflicto disfuncional entre padres e hijos, pero no todo conflicto entre padres e hijos adolescentes supone violencia filio-parental. La violencia filio-parental es una de las diferentes formas en que puede manifestarse el conflicto parental-adolescente que se da de forma disfuncional en forma extrema.

Las hijas e hijos adolescentes implicados en conflictos disfuncionales con sus padres muestran actitudes y conductas a la hora de manejar esta situación que varían en su gravedad. Se trata de adolescentes en los que predomina un estado anímico disfórico, irritable o abiertamente de enojo, y su actitud habitual hacia sus padres suele ser de rechazo e incluso hostilidad. En algunos casos muestran rabietas intensas que llegan a interferir en el funcionamiento cotidiano de la familia debido a su elevada frecuencia y duración. En otros casos, sin embargo, las alteraciones de conducta llegan a ser de naturaleza disocial por su gravedad, y a cumplir incluso los criterios definitorios de la violencia filio-parental. En estos casos más graves, el o la adolescente suele cumplir criterios diagnósticos del grupo de trastornos mentales caracterizados fundamentalmente por la presencia de conductas disruptivas que atentan contra los derechos de otras personas y que, atendiendo a la 5ª edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) son el trastorno desafiante oposicionista, el trastorno explosivo intermitente, el trastorno de conducta, y el trastorno de personalidad antisocial.

Junto a estos adolescentes nos encontramos con madres y padres que se confiesan superados, vencidos por el problema. Sus sentimientos y actitud hacia sus hijos adolescentes, a los que identifican como la fuente del problema, son intensamente ambivalentes. Su amor por este hijo coexiste con sentimientos de decepción, hartazgo, temor, miedo e incluso odio en los casos más graves, por el daño que consideran que están causando no solo a ellos sino también a sus hermanos u otros miembros de la familia. Una característica esencial del subsistema parental en estas familias a que nos referimos es la inseguridad, la duda permanente sobre cómo manejar las conductas problemáticas de su hija o hijo adolescente. Por un lado, tienen miedo a despertar la ira de su hijo, de modo que pueden adoptar una actitud pasiva o permisiva ante sus

imposiciones, para evitar el conflicto. Por otro, sin embargo, cuando se sienten dañados por las conductas hostiles del menor, consideran que quizá el problema es su blandura excesiva con ellos, y reaccionan moviéndose en dirección opuesta e iniciando una escalada hostil en su relación con estos hijos, a lo que suele seguir un sentimiento intenso de culpa en estas madres y padres. En unas ocasiones esta ambivalencia y ambigüedad en el subsistema parental se da en un mismo progenitor, madre o padre, lo que puede observarse sobre todo en familias monoparentales, que son muy frecuentes entre las familias afectadas por el problema que nos ocupa aquí. En otras ocasiones, en cambio, cada uno de los polos de dicha dualidad es representado por cada uno de los dos miembros del subsistema parental.

Lo que consideramos, pues, como definitorio de estos casos no es tanto la forma o la gravedad de las conductas disruptivas de estos menores, sino un patrón de interacción parental-adolescente disfuncional y repetitivo, en el que la familia se siente atrapada, y que se caracteriza fundamentalmente por (a) episodios recurrentes de interacción hostil en escalada entre el subsistema parental y un hijo o hija adolescente, (b) un sentimiento de enfado, e incluso ira, creciente de este hijo o hija hacia sus padres, (c) una ambivalencia afectiva intensa del subsistema parental hacia este hijo o hija adolescente, (d) un estado permanente de duda, de indecisión, también en los padres, en cuanto a cómo afrontar estas conductas de sus hijos, por su historia prolongada de fracaso a la hora de afrontarla, oscilando entre la elección de estrategias parentales permisivas, por un lado, y autoritarias, por otro, lo que hace que el problema empeore.

La expresión que hemos elegido para referirnos al conjunto de familias en las que se enfoca esta investigación, *familias atrapadas en el conflicto parental-adolescente disfuncional*, pudiera parecer demasiado extensa. Hemos optado por ella, sin embargo, por dos motivos que consideramos igualmente relevantes.

El primero de ellos es que ninguno de los conceptos ya existentes que podrían considerarse apropiados para referirnos a este tipo de casos definen o identifican de hecho, en nuestra opinión, el conjunto completo de estas familias. Ciertamente, en la literatura podemos encontrar conceptos que se solapan con la población diana de este estudio. Por ejemplo, aquellas en las que los casos son definidos a partir del

comportamiento que pueden presentar los adolescentes. Así, podemos encontrar investigaciones enfocadas en *síntomas externalizantes*, o conductas *disruptivas*, *desafiantes*, *abusivas*, *violentas* o *disociales* de los adolescentes. De hecho, inicialmente proyectamos esta investigación para centrarse en una población más específica, definida de este modo, es decir a partir de la conducta de los hijos adolescentes: la afectada por la *violencia filio-parental*. Elegimos este tema, mucho más concreto que el de los conflictos parentales-adolescentes anómalos, por ser un problema socialmente relevante y creciente con el que debemos enfrentarnos en nuestro trabajo diario como psicólogos clínicos y psicoterapeutas. Sin embargo, los criterios de inclusión para los problemas así definidos, aludiendo exclusivamente a un tipo de comportamiento concreto que muestran los adolescentes, nos parecieron demasiado restrictivos. Muchas de las familias con las que trabajamos no los cumplían, a pesar de tener en común el verse afectadas por el mismo tipo de problema: la incapacidad de superar el conflicto parental-adolescente. Así, por ejemplo, no todos los adolescentes derivados a nuestros dispositivos por estar enganchados en una escalada simétrica con sus padres mostraban conductas tan hostiles hacia ellos como para ser consideradas violentas.

En este mismo sentido, tampoco resolvía este problema definir la población objeto de estudio a partir de la presencia de determinados diagnósticos clínicos. Descartamos también esta opción porque la variedad en los patrones de conducta de los adolescentes y los adultos inmersos en este tipo de conflictos es tal que, a pesar de los rasgos comunes que los identifican, no se pueden encuadrar en un único tipo de trastorno mental o categoría diagnóstica.

El segundo motivo por el que optamos por referirnos al tipo de casos aquí investigados como *familias atrapadas en el conflicto parental-adolescente*, evitando el uso de etiquetas atribuidas a un único individuo, deriva de nuestro modelo teórico de la formación de los problemas humanos y del cambio terapéutico: la terapia familiar sistémica. Como es sabido, desde la concepción sistémica de la formación y el mantenimiento de los problemas humanos, estos no se explican exclusivamente por variables individuales, sino por la forma en que los miembros del sistema social (la familia principalmente) interactúan. Salvo el de *conflicto parental-adolescente*, todos los demás términos y conceptos en la literatura científica a los que podríamos acudir para denominar el tipo de familia a que nos referimos designan, señalan, exclusivamente a uno de los miembros de estos sistemas: el hijo adolescente.

Elegimos, pues, el nombre de *familias atrapadas en el conflicto entre padres y adolescentes* por ser (a) sistémico, (b) descriptivo, por (c) evitar la culpabilización o *patologización* de los miembros del sistema, y (d) por integrar un concepto con una tradición bien establecida en investigación, como es el caso del concepto *conflicto entre padres y adolescentes* (*parent-adolescent conflict*). Consideramos que estas propiedades ventajosas justifican el inconveniente obvio de ser un nombre demasiado extenso.

Llegado este punto, y antes de pasar al siguiente apartado, conviene que hagamos la siguiente puntualización. En la literatura existente sobre el tema que tratamos, el término *conflicto* se usa predominantemente aludiendo a cada uno de los episodios concretos en que hijos adolescentes y sus padres y madres discuten de forma más o menos hostil, y no para referirse a la relación conflictiva general entre padres e hijos dentro de la cual aparecen tales episodios. Para evitar la confusión entre ambas acepciones del término, y respetando el uso que ya hemos dicho que se hace de él en la literatura, en este trabajo usaremos la expresión *interacción conflictiva* para aludir a cada uno de los episodios concretos en que padres e hijos se enfrentan, y emplearemos en cambio la frase *relación conflictiva*, o simplemente el término *conflicto*, para referirnos al hecho de que la relación entre el hijo adolescente y sus padres es, en términos generales, disfuncional y está marcada por el conflicto.

2.3. Modelos teóricos explicativos del conflicto parental-adolescente

Son varios los marcos teóricos en Psicología y Sociología desde los que se ha realizado aportaciones útiles para la explicación del conflicto entre padres y adolescentes. Destacan entre ellos los siguientes:

2.3.1. Modelo sistémico

El modelo de terapia sistémica es muy relevante para la comprensión de los conflictos entre los hijos adolescentes y sus padres. Junto a la *teoría general de*

sistemas (von Bertalanffy, 1968) y la *cibernética*, que son los dos pilares maestros en los que se sustenta la terapia sistémica, hay otros desarrollos teóricos en los que se fundamenta también este modelo. Una de estas teorías es la del *ciclo evolutivo de la familia*, que postula que, de igual manera que ocurre con el individuo, también los sistemas familiares pueden concebirse como organismos con un ciclo vital definido constituido por una serie de fases o etapas predeterminadas. Así Hoffman (1981), por ejemplo, señala las siguientes etapas en el ciclo evolutivo de la familia: cortejo, matrimonio, llegada de los hijos pequeños, adolescencia, la marcha de los hijos, readaptación de la pareja, envejecimiento y afrontamiento de la muerte. Esta teoría ha contribuido a la comprensión de que el conflicto entre los hijos e hijas adolescentes y sus madres y padres constituye una crisis de naturaleza evolutiva y, por tanto, un fenómeno normal o normativo, una fase más del proceso evolutivo de las familias sanas o funcionales que no ha de ser patologizada.

La fase del ciclo evolutivo de la familia con hijos adolescentes está reconocida como una fase en la que pueden acumularse múltiples factores estresantes: la crisis de identidad propia de dichos hijos adolescentes, la crisis de los padres al alcanzar su mediana edad, la de los abuelos al afrontar su jubilación, envejecimiento o enfermedad (Vickers, 2015). El hijo o la hija adolescente «reta diariamente a la familia con nuevos estilos, nuevo lenguaje, nuevas maneras, nuevos valores para la conducta» (Ackerman, citado en Carter & McGoldrick, 1980, p. 148). La frecuencia e importancia cada vez mayores de las interacciones del adolescente con el mundo exterior a la familia, con la consecuente disminución de la interacción con los miembros de la familia, dará lugar a un necesario realineamiento de las relaciones familiares. Esto supondrá un momento de vulnerabilidad para la familia.

La terapia sistémica explica que los conflictos normativos entre el subsistema parental y un hijo o hija adolescente llegan a volverse disfuncionales cuando dan lugar a interacciones hostiles recíprocas y recurrentes. Así, por ejemplo, un progenitor preocupado porque su hija adolescente desarrolla unos hábitos alimentarios insalubres puede reaccionar presionando a su hija para que coma más o coma ciertos tipos de alimentos. La hija responde a estas presiones negándose a comer con mayor ahínco. Esto refuerza la preocupación del subsistema parental sobre la alimentación inadecuada de su hija y sus presiones sobre esta para que coma. Esta dinámica de interacción circular llega a constituirse en un problema por

sí misma para la familia. Tales intentos de la familia para superar el problema, que dan lugar a patrones recurrentes de interacción que no hacen sino agravarlo, constituyen un buen ejemplo de lo que en terapia familiar sistémica se denomina *cambios de primer orden* (Watzlawick, Weakland, & Fish, 1974).

Pero ¿por qué este conflicto parental-adolescente, que en principio es normal y puede esperarse en todas las familias, se convierte en persistente y disfuncional en algunos casos?

Una respuesta plausible a esta pregunta deriva de la concepción de las crisis desde el modelo de la terapia sistémica. Como hemos dicho antes, el conflicto entre los hijos adolescentes y sus padres constituye una *crisis normativa* o *evolutiva* que se espera en toda familia por el hecho mismo de avanzar ésta en el desarrollo de su ciclo vital. El concepto de crisis normativa, en su origen, se opone al de *crisis situacional*. Las crisis situacionales son aquellas que, al contrario de las normativas, no ocurren necesariamente a todas las familias o individuos llegado cierto momento en su desarrollo, sino que están determinadas por eventos contingentes tales como enfermedades, accidentes, fallecimientos, pérdida del empleo, etc. Las crisis situacionales, por tanto, afectan solo a algunas familias, no a todas, y no son predecibles, pueden darse en cualquier momento y de forma inesperada. Esta clasificación dicotómica de las crisis es generalmente asumida por todos los modelos de psicoterapia. Desde la terapia sistémica, sin embargo, a esta clasificación se añade un tercer tipo, el de las *crisis estructurales* (Vickers, 2015). Esta tercera categoría no se ubica en realidad a la misma dimensión a la que pertenecen las dos anteriores: cuando oponemos los conceptos de crisis evolutiva y crisis situacional estamos refiriéndonos a dónde se sitúa el origen de la crisis. El concepto de crisis estructural no dice nada, en cambio, sobre dicho origen, sino que alude más bien a la gravedad de la crisis, que en el caso de las estructurales será elevada o muy elevada. Por crisis estructural se entiende aquella crisis cuya resolución no solo puede requerir un largo período de tiempo y un gran desgaste del sistema sino también su transformación en un sistema distinto, nuevo. La estructura fundamental del sistema (qué miembros la componen, quién o quiénes ostentan el poder y qué límites últimos hay para las relaciones que pueden darse entre ellos, y también entre ellos y el exterior) se ve cuestionada de tal modo en este tipo de crisis que la única vía posible para evitar la disolución completa de los vínculos entre sus miembros es aceptar la propia

transformación del sistema en otro distinto y nuevo. La crisis estructural aboca por tanto necesariamente a la desaparición del sistema original en lo que a su organización se refiere: el nuevo sistema seguirá integrando a los mismos miembros, pero las relaciones entre ellos pasarán a ser cualitativamente distintas. Este cambio supondrá, por tanto, en todo caso un acontecimiento más o menos dramático. Cuando el sistema no consigue aceptar y afrontar la transformación inevitable a que está abocado, la crisis estructural podrá suponer su desaparición, es decir su fractura y separación de parte de sus miembros, y en estos casos la naturaleza dramática de la crisis será plena. En el caso de que finalmente sí se den esa aceptación y transformación, junto al cariz dramático propio de todo final se dará también, simultáneamente, otro esperanzador, por la aparición del sistema nuevo. Las crisis estructurales superadas, afrontadas con éxito, tienen por tanto la doble vertiente de duelo y esperanza propias de todo proceso de revolución o metamorfosis. El tipo de cambio que un sistema requiere para superar una crisis estructural es lo que en la terapia sistémica se conoce como un cambio de tipo 2 o cambio de 2º orden, formulado por el *Mental Research Institute* (Watzlawick et al., 1974). Las familias en las que la llegada de un hijo o hija a la adolescencia supone un cambio normativo, son familias con un funcionamiento sano, adaptativo. Ello supone que dentro de su repertorio de cambios o ajustes disponibles se encuentran ya previamente aquellos que son necesarios para manejar con suficiente eficacia las nuevas exigencias y retos que traerá la nueva fase evolutiva familiar. En el caso de las familias en que esta llegada de la adolescencia deviene en un conflicto patológico, cabe presuponer, de acuerdo con el modelo sistémico familiar, que el repertorio de respuestas o movimientos de ajuste permitido por la estructura del sistema ha facilitado una homeostasis suficiente mientras que los hijos han sido pequeños, pero en la nueva etapa su estructura ya no valdrá. En estas familias, por tanto, la llegada de los hijos a la adolescencia supone una crisis de tipo estructural.

2.3.2. Psicoanálisis

Según Cyrulnik (en su prólogo a Pereira, 2011), generalmente, durante la infancia se da una proximidad afectiva entre el niño y sus padres que complace a los tres. En la adolescencia, cuando aumenta, por definición, la necesidad de autonomía y el

adolescente intenta satisfacerla, hay casos en que los progenitores, o alguno de ellos, van a luchar por que dicho vínculo afectivo continúe siendo tan estrecho como ha venido siendo. De este modo, este vínculo afectivo, que en este caso se caracterizaría por una proximidad casi incestuosa de los padres, o de alguno de ellos, con el hijo, empieza a resultar opresor, asfixiante, para el adolescente. Este proceso podría explicar por qué el conflicto parental-adolescente, en algunos casos, se da de forma disfuncional. Aunque no se produzcan actos incestuosos, la fusión de sentimientos, a una edad en la que éstos deben separarse con cariño, crea en el adolescente desesperación. Los adolescentes “mimados” no conseguirían avanzar en el proceso de separación-individuación, y pueden llegar a sentirse furiosos con aquellos que les quieren, hasta el punto de llegar a agredirles, encontrando de esta manera la fuerza para tomar distancia. Por lo tanto, el proceso de separación, la evolución hacia la autonomía psicológica y la independencia social, está fracasando en el caso de estas familias.

Jeammet (2011; Jeammet & Boucherau, 2007) explica los trastornos del comportamiento que se observan en los adolescentes en conflicto disfuncional con sus padres, proponiendo un modelo al que denomina *psicopatología de la acción*. El adolescente, en su proceso de adquisición de autonomía, necesita una referencia a partir de la cual elaborar su ideal del yo para su vida adulta. La disponibilidad de esta referencia depende fundamentalmente de la permanencia de un vínculo suficientemente adecuado con sus progenitores. Pero al mismo tiempo que el adolescente necesita de la permanencia y la calidad de este vínculo, debido a su necesidad simultánea de diferenciación con respecto a los padres, a su necesidad de crear una identidad propia, va a empezar a cuestionar los valores y la autoridad de esos mismos adultos a los que necesita como referencia. Ante este cuestionamiento y desafío del adolescente, puede ocurrir en algunos casos que el adulto tenga la tentación de alejarse de él, para evitar el conflicto. Pero en el desarrollo funcional de este proceso, los progenitores, a pesar del cuestionamiento, de los desafíos a los que les va a someter su hijo adolescente, aunque sí vayan aceptando una mayor distancia emocional con su hijo para facilitar su proceso de separación, no van a renunciar a seguir desempeñando sus funciones parentales, tanto las normativas como las afectivas, por más difícil que esta tarea se haga ahora, en su deseo de seguir aportando al adolescente un soporte que este sigue aún necesitando. El factor patógeno fundamental que llevaría a la patología de la acción sería que el adulto ceda a dicha tentación de abandonar al adolescente, es decir que ocurra una

ruptura del vínculo y no un simple aumento del margen de autonomía concedido al adolescente. Este abandono se realiza en la renuncia por el progenitor a seguir desempeñando sus funciones, retirándose de la vida del hijo en todo lo que conlleve conflicto. Se trata por tanto de un fallo en la función referencial que han de desempeñar los padres, de un abandono por el progenitor, y el adolescente lo va a vivir como tal. De este modo el adolescente pierde su referencia necesaria para la definición de sus propios valores.

Este modelo explicaría procesos mentales disfuncionales que son característicos de la adolescencia y que se definen por la aparición de comportamientos explícitos que transgreden las normas y expectativas de la comunidad y que causan un daño a alguno de los miembros de ésta, ya sea a otra persona o al adolescente mismo. Este conjunto de comportamientos cumpliría una función defensiva. Con ellos él adolescente intentaría proteger su identidad de un daño que intuye (y que valora como mayor que el que va a generar con su conducta alterada). De este modo, la conducta hostil o violenta del adolescente afectado por la patología de la acción es la expresión de emociones y sentimientos negativos subyacentes.

2.3.3. Modelo ecológico

Este modelo no ha sido propuesto directamente como explicación del conflicto parental-adolescente, pero sí como explicación de los diferentes tipos de violencia doméstica, entre los que se encuentra la violencia filio-parental. En tanto que esta, como hemos dicho antes, es una de las formas más graves en que puede manifestarse el conflicto entre padres e hijos que se da de forma disfuncional, consideramos que es pertinente incluirla en esta relación de modelos teóricos que contribuyen a la comprensión de fenómeno que nos ocupa.

El modelo ecológico fue propuesto originalmente por Belsky (1980) para explicar el maltrato infantil, y deriva a su vez de la teoría ecológica del desarrollo humano de Bronfenbrenner (1979). Según este modelo, la violencia filio-parental, y también los demás tipos de violencia doméstica, derivarían de la interacción entre variables pertenecientes a las cuatro dimensiones o sistemas que integran el contexto general o ecosistema social en que se desarrolla el individuo. En cada una de estas

dimensiones operan diversos agentes con valores, creencias y modelos de conducta que influirán en el individuo. Estas cuatro dimensiones son las siguientes:

1. *Macrosistema*: Valores, creencias y modelos de conducta propios de la cultura definitoria de la sociedad a la que pertenece el individuo. Es por tanto la dimensión más amplia, más general, del contexto. En esta dimensión se encuentran agentes como los medios de comunicación más globales, es decir de mayor alcance, y las instituciones del Estado.
2. *Exosistema*: Alude a la comunidad a la que pertenece la familia del sujeto. Los agentes definitorios de esta dimensión actúan como mediadores entre los valores culturales predominantes en la sociedad (macrosistema) y el individuo. Entre ellos destacan la escuela, la familia extensa, el vecindario, los organismos oficiales concretos que intervienen en esa comunidad, las iglesias, etc.
3. *Microsistema*: Es la familia en la que nace y se desarrolla el individuo.
4. *Ontosistema*: Factores biológicos y psíquicos (experiencias, aprendizajes, capacidades, dotación genética, etc.) propios del individuo.

2.4. Características diferenciales de los conflictos parental-adolescentes disfuncionales frente a los normativos

Hasta el presente no se ha establecido, ni por la investigación ni por consenso entre investigadores o clínicos, una serie definida de criterios que permitan diferenciar de forma fiable cuándo nos encontramos ante un conflicto parental-adolescente normativo y cuándo ante uno disfuncional (Branje, van Doorn, van der Valk, & Meeus, 2009; Moed et al., 2015). Sin embargo, la revisión de la literatura y nuestra propia experiencia clínica nos permite identificar un conjunto de características que suelen presentar los conflictos disfuncionales que bien podría ser útil con tal fin.

2.4.1. Criterios y mediciones para diferenciar entre conflicto parental-adolescente normativo y disfuncional

Uno de los criterios más usados ha sido el de la frecuencia de las interacciones conflictivas entre los adolescentes y sus madres y padres (Branje et al., 2009; Tucker et al., 2003). Es decir que se entiende que cuanto más frecuentes son los episodios de discusión hostil entre adolescentes y sus padres, mayor grado de disfunción en el conflicto. Esta frecuencia puede medirse mediante instrumentos de autoinforme como el *Interpersonal Conflict Questionnaire* (Laursen, 1993).

Otro criterio sería la intensidad percibida por adolescentes y progenitores en sus desacuerdos en temas típicamente conflictivos entre ellos, como pueden ser la hora de vuelta a casa, la colaboración con las tareas domésticas, etc. La presencia de estos desacuerdos y su intensidad puede medirse mediante instrumentos también de autoinforme tales como el *Topics of Conflict Checklist* (TCC; Prinz, Foster, Kent, & O'Leary, 1979). Estas herramientas pueden usarse completas o parcialmente, seleccionando únicamente los ítems relevantes para el caso del conflicto parental-adolescente, como recientemente han hecho Ehrlich, Richards, Lejuez, & Cassidy (2016).

También se ha evaluado el carácter más o menos disfuncional del conflicto parental-adolescente mediante la observación directa de diferentes marcadores conductuales de conflicto interpersonal en general. Así, por ejemplo, Ehrlich et al. (2016) pidieron a diadas de adolescentes y sus respectivos progenitores que dialogaran sobre aquellos temas que previamente habían señalado como fuentes de desacuerdo para ellos. Tras grabar dichas conversaciones, las codificaron aplicando *The Conflict Task Coding System* (Ziv, Cassidy, & Ramos-Marcuse, 2002).

Moed et al., se han referido recientemente (2015) a la duración de las interacciones conflictivas y a quién las empieza y finaliza (subsistema parental o adolescente) como a dos variables a partir de las cuales elaborar una clasificación de los conflictos entre padres e hijos que permitiría predecir la influencia patógena de los mismos en la relación futura entre ellos y en el desarrollo evolutivo ulterior de los adolescentes. Para la medición de dichas variables de las interacciones conflictivas recurrieron, en primer lugar, a sistemas de codificación de conductas de interacción que

les permitieron identificar cuándo dicha interacción era conflictiva, lo que se deducía por la presencia de emociones negativas recíprocas tales como la ira y la tristeza. Para este fin emplearon el *Family and Peer Process Code* (Stubbs, Crosby, Forgatch, & Capaldi, 1998), con algunas especificaciones para las definiciones de las conductas afectivas tomadas del *Kahen Affect Coding System* (Gottman, Katz, & Hooven, 1996, 1997). En segundo lugar, recurrieron al análisis secuencial para la determinación de la duración y del polo de la diada parental-adolescente que iniciaba y terminaba las interacciones conflictivas.

Otros investigadores en este campo consideran que lo que realmente caracteriza a los conflictos disfuncionales frente a los normativos no es ni la frecuencia de las discusiones ni el contenido o tema de las mismas, sino la intensidad de las emociones negativas que ambas partes expresarán, dirigidas la una a la otra, que puede medirse mediante la observación directa de marcadores conductuales (Steinberg & Silk, 2002).

Mientras que una parte de la investigación ha usado un único criterio e instrumento de medida para medir la intensidad del conflicto parental-adolescente, otros (por ejemplo, Ehrlich et al., 2016) han usado varios simultáneamente.

Otro criterio para determinar que se está de hecho ante un caso de conflicto parental-adolescente disfuncional sería el que dicha familia busque ayuda profesional para superarlo. Habitualmente, cuando padres y madres afectados por un conflicto disfuncional con uno hijo adolescente se deciden a solicitar ayuda psicoterapéutica ha pasado bastante tiempo ya desde la aparición del problema. Su percepción de que han agotado todos sus recursos personales, e incluso también los de otros profesionales por cuyas consultas han pasado anteriormente, les lleva a buscar ayuda.

No siempre que una familia acude a consulta por este motivo hay que descartar que el conflicto sea en realidad normativo, es decir que no se trate de un proceso disfuncional sobre el que haya que intervenir psicoterapéuticamente. Puede ocurrir que algunos padres y madres con un celo muy elevado en el desempeño de sus funciones parentales acudan a consulta para aclarar sus dudas sobre si están manejando bien o no sus desacuerdos con sus hijos, buscando el refrendo profesional de que “lo están haciendo bien”. Pero lo más frecuente es que cuando los padres toman la decisión de pedir ayuda han experimentado previamente la duda de que sean capaces de superar el

problema por sí mismos. En caso contrario no se suele considerar la opción de la terapia.

2.4.2. Factores asociados al conflicto parental-adolescente disfuncional

Múltiples investigaciones empíricas han permitido identificar diferentes factores asociados, en mayor o menor medida, a la disfuncionalidad del conflicto entre adolescentes y padres (Routt y Anderson, 2011).

2.4.2.1. Habilidades de afrontamiento del subsistema parental

Las habilidades de aceptar y gestionar de manera funcional las emociones dolorosas o egodistónicas son de naturaleza interpersonal: los niños las adquieren aprendiendo, internalizando, las que despliegan sus figuras de apego y otros cuidadores en sus esfuerzos por regular las emociones egodistónicas de sus hijos y las suyas propias (Morris, Silk, Steinberg, & Robinson, 2007). Cuando hijas e hijos viven situaciones estresantes que les generan rabia, miedo o tristeza intensas, sus figuras de apego les ayudan a regular, a disminuir, este malestar. Esto lo hacen mostrando a sus hijos su afecto, su apoyo, su capacidad de mantener la calma en situaciones difíciles, su iniciativa para actuar sobre aquello que genera el malestar y cambiarlo si se puede, su capacidad para aceptar la realidad que no nos gusta pero que tampoco podemos cambiar, etc. Hijas e hijos, gracias, en primer lugar, a la experiencia misma de alivio que les facilitan sus padres al actuar así y, segundo, por las frecuentes oportunidades que tienen en su día a día de observar directamente la habilidad y logros de sus madres y padres manejando los contratiempos eventuales, irán adquiriendo la habilidad de autorregulación emocional.

No siempre, sin embargo, la habilidad de autorregulación de las figuras de apego es la suficiente; frecuentemente es deficitaria. Cabe esperar, por tanto, según lo que acabamos de decir, que ante un déficit de este tipo de habilidades en un adolescente es razonable plantearse, siquiera como hipótesis, la existencia de ese mismo déficit entre sus padres. Los padres y las madres con déficits significativos en sus habilidades de autorregulación emocional, si bien pueden ser capaces de garantizar a sus hijos la

supervivencia, difícilmente les proveerán del bienestar y estabilidad emocional deseables (a no ser que se impliquen también en su crianza otros adultos capaces que compensen dichos déficits). Cuando un hijo dé muestras de estrés, estos padres y madres tenderán a mostrar algún tipo de reacción disfuncional.

Una de las habilidades de afrontamiento de los padres, por ejemplo, sobre cuyo déficit se ha encontrado evidencia de su relación con la aparición de trastornos de conducta en los hijos adolescentes es la *aceptación*. Galambos, Sears, Almeida, & C. (1995) encontraron que en aquellas madres con mayor capacidad de aceptación se da una menor relación entre sus conflictos con sus hijos adolescentes y la aparición de trastornos de conducta en estos.

2.4.2.2. *Habilidades de afrontamiento de los/las hijos/as adolescentes*

En la primera investigación empírica que se centró en estudiar la relación entre las habilidades de resolución de conflicto de los adolescentes por un lado y sus conflictos con sus padres y su adaptación a los diferentes contextos por otro, los resultados mostraron que aquellos adolescentes con mayor habilidad para la resolución de conflictos tenían también una mejor adaptación general. Sin embargo, la hipótesis de que esta relación se diera gracias a un efecto moderador de dicha habilidad sobre los conflictos de estos adolescentes con sus padres no se confirmó más que parcialmente (Tucker et al., 2003). Branje, van Doorn, van der Valk, y Meeus (2009) estudiaron, entre otras cuestiones, si el estilo de resolución de conflictos del adolescente influía en la intensidad o gravedad de sus conflictos con sus padres, medidos mediante la frecuencia de interacciones conflictivas. Para responder a esta pregunta, en primer lugar, analizaron los diferentes tipos de estilos descriptivos en una muestra de 1313 adolescentes, identificando así cinco patrones o estilos de resolución de conflictos. De este modo comprobaron que el estilo que denominaron *negativo*, que se caracterizaba por alta frecuencia de enfrentamiento, abandono, evitación y, en menor medida, conformismo o sumisión, siendo el menos frecuente en la muestra, fue también el que tenía una mayor relación con la elevada frecuencia de interacciones hostiles con los padres. En este mismo estudio sus autores encontraron también que el estilo de resolución de conflictos de los hijos media o modera la relación entre sus conflictos

parental-adolescentes y la aparición en ellos de algún tipo de trastorno mental o problema de ajuste. Más concretamente encontraron que en aquellos adolescentes que usaban más la estrategia de evitación o huida en los conflictos con sus padres aparecían más problemas adaptativos. Cuando dicha evitación se daba como estrategia única, dichos problemas eran más de tipo externalizantes, es decir que consistían en la aparición de conductas disruptivas. Cuando la evitación del conflicto se daba en combinación con otras estrategias (enfrentamiento, abandono, sumisión) predominaban los trastornos de tipo internalizante. Cuando en lugar de estudiar específicamente los conflictos parental-adolescentes se ha puesto la atención en una medida más general de la calidad del funcionamiento familiar, también se ha confirmado la relación entre esta variable y el estilo de resolución de conflictos de los hijos adolescentes (Kiani, Hojatkah, & Torabi-Nami, 2016).

2.4.2.3. *Características de la relación parental-adolescente*

En este apartado nos referimos a estudios de variables que no aluden tanto a habilidades de padres, madre o hijos, sino a atributos del vínculo parental-adolescente.

En las formas funcionales de conflicto se dan intentos de conciliación o de resolver la disputa, mientras que las formas disfuncionales se caracterizan por una hostilidad recíproca persistente y por una demostración prolongada de rabia y otras emociones negativas (Moed et al., 2015).

En los conflictos normativos, los padres y los adolescentes muestran una revisión progresiva de sus roles y responsabilidades a favor de la mayor autonomía y madurez del adolescente, mientras que en los disfuncionales no se da esta revisión, o no se da de forma tan fluida (Laursen & Collins, 2009).

2.4.2.4. *Problemas de ajuste y trastornos mentales en los adolescentes*

Como ya hemos dicho en páginas anteriores, son muchas las investigaciones que confirman la relación entre el carácter disfuncional de los conflictos parental-adolescentes y la aparición de problemas de ajuste y trastornos mentales en los

adolescentes (Branje et al., 2009; Buehler & Gerard, 2002; Pelton & Forehand, 2001; Pérez, Cumsille, & Martínez, 2016; Robin & Foster, 2003; Shek, 1997; Tucker et al., 2003). La más determinante es quizá también una de las más recientes (2016), el metaanálisis realizado por Weymouth, Buehler, Zhou, & Henson, en el que se concluye que cuando el conflicto entre adolescentes y padres se caracteriza por la presencia de marcados desacuerdos y hostilidad, que son características de la disfuncionalidad del mismo, dicho conflicto tiene un efecto negativo sobre el desarrollo y ajuste del adolescente.

Se ha comprobado que esta relación está mediada por el estilo de resolución de conflictos del adolescente con sus padres (Branje et al., 2009), del que ya nos ocupamos en un apartado anterior. Según vimos, los adolescentes con un estilo *negativo*, caracterizado por altos niveles de enfrentamiento, abandono, evitación o, en menor medida, sumisión (frente a otras estrategias más positivas de resolución de los problemas) mostraron una mayor relación positiva entre la frecuencia de interacciones conflictivas con sus padres y la aparición de problemas de ajuste o trastornos mentales de tipo internalizantes. En cambio, los adolescentes que tienden a manejar sus conflictos con sus padres y madres exclusivamente mediante la evitación, sin combinar este estilo con otros, mostraron que cuanto más frecuentes eran sus interacciones conflictivas con sus progenitores mayor era la presencia de alteraciones de tipo externalizante. De estos resultados se deduce que el estilo de resolución de conflictos de los adolescentes no solo modera la relación entre la naturaleza disfuncional de sus conflictos con sus padres con la aparición de problemas de ajuste, sino que además dicho estilo influye también en la forma que tendrán estos problemas de ajuste (internalizante o externalizante).

A pesar del cúmulo de datos confirmatorios de esta relación entre la disfuncionalidad del conflicto parental-adolescente y la aparición de problemas de ajuste y salud mental en estos hijos e hijas, no está clara aún cuál sea la naturaleza de dicha relación, pues hay datos a favor de que puede ser de diversos tipos: correlacional, causal unidireccional, causal bidireccional o como variables mediadoras.

Encontramos algunas investigaciones que concluyen que el tipo de relación de causalidad que se da entre los conflictos parental-adolescentes disfuncionales por un lado y los trastornos de tipo externalizante (trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante y trastorno de conducta) que aparecen

en los hijos atrapados en estos conflictos puede ser bidireccional (B. K. Barber, 1994; J. G. Barber & Delfabbro, 2000; Maggs & Galambos, 1993; Wasserman, Miller, Pinner, & Jaramillo, 1996).

En un estudio realizado por Burt, Krueger, McGue, & Iacono (2003) se concluyó que la mayor conflictividad entre hijos y padres actúa como un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos posteriores, y que dicha vulnerabilidad estaba mediada simultáneamente tanto por factores genéticos como ambientales.

Muy recientemente, Eadeh et al. (2017) han encontrado que la mayor conflictividad entre adolescentes y sus padres actúa como una variable que media entre el deterioro social y académico de los adolescentes y que estos terminen desarrollando síntomas depresivos. Y Jensen et al. (2014) consideran también que el efecto que un programa de terapia con encuadre familiar tenga sobre los síntomas internalizantes, externalizantes o el abuso de sustancias en adolescentes está mediado por el efecto que tenga a su vez sobre el conflicto entre estos y sus padres; es decir que consideran al tipo conflicto (más o menos disfuncional) también como variable mediadora en la aparición de problemas de ajuste y de salud mental de los adolescentes.

Es decir que por momento no se puede afirmar con certeza (a) si estos problemas de ajuste y trastornos mentales en los adolescentes son realmente la consecuencia de sus conflictos disfuncionales con sus padres, (b) si ocurre en realidad al contrario, es decir que la mayor conflictividad es la consecuencia y no la causa, (c) si ambos factores se causan o retroalimentan mutuamente, (d) si la relación entre ambos es netamente correlacional y no causal, o, por último, (e) si se trata en realidad de dos aspectos o atributos de un mismo factor y no deben entenderse como variables distintas.

En cualquier caso, lo que a estas alturas está fuera de duda es la existencia de una asociación clara entre este tipo de conflictos disfuncionales y un bloqueo insidioso en el desarrollo de los adolescentes implicados. Por este motivo es necesario intervenir para ayudar de forma eficaz a las familias afectadas por este problema.

2.5. Resumen del capítulo

El conflicto parental-adolescente es un proceso normativo propio del desarrollo vital tanto de los individuos como de los sistemas familiares. Se debe a las tensiones previsibles entre la tendencia natural de los hijos adolescentes a diferenciarse de sus progenitores y ganar independencia y autonomía, por un lado, y el cumplimiento por el subsistema parental de sus funciones normativa o de control y cuidado de los hijos. La mayor parte de las familias pasan por esta fase superando dichas tensiones con sus propios recursos, que son suficientes para la resolución del conflicto. Hay casos, sin embargo, en que este proceso o fase del desarrollo evolutivo se da de forma disfuncional, complicándose el conflicto, que se vuelve persistente, atrapando a padres y adolescentes en un patrón de enfrentamientos recurrentes del que no pueden salir solos y que llega a bloquear o deteriorar la vida familiar por el clima hostil e incluso de violencia que se instala en el hogar.

Son múltiples los modelos teóricos en Psicología que han realizado aportaciones teóricas útiles para la adecuada comprensión del conflicto parental-adolescente. Entre estos modelos destacan la terapia sistémica, el psicoanálisis y el modelo ecológico.

No se ha establecido aún un conjunto de criterios consensuados para la diferenciación entre conflictos parental-adolescentes normativos frente a disfuncionales. Sin embargo, desde el terreno de la investigación, y también del de la práctica clínica y psicoterapéutica, se han identificado o propuesto algunos que pueden ser útiles con tal fin. Los principales son la frecuencia, la intensidad o la duración de los episodios de interacción conflictiva u hostil entre padres e hijos adolescentes, la intensidad de ciertas emociones negativas durante estos episodios, la aparición de marcadores conductuales de conflicto interpersonal, la tendencia a iniciar estas interacciones o la capacidad de ponerles fin inhibiéndose de seguir participando en la escalada simétrica. Estas variables se evalúan principalmente mediante instrumentos de autoinforme o sistemas de codificación de la conducta observada de los miembros de la familia durante interacciones conflictivas reales. Se propone también como criterio el hecho mismo de que la familia se decida a pedir ayuda profesional para superar problemas que aparecen directamente relacionados con el tipo de conflicto que nos ocupa.

La investigación empírica ha identificado varios factores o variables estrechamente relacionados con la conflictividad entre adolescentes y sus tutores. Entre ellas destacan las habilidades de afrontamiento o autorregulación emocional de padres, las de los hijos también, ciertas características de la relación adolescente-padres (como, por ejemplo, la presencia o ausencia de intentos de conciliación, o el hábito de revisar esporádicamente los roles que han de desempeñar los adolescentes en el sistema familiar), y la aparición de problemas de ajuste y de salud mental en los adolescentes. La relación de esta última variable con la mayor o menor disfuncionalidad de los conflictos padres-adolescentes ha sido, por su relevancia evidente, la más investigada, habiéndose demostrado ya sobradamente que cuanto mayor es la disfuncionalidad del conflicto, mayor es también la presencia y gravedad de los problemas de ajuste social, en el desarrollo evolutivo y en la salud mental de los adolescentes.

**Capítulo 3. Alianza terapéutica en
terapia familiar con familias
atrapadas en el conflicto parental-
adolescente**

3. Alianza terapéutica en terapia familiar con familias atrapadas en el conflicto parental-adolescente

3.1. Introducción

Nos ocupamos en este capítulo, en primer lugar, de la terapia familiar como alternativa de intervención psicoterapéutica para ayudar a las familias atrapadas en el conflicto parental-adolescente. Posteriormente abordamos el concepto de *alianza terapéutica*, una variable de especial relevancia para que el proceso terapéutico resulte eficaz. Exponemos a continuación el concepto de *alianza terapéutica expandida*, que es la modalidad de alianza terapéutica propia o específica de las psicoterapias con encuadre conjunto y, por tanto, de la terapia familiar. Describimos el *Sistema de Observación de la Alianza en Terapia e Intervención Familiar (SOATIF)*, un sistema de evaluación de la alianza terapéutica expandida. Y, por último, revisamos la investigación realizada hasta el presente sobre la tarea de construir la alianza terapéutica expandida en la terapia familiar aplicada específicamente al tipo de familias de que nos venimos ocupando en esta tesis.

3.2. La psicoterapia familiar como intervención eficaz para familias atrapadas en el conflicto parental-adolescente disfuncional

No es frecuente que se publiquen investigaciones de resultados de tratamientos o intervenciones psicoterapéuticos dirigidos específicamente a familias en situación de conflicto parental-adolescente disfuncional como motivo o problema principal para la intervención. A pesar de ser pocos, no obstante, entre estas investigaciones predominan aquellas centradas en tratamientos psicológicos con un encuadre familiar. Tiene sentido que así sea, ya que el foco problemático se da justo en la interacción entre miembros de la familia. Veamos algunos ejemplos recientes.

Jensen et al. publicaron en 2014 el resultado de una investigación de seguimiento de 494 familias a los cinco años de haber finalizado un programa de prevención dirigido a adolescentes de familias americanas de origen mejicano. Esta

intervención consistió fundamentalmente en el fomento de competencias en hijos y sus madres (biológicas, o adoptivas, de acogida, u otros adultos desempeñando un rol materno) consideradas útiles para la prevención de problemas de salud mental y abuso de sustancias en la adolescencia. En este programa, de nueve semanas de duración, se combinaron sesiones grupales exclusivas para adolescentes o para sus madres con otras sesiones en las que ambos grupos se reunían para poner en práctica las habilidades enseñadas y entrenadas previamente con adolescentes y madres por separado. Se comprobó que el programa reducía significativamente la conflictividad (disfuncional) entre adolescentes y madres, y que esta reducción había actuado como variable mediadora en la prevención de alteraciones psicopatológicas y abuso de sustancias.

El programa de intervención evaluado por Sibley et al. (2013) guarda muchas similitudes con el investigado por Jensen y su equipo en cuanto a sus elementos componentes, aunque en esta ocasión la intervención no es de tipo preventivo sino terapéutico, es decir dirigido a familias afectadas ya de hecho por dificultades relevantes en las relaciones entre padres y sus hijos adolescentes, y más concretamente adolescentes diagnosticados de trastorno por déficit de atención/hiperactividad. Entre el 70 y el 80% de las familias participantes mostró una mejoría fiable en relación con su línea base.

También se ha publicado, no obstante, resultados en relación con el efecto que sobre el conflicto parental-adolescente tienen tratamientos psicoterapéuticos no conjuntos. Slonim, Shefler, Slonim, & Tishby (2013) han informado que la representación que 30 adolescentes en psicoterapia psicoanalítica se hacían de su relación con sus padres cambió significativamente en comparación con la de otros 42 que no realizaban dicha psicoterapia. Este cambio en la representación de su relación con sus padres correlacionó, además, con una mejoría sintomática.

Ahora bien, ¿cómo se explica que sean tan escasas las investigaciones sobre la eficacia de intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a un problema que se da con tanta frecuencia como el sufrimiento y estancamiento familiar por conflictos agudos entre adolescentes y padres? La respuesta a esta pregunta es, en nuestra opinión, que, en efecto, como cabe sospechar, esas investigaciones no son en absoluto escasas, sino todo lo contrario, abundan en la literatura. Pero para encontrarlas debemos enfocar nuestra búsqueda no en los tratamientos específicamente dirigidos al conflicto que nos ocupa,

sino en los destinados a los diferentes trastornos mentales que suelen diagnosticarse a los adolescentes implicados en dichos conflictos cuando se dan de forma disfuncional. Como decíamos ya en el apartado 2.2 de esta tesis, la mayor parte de la investigación sobre las familias a que no referimos en esta tesis atiende a esta dimensión clínica o psicopatológica del problema (cuya existencia y relevancia en absoluto negamos aquí), soslayando o, al menos, descuidando su dimensión sistémica.

Si revisamos la investigación de resultados en psicoterapia en relación con dichos trastornos mentales o diagnósticos clínicos, pronto veremos que es profusa. No ha sido establecida aún una correspondencia precisa entre afectación del adolescente por un conflicto disfuncional con sus padres, por un lado, y diagnóstico clínico, por otro, pero un grupo o conjunto de trastornos reiteradamente asociados en la literatura con los adolescentes en conflicto agudo con sus padres es el de aquellos trastornos en los que predominan los denominados síntomas externalizantes. Los síntomas externalizantes son aquellos que consisten en comportamientos disruptivos o problemáticos, que llegan a transgredir normas sociales básicas y poner en peligro e incluso causar daños a los demás o a uno mismo. Serían trastornos mentales en los que se predominan los síntomas externalizantes aquellos a que nos referimos en el apartado 2.2: el trastorno desafiante oposicionista, el trastorno explosivo intermitente, el trastorno de conducta, y el trastorno de personalidad antisocial (American Psychiatric Association, 2014). La abundante investigación de resultados para diversos tratamientos psicológicos diseñados específicamente para intervenir, por ejemplo, sobre este tipo de trastornos externalizantes, ha llegado a generar un cuerpo sólido de pruebas que nos permite hoy a los clínicos disponer de una relación de tratamientos con diversos grados de evidencia empírica sobre su eficacia o efectividad. Como ejemplo de ello disponemos de la lista de tratamientos efectivos que facilita la Asociación Americana de Psicología (*American Psychological Association, APA*) a través de la página en Internet² (American Psychological Association, 2015) de su división 53, la Sociedad de Psicología Clínica del Niño y el Adolescente (*Society of Clinical Child and Adolescent Psychology*). En esta relación de tratamientos con evidencia empírica encontramos que entre los que

² <http://effectivechildtherapy.org/content/ebp-options-specific-disorders>

cuentan con un mayor respaldo en cuanto a su eficacia en el tratamiento de los *problemas de conducta disruptiva en la adolescencia* está la terapia familiar. Se especifica además en este documento que los tratamientos enfocados en la familia cuentan con la mayor evidencia en cuanto a su utilidad para este tipo de problemas. Son ejemplos de modelos específicos de terapia familiar que han llegado a generar una gran cantidad de pruebas de su eficacia a través de investigaciones de resultados la *terapia multisistémica* (Multisystemic Therapy Services, 2017) y la *terapia multidinámica* (Liddle, 2015).

3.3. Alianza terapéutica en terapia familiar

La alianza terapéutica es un factor determinante del resultado en psicoterapia individual (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011) y en psicoterapia familiar (Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008; Friedlander, Escudero, Heatherington, & Diamond, 2011). La investigación de procesos y resultados ha demostrado que la alianza terapéutica es uno de los principales factores del proceso terapéutico que explican el éxito de las intervenciones psicoterapéuticas. La magnitud de efecto de la alianza terapéutica sobre el resultado de la terapia es entre pequeña y moderada (.275), siendo este hallazgo estadísticamente significativo ($p < .0001$) (Horvath et al., 2011). Esta afirmación vale también para la psicoterapia familiar (tamaño del efecto de .26; $p < .005$) (Friedlander et al., 2011). Sabido esto resulta obvia la importancia de desarrollar modelos de intervención que guíen al psicoterapeuta o clínico en la tarea de construir, mantener y, si se deteriora, reparar una alianza terapéutica de calidad con el cliente, sea este individual o conjunto (pareja, familia, grupo) de modo que se maximice la probabilidad de cambio o éxito psicoterapéuticos.

La alianza terapéutica en terapia familiar (como también en terapia de pareja y grupal) implica ciertas singularidades en relación con la alianza propia de la psicoterapia individual. Esta variante de la alianza terapéutica propia de las terapias conjuntas fue bautizada por Sprenkle & Blow (2004) como *alianza terapéutica expandida*. Dicho adjetivo, *expandida*, viene a señalar que la terapia conjunta exige la formación de un vínculo emocional y de colaboración positivos no solo entre cliente y

terapeuta, sino expandido también a las relaciones entre los clientes coparticipantes en la terapia.

3.4. Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar, SOATIF

El *Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar* (SOATIF, Friedlander et al., 2006) es tanto un modelo teórico de la alianza terapéutica expandida como un método de evaluación de la misma. Dicho modelo teórico ha sido contrastado empíricamente, es transteórico en relación con los diversos modelos y escuelas de psicoterapia, e identifica cuatro factores o elementos componentes de la alianza terapéutica familiar: *conexión emocional con el terapeuta, enganche en el proceso terapéutico, seguridad en el sistema terapéutico, y sentido de compartir el propósito de la terapia*. De estos cuatro factores, los dos primeros sostienen la alianza de los clientes o miembros de la familia con el terapeuta (alianza terapéutica). El tercero y el cuarto (*seguridad y sentido de compartir el propósito*) integran la dimensión singular y diferencial de la alianza terapéutica expandida. Esta dimensión consiste en un vínculo positivo, de colaboración y apoyo mutuo que ha de darse no ya entre cliente y terapeuta, sino entre los diferentes miembros de la familia participantes en la terapia. Cuando estos cuatro factores se dan suficientemente para los diferentes miembros de la familia puede decirse que emerge una alianza terapéutica no ya individual, de cada uno de ellos con el terapeuta, sino para el conjunto del sistema terapéutico. A este tipo de alianza terapéutica conjunta es a lo que se denomina alianza terapéutica expandida.

Como sistema de evaluación de la alianza expandida, el SOATIF tiene aplicaciones en diversas áreas. Ha sido usado profusamente en investigación en la última década, pero también resulta un instrumento útil en la práctica de la psicoterapia, en formación y en supervisión.

Se compone de un conjunto de herramientas o instrumentos psicométricos diversos que se reparten en un sistema de observación reglada, por un lado, y diversas medidas de autoinforme, por otro.

El sistema de observación reglada, denominado por el acrónimo SOATIF-o (*SOFTA-o*, en inglés), fue el origen del SOATIF en su conjunto. Consiste en un procedimiento de estimación o valoración de la presencia e intensidad de cada uno de los cuatro componentes de la alianza terapéutica expandida a partir de la observación de marcadores conductuales, definidos detalladamente, que pueden aparecer en cada uno de los miembros de la familia participantes en la sesión. Del mismo modo, valora también la contribución que en dicha sesión realiza el terapeuta a la formación de los factores de la alianza expandida, a partir de la observación de sus intervenciones o conductas. Precisamente el ser un instrumento de tipo observacional es lo que diferencia al SOATIF de otras medidas de la alianza terapéutica en terapia familiar como el *Working Alliance Inventory Couple (WAI-Co)*; (Symonds, D., & Horvath, 2004) o la *Family Therapy Alliance Scale (FTAS)*; Pinosof & Catherall, 1986). La correcta aplicación de este sistema de observación ha de ser realizada por observadores previamente entrenados, y siguiendo un manual desarrollado por los autores con tal fin (Friedlander, Escudero, Heatherington, Deihl, et al., 2005). Asimismo, se desarrolló un programa informático, denominado e-SOATIF (Escudero, Friedlander, & Heatherington, 2011), que facilita la aplicación del SOATIF-o. El SOATIF-o puede aplicarse también usando protocolos en papel. El uso de e-SOATIF, sin embargo, tiene la ventaja de facilitar la comparación de los resultados obtenidos por diferentes observadores o jueces.

En cuanto a los instrumentos de autoinforme, son denominados en su conjunto como SOATIF-s, y consisten en sendos inventarios, para clientes y terapeuta, con 16 ítems que se reparten en cuatro grupos, cada uno de los cuales se enfoca en la evaluación de los cuatro componentes de la alianza terapéutica expandida. Estos ítems se responden mediante una escala tipo Likert con cinco valores donde el valor 1 significa “Nada”, el valor 5 “Mucho”, y el valor intermedio 3 “Algo”.

La conexión emocional con el terapeuta, como factor componente de la alianza terapéutica expandida, consiste en la formación de un vínculo de consideración positiva, de afecto incluso, y confianza del cliente hacia la figura del terapeuta. La formación de esta conexión implica que el terapeuta se convierte en una persona importante para el cliente, sintiendo el cliente que también él es alguien importante para el terapeuta. El cliente atribuye al terapeuta conocimientos, competencias, valores que cimentan su confianza y su interés por su persona.

El *enganche* o *implicación en el proceso terapéutico* es aquella dimensión de la alianza terapéutica en virtud de la cual el cliente ve o encuentra sentido en la terapia. Este sentido implica que el cliente vea la terapia como una actividad de la que realmente quiere formar parte, en la que quiere participar. Para facilitar esta experiencia de enganche es importante que el terapeuta sea capaz de formular objetivos para el tratamiento que realmente sean consistentes con los valores, deseos, necesidades, etc. del cliente. Del mismo modo que también las tareas desarrolladas en la sesión, o fuera de ella, para hacer avanzar la terapia habrán de contar con el interés y la aprobación de los diferentes miembros de la familia.

Estos dos factores que hemos visto en primer lugar, conexión emocional con el terapeuta y enganche en el proceso terapéutico, se corresponderían con los tres elementos identificados en la concepción clásica de la alianza terapéutica propuesta por Bordin (1979): la formación de un vínculo o relación positivo entre cliente y terapeuta (conexión), y el acuerdo en las metas y tareas (enganche). Por lo tanto, estos dos primeros componentes no serían exclusivos de la terapia familiar, sino compartidos con cualquier tipo de tratamiento psicoterapéutico con independencia de que su encuadre sea conjunto o individual. Las otras dos variables integrantes de la alianza expandida, seguridad y sentido de compartir el propósito de la terapia, sí serían específicas de la psicoterapia con encuadre conjunto.

La dimensión *seguridad dentro del sistema terapéutico* alude al sentimiento de seguridad y comodidad que se ha de facilitar en el cliente, en cada miembro de la familia en la sesión, para que sea viable su participación fructífera en la terapia. Esta seguridad no solo ha de sentirla el cliente en relación con el terapeuta, por ejemplo, garantizando este la confidencialidad, sino también en relación con el resto de miembros de la familia, lo que supone una singularidad de la terapia familiar en relación con la individual. Así, por ejemplo, el terapeuta habrá de extremar el cuidado en proteger a los miembros más vulnerables de la familia de la hostilidad, si apareciera, de otros familiares. La garantía de la confidencialidad, y facilitar al cliente que se sienta cómodo y aceptado son elementos clave de esta dimensión.

Por último, el *sentido de compartir el propósito de la terapia*, hacer referencia al hecho de que todos los miembros del sistema familiar participantes en la terapia estén de acuerdo en la importancia de esta, en la importancia de participar en ella, y de

implicarse para conseguir alcanzar unas metas que todos ellos comparten. Esto implica la aparición en la sesión de una dinámica de colaboración, de un sentimiento de unidad, de trabajar en equipo, no solo de los clientes con el terapeuta, sino también entre ellos, entre los miembros de la familia, incluidos los que están en desacuerdo e incluso en conflicto en relación con el problema por el que acuden a terapia.

En los anexos 3 y 4 se incluyen las versiones en papel de los protocolos de observación del SOATIF-o para clientes y terapeuta respectivamente. En estos protocolos pueden verse las definiciones de cada dimensión y los diferentes marcadores conductuales que indican la presencia en la sesión de cada uno de los cuatro factores de la alianza expandida que acabamos de ver.

3.5. La construcción de la alianza terapéutica expandida con familias en situación de conflicto parental-adolescente disfuncional

La investigación empírica sobre las dificultades específicas de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida con familias en situación de conflicto disfuncional entre algún hijo o hija adolescente y sus tutores tiene ya varias décadas de trayectoria. En esta trayectoria han participado activamente, entre otros, los autores del SOATIF, al que nos hemos referido en el apartado anterior. Así, podemos citar como uno de los primeros estudios empíricos relevantes en este terreno el realizado por Friedlander, Heatherington, Johnson, & Skowron en 1994. En esta investigación, realizada también combinando los métodos de *análisis de tareas* y de *análisis inductivo*, al igual que la presente tesis, sus autores analizaron el evento psicoterapéutico concreto de mantener la implicación de los clientes en la terapia. Por este procedimiento identificaron un patrón de interacciones entre los miembros de cuatro sistemas terapéuticos distintos en los que se resolvía con éxito la tarea de recomponerse la implicación de todos ellos en la terapia tras haberse observado una falla en esta implicación. De este modo formularon un modelo empírico de resolución de la tarea que integraba los siguientes elementos: el reconocimiento por los participantes en la sesión de su contribución personal a la falla en la implicación en la tarea que había que resolver, comunicación entre los miembros de la familia sobre el bloqueo ocurrido, reconocimiento de los sentimientos y pensamientos expresados por otros miembros del

sistema terapéutico, nuevas formulación sobre el bloqueo recién ocurrido, y el reconocimiento de ser necesaria la motivación para implicarse en la terapia.

Algunos años después, G. M. Diamond, Liddle, Hogue, & Dakof (1999), en una investigación observacional, también de carácter exploratorio de conductas de cliente y terapeuta, formularon un modelo basado en dichas observaciones sobre cómo mejorar la alianza terapéutica con adolescentes en terapia familiar por abuso de sustancias. Ello les permitió detectar que aquellos casos en que en la sesión tercera el terapeuta había conseguido construir una mejor alianza con los adolescentes se diferenciaban de otros casos en los que esto no se había conseguido por la presencia de tres tipos de intervención de los terapeutas: mostrar atención e interés por la experiencia subjetiva del adolescente, formular objetivos que realmente tuvieran sentido para este, y mostrarse en la terapia como un aliado del adolescente (sin perjuicio de hacer lo propio también en relación con los padres).

También en 1999, G. S. Diamond & Liddle (1996, 1999) concluyeron una investigación en la que exploraron aquellos eventos psicoterapéuticos consistentes en superar los bloqueos del proceso debidos a interacciones negativas u hostiles, distanciamiento afectivo y escasa implicación en la resolución conjunta de problemas entre padres y adolescentes en conflicto. Es decir que analizaron qué diferenciaba aquellos eventos de este tipo que se habían resuelto positivamente, en el sentido de recuperar la adecuada conexión emocional y colaboración entre padres e hijos, frente a aquellos otros casos en que este bloqueo no se había superado. Este tipo concreto de evento estaría directamente relacionado con los factores de seguridad en el sistema terapéutico y de sentido de compartir el propósito, pues atiende fundamentalmente a la interacción entre miembros de la familia, más que a la relación entre estos y el terapeuta. Su exploración dio como fruto un modelo de la tarea de superación de dicho bloqueo a la que describieron en su conjunto como superar o transformar las interacciones negativas entre adolescentes y padres mediante la facilitación de un cambio en el tono emocional de la interacción entre estos gracias a un cambio a su vez de una conversación centrada en el manejo de las conductas disruptivas a una conversación enfocada en la calidad de la relación afectiva en ellos.

Thompson, Bender, Lantry, & Flynn, en 2007, publicaron un estudio sobre el proceso terapéutico de mejorar la implicación o enganche de padres y adolescentes en la

terapia. Por el título de su investigación, puede parecer que esta se dedica exclusivamente a analizar uno solo de los factores de la alianza expandida. Al revisar esta investigación con mayor detenimiento podemos comprobar, sin embargo, que se trata casi de un análisis de la tarea completa de construir la alianza expandida, pues se ocupa de analizar todas aquellas intervenciones del terapeuta que fomentan la formación de un vínculo positivo con el terapeuta, el acuerdo de los clientes con el terapeuta en las tareas, y una buena relación de colaboración también entre los miembros de la familia. Comprobamos así que los autores de esta investigación, usan el concepto de enganche en el tratamiento como sinónimo de alianza terapéutica en terapia familiar, y no como nombre de uno solo de sus componentes. Se deriva de aquí también, no obstante, que estos investigadores parten de una concepción de la alianza terapéutica expandida que no coincide del todo con el modelo tetrafactorial propuesto por el SOATIF, pues obvian en su análisis el factor de la seguridad en el sistema terapéutico. En este caso la exploración no se realizó mediante la observación de las conductas intrasesión de los participantes en la terapia sino a partir del análisis cualitativo de las respuestas que padres y adolescentes dieron en una entrevista sobre qué elementos o aspectos del proceso terapéutico les había parecido más útiles para facilitar su participación en el mismo. Este análisis cualitativo concluyó que madres y padres coincidieron mayormente en señalar que las conductas y actitudes del terapeuta que les había parecido más útiles para conectar afectivamente con el terapeuta fueron: que les ayudara a sus hijos y a ellos mismos a sentirse cómodos y aceptados en la sesión; que mostrara calma, porque eso les ayudaba a desescalar sus interacciones conflictivas con sus hijos; que fuera capaz de ‘mantener el tipo’ y seguir siendo neutral en los momentos de mayor tensión en la sesión; que fuera capaz de conseguir que sus hijos hablaran sobre temas importantes sobre los que ellos mismos, los padres, no eran capaces de conseguir que hablaran abiertamente; y, en resumen, que mostrara una actitud relajada, flexible, amable o amigable, no demasiado formal, que no les presionara para avanzar más rápido en la terapia, y que actuara como si fueran parte de la familia. Los adolescentes, por su parte, destacaron como características del terapeuta que les ayudaron a mantenerse implicados en la terapia el que fuera neutral; que fuera capaz de mantener la calma; que fuera amable; que escuchara activamente; que al mismo tiempo participara activamente en las discusiones, en lugar de limitarse a escuchar todo el tiempo; que se expresara con autenticidad, siendo él mismo o ella misma; que compartiera con ellos las actividades o tareas en la sesión; y que mostrara buen humor. En relación con las

intervenciones del terapeuta para que los miembros de la familia valoraran como algo positivo participar en las tareas de la terapia, los padres destacaron estas: que el terapeuta demostrara disponer de habilidades y recursos para ayudar a las familias a que aprendieran nuevas habilidades y a manejar sus problemas específicos; que les ofreciera de forma directa orientaciones, o que prescribiera tareas, para que ellos, los clientes, pudieran poner en práctica nuevas habilidades; que les facilitara la toma de conciencia en relación con nuevos conocimientos sobre sus hijas e hijos adolescentes, y habilidades nuevas de comunicación con estos, no ya a partir de un entrenamiento directo, sino a partir del modelado que el terapeuta mostraba naturalmente en la sesión en su interacción espontánea con ellos. Los adolescentes, por su parte, expresaron que, para este mismo fin (su implicación en las tareas), lo que más contribuyó a ello por parte del terapeuta fue: el que las nuevas habilidades enseñadas por el terapeuta estuvieran dirigidas específicamente a mejorar la relación con sus madres y padres; que el terapeuta fuera capaz de crear sesiones en las que el patrón de discutir habitualmente con sus padres se vieran alterado; que les enseñara a comunicarse de otro modo en familia; que facilitara una mejor comprensión mutua entre los miembros de la familia; que les hubiera ayudado a aprender a escuchar mejor a sus familiares, y a compartir más tiempo y actividades con ellos diariamente; que les hubiera enseñado nuevas habilidades específicas tales como manejar la ira o enfado o habilidades de relajación. En cuanto a las aportaciones del terapeuta o de la terapia para mejorar el vínculo o colaboración entre los miembros de la familia, los padres destacaron como más relevantes las siguientes: el hecho mismo de que la terapia fuera un momento agradable en el que compartir tiempo y actividades con su hija o hijo; que la sesión facilitara una forma de estar en familia más calmada, en la que ellos y sus hijos fueran capaces de compartir tareas como grupo, de modo diferente a como solía ocurrir fuera de la terapia. Los adolescentes apreciaron también que la terapia misma le ofreciera una oportunidad de compartir tiempo con sus padres, pues estos solían estar ocupados normalmente. Por último, en lo que se refiere a las aportaciones del terapeuta para mejorar la comprensión mutua de padres e hijos, ambos destacaron el hecho de que se les animara con entusiasmo a que se comunicaran y relacionaran de forma más auténtica, expresando más abiertamente sus sentimientos y opiniones.

Higham, Friedlander, Escudero, & Diamond (2012), por su parte, identificaron, como elementos del proceso terapéutico que resultaron claves para implicar en el

tratamiento a adolescentes que inicialmente eran reacios a participar en la terapia, los que siguen. En primer lugar, la estructuración de las conversaciones terapéuticas, es decir que el terapeuta mantenga una actitud activa en cuanto a la conducción de la entrevista, por ejemplo, en la elección de los temas en que se ha centrar la sesión, facilitando que en un momento dado el foco de la conversación cambie de un tema a otro, o que se centre más en las aportaciones que pueda realizar un miembro de la familia frente al resto. También puede incluirse como parte de este elemento o estrategia terapéutica la elección del mejor encuadre en un momento dado: conjunto, con todos los miembros de la familia, o individual con el adolescente, o solo con los padres, etc. El segundo elemento identificado fue la facilitación o promoción por el terapeuta de la autonomía del adolescente. El tercero, la facilitación o construcción de una consciencia sistémica, es decir del darse cuenta los clientes de cómo todos los miembros de la familia, o, al menos, varios de ellos, influyen de algún modo en los sucesos, problemas, éxitos o metas que les afectan e interesan, y que éstos no dependen de una sola persona. Este tercer elemento estaría, en nuestra opinión, directamente relacionado con la tarea de reencuadre del problema y las metas familiares, pues el reencuadre, para ser eficaz, terapéutico, ha de cumplir el requisito, entre otros, de ser realmente sistémico. En cuarto lugar, estaría la capacidad del terapeuta de manejar la resistencia del adolescente, su falta de implicación o colaboración en la terapia, sin reaccionar de forma negativa a dicha actitud resistente, es decir sin expresar hostilidad ni juicios de valor que descalifiquen al adolescente, y, al mismo tiempo, sin dejar de animarle, de estimularle, para que, cuando se sienta suficientemente seguro, se atreva a participar en la sesión. Los cuatro elementos mencionados hasta ahora consisten en intervenciones o actitudes del terapeuta. El quinto y último de los hallados en este estudio se refiere, en cambio, a intervenciones por el subsistema parental, y consiste en la expresión de afecto y apoyo al adolescente por sus padres o cualesquiera adultos de la familia que ejerzan como tales.

Como hemos podido ver en esta revisión de la investigación empírica de procesos sobre la alianza expandida con adolescentes y padres en conflicto, toda la investigación realizada hasta el presente se ha enfocado en algún componente particular de la tarea. Bien ha atendido específicamente a uno de los factores de la alianza expandida, como, por ejemplo, el enganche (por ejemplo, Higham et al., 2012), bien se ha enfocado en la alianza entre solo dos de los tres vértices o subsistemas del sistema

terapéutico que aquí nos ocupa (adolescente, subsistema parental, terapeuta), como, por ejemplo, en el caso de G. M. Diamond et al. (1999), dedicado a la alianza terapéutica con el adolescente, o el de G. S. Diamond & Liddle (1999) enfocado en las interacciones intrasesión entre adolescentes y subsistema parental. Esta investigación ha generado ya a esas alturas un cuerpo de conocimientos con sustento empírico considerable. A pesar de ello, aún no ha sido propuesto un modelo general de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida en terapia familiar con familias en situación de conflicto parental adolescente-disfuncional. Con la expresión de modelo general nos referimos a un modelo que contemple al mismo tiempo los cuatro factores básicos de la alianza terapéutica expandida identificados por el modelo SOATIF (conexión, enganche, seguridad y sentido de compartir el propósito de la terapia), así como las intervenciones o conductas de los tres agentes fundamentales en la casuística que nos ocupa: adolescentes, subsistema parental y terapeuta o equipo terapéutico.

3.6. Resumen del capítulo

Si se revisa la investigación de resultados en psicoterapia dedicada específicamente a comprobar su eficacia aplicada a familias que sufren por encontrarse bloqueadas en un conflicto entre hijos o hijas adolescentes y sus madres y padres, puede parecer que dicha área de estudio está en ciernes. Sin embargo, cuando esta revisión se enfoque en los estudios de eficacia o resultados en relación con los diversos grupos diagnósticos que con más frecuencia se asignan a los adolescentes implicados en este tipo de conflictos, se comprueba que la terapia familiar está entre los tratamientos con mayor respaldo empírico como alternativa terapéutica eficaz para ayudar a estas familias.

Para que la terapia familiar sea eficaz (al igual que ocurre con la psicoterapia individual) es crucial resolver con éxito previamente la tarea de construir una alianza terapéutica de calidad con los clientes. Así lo demuestran numerosas investigaciones empíricas de procesos y resultados acumuladas ya en las últimas décadas.

El Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF) es un modelo teórico con respaldo empírico de la alianza terapéutica

expandida, así como un conjunto de instrumentos (inventarios y protocolo de observación) para su evaluación. La investigación en que se sustenta este modelo ha identificado cuatro factores como pilares fundamentales de este tipo de alianza: la conexión emocional de los clientes con el terapeuta, el enganche de los miembros de la familia en el proceso terapéutico, la seguridad de dichos miembros en el sistema terapéutico, y el sentido compartido también por estos del propósito de participar en la terapia.

En lo que se refiere a la investigación específicamente referida al tipo de familias a las que se dedica esta tesis, es decir las que sufren atrapadas en un conflicto parental-adolescente disfuncional, se dispone ya numerosos hallazgos aportados por la investigación de procesos sobre cómo puede construirse con ellas la alianza expandida. La totalidad de esta investigación se ha centrado en uno o algunos de los cuatro factores de la alianza en terapia familiar (conexión, enganche, seguridad o sentido compartido de propósito de la terapia), o en las aportaciones de uno o dos de los tres agentes coprotagonistas en esta casuística (adolescentes, subsistemas parentales o terapeutas). Aún no ha sido propuesto, por tanto, un modelo general de la tarea de construir la alianza expandida con estas familias, en el cual podría integrarse el conjunto de los elementos relevantes para esta tarea ya identificados por la investigación previa.

**Capítulo 4. Postulados para un
modelo heurístico de la tarea de
construir la alianza terapéutica
expandida**

4. Postulados para un modelo heurístico de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida

4.1. Introducción

El objetivo principal de esta investigación es realizar una primera propuesta de modelo de la tarea psicoterapéutica a que nos referimos en el final del capítulo anterior, y someter dicho modelo a un primer contraste empírico mediante la observación de una muestra pequeñas de casos en que se realiza dicha tarea. Antes de pasar a describir dicho modelo, sin embargo, consideramos necesario exponer una serie de postulados o supuestos básicos en relación con la alianza terapéutica de los que partimos. Creemos que esta exposición previa es necesaria para comprender bien algunos de los elementos que compondrán el modelo de la tarea que propondremos en el capítulo que sigue a este. Aspiramos, además, a que la exposición de estos postulados sirva para aclarar algunas confusiones más o menos generalizadas en relación con esta variable de procesos, la alianza terapéutica.

En primer lugar, explicaremos una serie de fundamentos referidos a la naturaleza de la alianza terapéutica en general. Después nos ocuparemos de otros que aluden más concretamente a la tarea de construirla.

4.2. Postulados sobre la alianza terapéutica en relación con la psicoterapia

4.2.1. *La alianza terapéutica no existe a priori*

¿Sería posible algún caso en que la alianza terapéutica no hubiera de ser construida porque ya estuviera presente desde el inicio mismo de la terapia, desde antes incluso? En algunos casos, el cliente, o el sistema familiar, se presenta desde el principio de la primera sesión con una actitud tan positiva hacia la terapia que ello puede llevarnos a pensar que la tarea de construir la alianza terapéutica no será necesaria con ese cliente o familia porque en ese caso dicha alianza ya existe *a priori*.

Nuestra opinión es, sin embargo, que esa posibilidad de una alianza *a priori* no existe. La alianza terapéutica es un tipo de relación interpersonal, y las relaciones entre personas han de ser construidas, no existen con antelación a la interacción de hecho entre esas personas. A esto se puede objetar que, incluso antes de que dos personas se encuentren y se comuniquen por vez primera, sí puede existir una expectativa y un sentimiento (admiración, enfado, odio, agradecimiento, etc.) de una de ellas hacia la otra fundado exclusivamente en la imagen que se haya podido formar de ella a partir de información a la que haya accedido previamente sobre esa persona. Estos sentimientos y expectativas previos, no obstante, no equivaldrían a una relación social por sí solos, la cual sólo puede derivar de la comunicación o interacción real, de hecho, entre las dos personas en cuestión. Del mismo modo, por ejemplo, que hoy nadie cuestiona la diferencia entre enamoramiento y amor en la pareja, es decir entre el sentimiento que deriva de una percepción idealizada y anticipada del otro, por un lado, y el sentimiento diferente que emerge producto del conocimiento profundo de esa otra persona a partir de la propia experiencia en la convivencia cotidiana con ella, consideramos que debemos diferenciar entre la admiración o fascinación anticipadas que se da en algunos clientes por la figura del terapeuta, la cual puede confundirse fácilmente en las primeras sesiones con una alianza terapéutica sólida *a priori*, y la alianza terapéutica real.

4.2.2. El crecimiento de la alianza terapéutica se da mediante cambios cuantitativos en la magnitud de sus diferentes componentes, pero el crecimiento de la alianza terapéutica expandida se da, además, mediante cambios cualitativos que implican la formación de vínculos de alianza entre los miembros de la familia

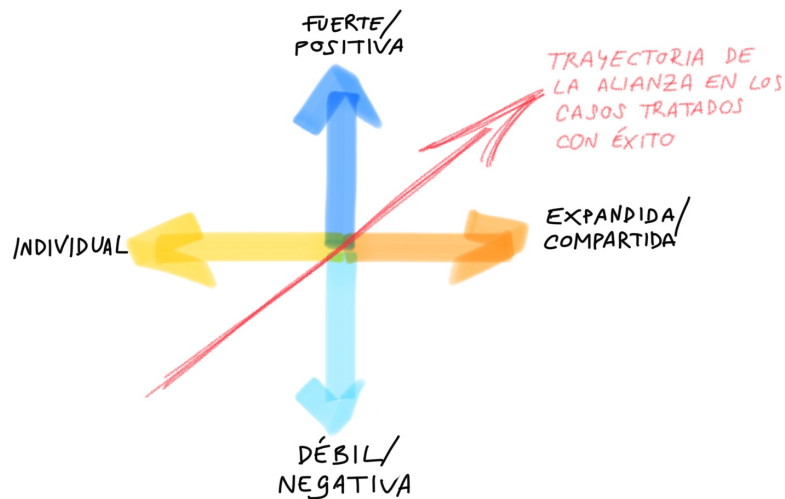
Tanto la alianza terapéutica que se da en la psicoterapia individual como la alianza terapéutica expandida crecen mediante cambios cuantitativos que consisten en el fortalecimiento de los componentes de la alianza entre el cliente (individualmente) y terapeuta. Este fortalecimiento puede medirse mediante el aumento de marcadores conductuales de conexión emocional con el terapeuta y enganche en el proceso terapéutico (acuerdo con los objetivos y las tareas), y en el caso de la terapia conjunta también de ciertos aspectos de la seguridad en el sistema terapéutico que se refieren

específicamente a la seguridad con respecto al terapeuta (como es, por ejemplo, la confidencialidad).

El crecimiento de la alianza terapéutica expandida ha de darse, además, en una segunda dimensión mediante cambios que no serían ya cuantitativos o de magnitud, sino cualitativos pues no consisten en la aparición de más marcadores de alianza, sino en la formación de nuevos vínculos de alianza. Estos nuevos vínculos de alianza no serían ya los que se dan entre el terapeuta y cada uno de los miembros de la familia o de la pareja, sino los que estos miembros de la familia o pareja pueden llegar a formar entre sí.

Puede decirse, por tanto, que el crecimiento de la alianza terapéutica expandida se da en una doble dimensión, que queda representada en la figura 1.

Figura 1. Construcción de la alianza terapéutica desde la perspectiva sistémica



De acuerdo con esta figura, la alianza terapéutica expandida puede entenderse como formada por dos vectores: a) uno que oscilaría entre una baja o alta fuerza o intensidad de la alianza terapéutica, y b) otro que se mueve desde una alianza terapéutica individual a una alianza compartida por los diferentes miembros del sistema.

4.2.3. *El cambio o crecimiento cualitativo de la alianza terapéutica expandida, es decir la formación de vínculos de alianza entre los miembros de la familia o pareja, está condicionado ocasionalmente a un debilitamiento de la alianza de alguno de esos miembros con el terapeuta*

No siempre hay un camino directo al objetivo que se persigue. Con frecuencia el único modo de alcanzarlo es dando un rodeo. En la construcción de la alianza terapéutica expandida también puede darse esta situación. La consecución de una alianza terapéutica expandida óptima, es decir aquella en la que los miembros de la familia empiezan a experimentar un sentido de propósito compartido en el tratamiento, no siempre se da mediante la mejora progresiva y continua de la alianza del terapeuta con cada uno de esos miembros. Para los terapeutas de familia no es extraño observar que el cambio de actitud de los miembros de la familia hacia la cohesión y colaboración entre ellos para resolver el problema solo llega después de alguna intervención en la que el terapeuta ha tenido que asumir el riesgo de que su alianza con alguno de esos miembros se debilitara o incluso, transitoriamente, se rompiera. Así ocurre, por ejemplo, cuando se aplica la técnica de *desequilibramiento*, propia de la terapia estructural (Minuchin y Fishman, 1983). Este tipo de intervenciones del terapeuta podrían ser contrarias al fomento de la *seguridad dentro del sistema terapéutico y conexión emocional con el terapeuta* respecto de algún miembro de la familia en cuestión. Y lo mismo ocurrirá con cualquier modelo de terapia que prescriba intervenciones con una intención no explícita para la familia, como puede ocurrir, por ejemplo, con las técnicas paradójales de los diversos modelos estratégicos, que operan en el *nivel de manipulación*, según la clasificación de niveles de intención de significado de Stiles (1995), y que podrían ir en detrimento del *enganche*, que consiste precisamente en acordar con el cliente los objetivos de la terapia y las tareas para alcanzarlos.

4.2.4. *La alianza terapéutica cumple dos funciones independientes en relación con la terapia: primero, garantizar la continuación y terminación del proceso terapéutico y, segundo, facilitar un resultado de éxito terapéutico*

Esta propiedad de la alianza terapéutica, su doble función, no ha sido, a nuestro entender, suficientemente atendida hasta ahora a pesar de ser clave para comprender adecuadamente su relación con el proceso terapéutico general. La influencia de la alianza terapéutica sobre la intervención psicoterapéutica se da simultáneamente a través de dos caminos diferentes. Por un lado, la presencia de una AT *mínima necesaria* es una condición básica, necesaria, para que el proceso terapéutico sea posible, para que la terapia continúe hasta su terminación, con independencia de cuál acabe siendo el resultado de la misma. Por otro lado, cuando la alianza no solo es de una calidad mínima suficiente, sino que alcanza además una *calidad óptima*, puede influir decisivamente en el resultado al aumentar la probabilidad de que se dé un cambio terapéutico, es decir la probabilidad del éxito de la terapia. La cuestión decisiva para comprender bien esta doble función de la alianza terapéutica es que cada una de ellas opera en niveles distintos de calidad de la alianza, como exponemos a continuación.

4.2.5. *Es necesario que se dé una alianza terapéutica mínima suficiente para garantizar que el proceso terapéutico se desarrolle de forma completa*

El logro de una alianza terapéutica mínima suficiente es una condición necesaria para completar el tratamiento. Si el contexto terapéutico no garantiza que el cliente (y en el caso de la terapia conjunta, todos y cada uno de los miembros de la familia, pareja o grupo) alcance un mínimo de seguridad en el sistema terapéutico, conexión emocional con el terapeuta y enganche en el proceso, la probabilidad de un abandono de la terapia aumentará dramáticamente. En el caso de la terapia conjunta, dicho nivel mínimo suficiente de alianza terapéutica no garantizará en absoluto que llegue a formarse el cuarto y definitivo componente de la alianza terapéutica expandida, el sentido de propósito compartido, pero sí será al menos una garantía de que se dan las condiciones básicas para que la terapia pueda continuar, lo que dará al sistema terapéutico la oportunidad de que la alianza pueda mejorar en un momento posterior.

4.2.6. Alcanzar cierto nivel óptimo de alianza facilita el cambio terapéutico y, por tanto, el éxito de la terapia

Ninguna magnitud de alianza terapéutica, por elevado que llegue a ser su valor, es una condición suficiente para garantizar por sí misma el éxito del tratamiento. Si lo fuera tendríamos que plantearnos que alianza terapéutica y resultado de la terapia fuesen en realidad una misma variable. Sin embargo, de la evidencia de correlación positiva entre alianza y cambio sí puede deducirse al menos que la primera es una condición facilitadora del segundo. Es nuestra hipótesis que, a partir de cierto grado positivo u óptimo de alianza terapéutica, la probabilidad de que se dé un cambio terapéutico relevante aumentaría de forma significativa. Este nivel óptimo de alianza terapéutica habría de estar, obviamente, muy por encima del nivel mínimo suficiente a que nos hemos referido en el apartado anterior.

En el caso de la terapia familiar, dicha alianza terapéutica óptima implicaría la aparición del sentido compartido de propósito, que marcaría el logro de una alianza terapéutica expandida sólida (Escudero et al., 2008). En este sentido, la alianza terapéutica, cuando alcanza ese grado óptimo, actúa sobre el resultado de la terapia como una suerte de catalizador del cambio: del mismo modo que hay sustancias que pueden facilitar y acelerar ciertas reacciones químicas que también podrían darse en cualquier caso sin dicho catalizador (aunque sería más difícil), la alianza terapéutica óptima hace mucho más probable el cambio, si bien este puede ocurrir en ocasiones sin que la alianza terapéutica haya llegado a ser tan alta.

4.2.7. La calidad de la alianza oscila a lo largo del proceso terapéutico

La alianza terapéutica no es un fenómeno estable; una vez que se construye no siempre perdura. Como ocurre con cualquier vínculo social, la alianza terapéutica está sujeta a la influencia de múltiples factores (otras variables de proceso en psicoterapia o factores contextuales, extraterapéuticos). Cuanto más sólida haya sido su construcción más estable será, pero incluso una alianza terapéutica expandida muy sólida puede verse resquebrajada en determinados momentos del proceso terapéutico, motivo este por el cual el terapeuta ha de ser competente no solo en su construcción, sino también en su monitorización, mantenimiento y reparación. En esta oscilación habrá momentos del

proceso terapéutico en los que la calidad alcance picos de mayor debilidad y picos de mayor fortaleza. Entendemos, como hipótesis que también requiere aún ser comprobada, que los cambios o avances sucesivos hacia el cambio terapéutico general se dan con mayor probabilidad coincidiendo con los segundos de estos picos, los de mayor fortaleza de la alianza.

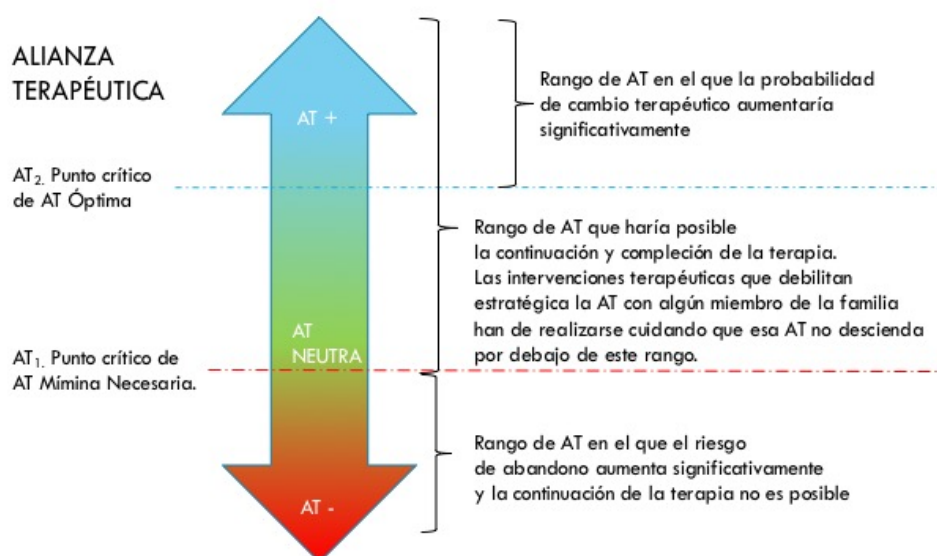
Los momentos de descenso o debilitamiento en la alianza podrían deberse fundamentalmente a dos fenómenos distintos: (a) fracturas no deseadas e imprevistas, y por tanto no controladas por el terapeuta, y (b) distanciamientos estratégicos, premeditados, por el terapeuta, es decir controlados por este, quien en un momento dado podría considerar necesario arriesgar la fuerza de su alianza con algún miembro de la familia para poder avanzar en el proceso terapéutico general. El primero de estos dos fenómenos ha sido ya profusamente estudiado en terapia individual (Safran, Muran, y Eubanks-Carter, 2011), y también en terapia familiar (Escudero, Boogmans, Loots, & Friedlander, 2012; Ettinger, 2001). Se trata de un fenómeno frecuente en los tratamientos y constituye una de las principales amenazas para su continuación y éxito. Si el psicoterapeuta no está adecuadamente entrenado para identificar y reparar estas fracturas, la probabilidad de abandono por el cliente aumenta. Los picos más bajos en la oscilación de la alianza terapéutica durante el proceso terapéutico se deberían a esta causa, y cuando este descenso rebasa cierto punto crítico, la fractura puede ser irreparable y dará lugar a un abandono de la terapia por el cliente.

La decisión estratégica por el terapeuta de arriesgar en algún momento su alianza terapéutica con un miembro de la familia, sacando a este de su zona de confort en la terapia, no ha sido, en cambio, investigada hasta ahora de forma empírica.

Basándonos en las características o propiedades de la alianza terapéutica que hemos descrito hasta ahora, postulamos que existen dos puntos críticos en el continuo entre máxima alianza terapéutica negativa y máxima alianza terapéutica positiva, los cuales ilustramos en la figura 2. El primero de estos puntos críticos, al que podemos denominar *alianza terapéutica mínima necesaria (AT₁)*, sería aquel por debajo del cual el cliente deja de percibir al terapeuta como un agente confiable y terapéutico y se dispara la

probabilidad de que abandone la terapia. Incluso en aquellos casos en que el equipo terapéutico considere necesario un debilitamiento estratégico de la alianza terapéutica con algún miembro o subsistema de la familia, dicho debilitamiento habría de conducirse siempre cuidando que esa alianza no descendiese por debajo de este punto. Habría, además, un segundo punto crítico, al que proponemos que se llame *alianza terapéutica óptima* (AT_2) y que marcaría aquella magnitud de alianza terapéutica positiva a partir de la cual la probabilidad de que se dé un cambio terapéutico aumentaría significativamente (aunque no siempre fuera necesario llegar a este nivel de alianza para que el cambio terapéutico se dé). En el caso de la psicoterapia conjunta, este punto de alianza terapéutica óptima coincidiría con el logro de una alianza terapéutica expandida completa, que es aquella en que además de la seguridad en el contexto terapéutico, la conexión emocional con el terapeuta, y el enganche en el proceso terapéutico, emerge en todos los miembros del sistema en terapia un sentido de compartir el propósito de la terapia (Escudero, 2014).

Figura 2. Niveles de calidad y funciones de la alianza terapéutica (entre cliente y terapeuta)



4.3. Postulados sobre la tarea de construir la alianza terapéutica

Curiosamente, mientras que la tarea de reparar las rupturas en la alianza ha sido muy investigada, la tarea básica e inicial de su formación lo ha sido bastante menos. Benítez-Ortega y Garrido-Fernández (2015), en una revisión de las tareas terapéuticas analizadas hasta el presente, identificaron tres líneas de investigación mediante análisis de la tarea de reparar rupturas o amenazas a la alianza terapéutica en terapia individual (de las que citamos aquí sólo una referencia de cada una de ellas: Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham, y Stiles, 2008; Bennett, Parry, y Ryle, 2006; Safran et al., 2011), mientras que solo una se centró en analizar la tarea de su formación (Elliott, Watson, Goldman, y Greenberg, 2004).

4.3.1. La construcción de la alianza terapéutica es una tarea obligada

La mayor parte de las tareas psicoterapéuticas son contingentes: han de realizarse en algunos tratamientos y en otros no, en función de las características de cada caso (tipo de problema del cliente, encuadre elegido para el tratamiento, etc.). La tarea de construir la alianza terapéutica, sin embargo, en psicoterapia familiar como en psicoterapia individual, con independencia de los modelos de disfunción mental y cambio en que se fundamente la terapia, no puede dejar de realizarse si tenemos en cuenta lo dicho anteriormente sobre la función crucial de la alianza terapéutica no ya para aumentar la probabilidad del cambio buscado sino simplemente para hacer posible la continuación y terminación del tratamiento. Esta condición de tarea obligada queda refrendada por el hecho de que esta tarea está reconocida como uno de los factores comunes en psicoterapia desde que se inaugurara este paradigma de investigación de los factores comunes (Tschacher, Junghan, y Pfammatter, 2014).

4.3.2. La construcción de la alianza terapéutica expandida es en la mayor parte de los casos una tarea multisesión

Las tareas psicoterapéuticas pueden clasificarse también en tareas que pueden iniciarse y resolverse dentro de una sola sesión y tareas que se desarrollan a lo largo de

varias sesiones. En el caso de la terapia individual puede ocurrir que la tarea de construir la alianza terapéutica se consuma dentro de una sola sesión (aunque no necesariamente haya de ser siempre así). En terapia familiar, sin embargo, dada la mayor complejidad, como hemos visto en páginas anteriores, que esta variable tiene en el encuadre de terapia conjunta, es harto improbable que su formación requiera menos de dos sesiones de trabajo psicoterapéutico. A esta conclusión llegamos también por nuestra propia experiencia como terapeutas familiares.

4.3.3. La construcción eficaz de la alianza terapéutica expandida sigue una secuencia predeterminada en relación con el orden en que se forman cada uno de sus cuatro factores

Se da mediante la aparición sucesiva, en una secuencia ordenada, de sus cuatro factores componentes que culmina con la aparición del sentido de propósito compartido, que constituye el marcador de resolución de la tarea. Partiendo del modelo de alianza terapéutica en psicoterapia en que se fundamenta el SOATIF, Escudero (2014) ha elaborado también un modelo teórico que describe el proceso de interacciones entre psicoterapeuta y cliente en psicoterapia familiar que conduciría a la construcción de una alianza terapéutica expandida sólida. Este modelo teórico de resolución de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida tiene su origen en datos empíricos obtenidos por Beck y Friedlander (2006) mediante el análisis cualitativo de entrevistas a miembros de familias en terapia en relación con su vivencia de la alianza terapéutica. Atendiendo a este modelo, la tarea de construcción de la alianza terapéutica, para realizarse con éxito, habría de comprender tres pasos o fases que podríamos concebir como subtarefas de la tarea general): (a) de la seguridad a la conexión, (b) de la conexión a la implicación; y (c) de la implicación a la alianza expandida. El primero de estos tres pasos, *de la seguridad a la conexión*, implica esencialmente que el psicoterapeuta acepte la actitud inicial del cliente hacia la terapia (aun cuando esta actitud pueda ser negativa), que responda a ella de un modo no defensivo ni intrusivo, que no presione al cliente hacia objetivos terapéuticos que éste aún no hace propios. Así mismo es imprescindible facilitar al cliente la experiencia de confidencialidad, y evitar que este se sienta descalificado en el contexto de la sesión no solo por el terapeuta, sino por otros miembros del sistema familiar. Cuando este paso se realiza del modo adecuado

aparecen marcadores de seguridad en la conducta del cliente: éste da muestras de sentirse comprendido y aceptado con independencia de su posición con respecto al problema. Se trata en definitiva de facilitar que el cliente experimente la validación de su vivencia subjetiva. Esta experiencia de validación del cliente es un requisito para dar el segundo paso en la tarea: pasar *de la conexión a la implicación*. En este segundo paso el terapeuta habrá de llevar a cabo acciones concretas como generar optimismo, identificar y valorar pequeños cambios en el sistema familiar que constituyen una excepción a los patrones de interacción disfuncional, generar alternativas hacia nuevos cambios, y motivar a los miembros del sistema para que se decidan a probar estas alternativas. La tercera fase de la tarea supone alcanzar la *alianza expandida*, la cual constituye la meta última y, al mismo tiempo, el marcador de resolución con éxito de la tarea. Una vez que el terapeuta observa indicadores conductuales de implicación en la terapia en los miembros del sistema familiar, tales como motivación por participar en la sesión y cierto contagio por el optimismo del terapeuta en relación con el cambio, este, aprovechando y apoyándose en tal implicación, iniciará una nueva serie de intervenciones destinadas a consolidar su alianza con los diferentes miembros del sistema y la colaboración entre éstos para el cambio. Estas intervenciones serán fundamentalmente el reencuadre del problema, la determinación de metas definidas sistémicamente, es decir metas para la familia, enfatizar las necesidades y otros elementos que los miembros de la familia tienen en común, señalar y valorar el compromiso que dichos miembros muestran entre sí.

En estas tres fases que acabamos de describir están comprendidos los cuatro factores de la alianza terapéutica expandida identificados por el modelo SOATIF: en la primera fase se construye el primer factor, la seguridad; en la segunda se facilita la aparición del segundo factor, la conexión emocional con el terapeuta; en la tercera, la implicación en el tratamiento; y como resultado de estas tres fases acaba apareciendo también el cuarto factor, el sentido de propósito compartido por los miembros de la familia, lo que supondría la realización de los cuatro factores y, por tanto, el logro de la alianza terapéutica expandida. Dicho de otro modo: la aparición del sentido de propósito compartido entre los miembros del sistema familiar constituye el marcador de resolución de la tarea.

4.3.4. *En algún momento de la tarea aparecen tendencias opuestas en las alianzas de algunos miembros de la familia: mientras que las de unos mejoran o se fortalecen, las de otros empeoran o se debilitan*

Durante la tarea de construir la alianza terapéutica expandida el terapeuta ha de atender simultáneamente a su alianza individual con cada uno de los miembros de la familia. Esto implica atender, para cada uno de dichos miembros, a sus marcadores conductuales de *seguridad*, *conexión*, y *enganche*. Esto es necesario porque la evolución y calidad de dichas alianzas terapéuticas individuales condicionará igualmente la formación de la alianza terapéutica expandida, pero su desarrollo y evolución será desigual, creciendo y decreciendo en momentos y con ritmos diferentes. Y del mismo modo que en ciertas composiciones musicales polifónicas las diferentes voces o líneas melódicas se cruzan, ascendiendo unas justo en los mismos compases en que otras descienden, en múltiples casos en los que llega a formarse una alianza terapéutica expandida óptima hemos podido observar cómo la alianza de un miembro de la familia no ha empezado a fortalecerse hasta que no ha descendido en cierta medida la de otro.

4.4. Resumen del capítulo

En este capítulo hemos expuesto una serie de postulados básicos o fundamentales sobre la alianza terapéutica que constituyen el basamento del modelo heurístico de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida con familias afectadas por un conflicto disfuncional entre padres y un hijo adolescente, modelo que presentamos en el capítulo que sigue. Describimos aquí dichos supuestos para facilitar la comprensión de algunos de los elementos que integrarán el modelo heurístico en cuestión. Así, por ejemplo, para comprender que la elección del marcador de inicio de la tarea sea el comienzo mismo de la terapia, es necesario conocer de antemano que, en nuestra concepción de la alianza terapéutica, (a) esta no existe en ningún caso a priori, como decimos en el primer supuesto básico que exponemos en este capítulo. El resto de estos supuestos básicos afirman que: (b) el crecimiento de la alianza terapéutica se da mediante cambios cuantitativos en la magnitud de sus diferentes componentes, pero el crecimiento de la alianza terapéutica expandida se da, además, mediante cambios

cualitativos que implican la formación de vínculos de alianza entre los miembros del sistema familiar; (c) el cambio o crecimiento cualitativo de la alianza terapéutica expandida, es decir la formación de vínculos de alianza entre los miembros de la familia o pareja, está condicionado ocasionalmente a un debilitamiento de la alianza de alguno de esos miembros con el terapeuta; (d) la alianza terapéutica cumple dos funciones independientes en relación con la terapia: primero, garantizar la continuación y terminación del proceso terapéutico y, segundo, facilitar un resultado de éxito terapéutico; (e) es necesario que se dé una alianza terapéutica mínima suficiente para garantizar que el proceso terapéutico se desarrolle de forma completa; (f) alcanzar cierto nivel óptimo de alianza facilita el cambio terapéutico y, por tanto, el éxito de la terapia; (g) la calidad de la alianza terapéutica oscila a lo largo del proceso terapéutico; (h) la construcción de la alianza terapéutica es una tarea obligada para el psicoterapeuta; (i) la construcción de la alianza terapéutica expandida es en la mayor parte de los casos una tarea multisesión; (j) la construcción eficaz de la alianza terapéutica expandida sigue una secuencia predeterminada en relación con el orden en que se forman cada uno de sus cuatro factores; (k) en algún momento de la tarea de construcción de la alianza terapéutica expandida aparecen tendencias opuestas en las alianzas de algunos miembros de la familia: mientras que las de unos mejoran o se fortalecen, las de otros empeoran o se debilitan.

**Capítulo 5. Modelo heurístico de la
tarea de construir la alianza
terapéutica expandida con familias
atrapadas en el conflicto parental-
adolescente**

5. Modelo heurístico de resolución de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida con familias atrapadas en el conflicto parental-adolescente

5.1. Introducción

En este quinto capítulo exponemos un *modelo racional* (siguiendo la terminología propia del método de análisis de tareas (Greenberg, 2007)) de la tarea psicoterapéutica de construcción de la alianza terapéutica expandida con familias que sufren atrapadas en el conflicto parental-adolescente. Hemos considerado oportuno referirnos también a este tipo de modelo con la expresión *modelo heurístico*, en tanto que se trata de un modelo hipotético, no probado aún, pero que se formula como búsqueda de los elementos que subyacen realmente al proceso investigado, como un paso previo necesario para el descubrimiento del proceso real de la tarea psicoterapéutica desarrollada con éxito.

La construcción de la alianza terapéutica expandida es una tarea terapéutica compleja. Al decir esto no nos estamos refiriendo, o no solo, a que su resolución entrañe dificultad, sino a que exige la aplicación de un conjunto diverso de intervenciones o técnicas y no una concreta como podrían ser, por ejemplo, el reencuadre sistémico, la prescripción del síntoma o la pregunta milagro (por mantenernos en el ámbito de la terapia familiar). El terapeuta que busca realizar la tarea que nos ocupa tiene la misión principal de hacer sentir seguros a los miembros de la familia, conectar emocionalmente con ellos, y motivarles para su enganche en el proceso terapéutico. Para conseguir esto habrá de engarzar una serie de intervenciones y técnicas diversas, entre las que van a estar muy probablemente el manejo del encuadre (decidir quiénes y cuándo participan en la sesión en qué momento del proceso), las respuestas de escucha o escucha activa, las preguntas circulares, el reflejo empático, el reencuadre sistémico, etc. Pero lo singular o definitorio de su intervención para la resolución de nuestra tarea considerada globalmente no vendrá dado tanto por qué técnicas concretas use como por el hecho de que sus elecciones sean las adecuadas para ir construyendo y consolidando, con cada familia en particular, los tres pilares de la alianza terapéutica expandida: seguridad,

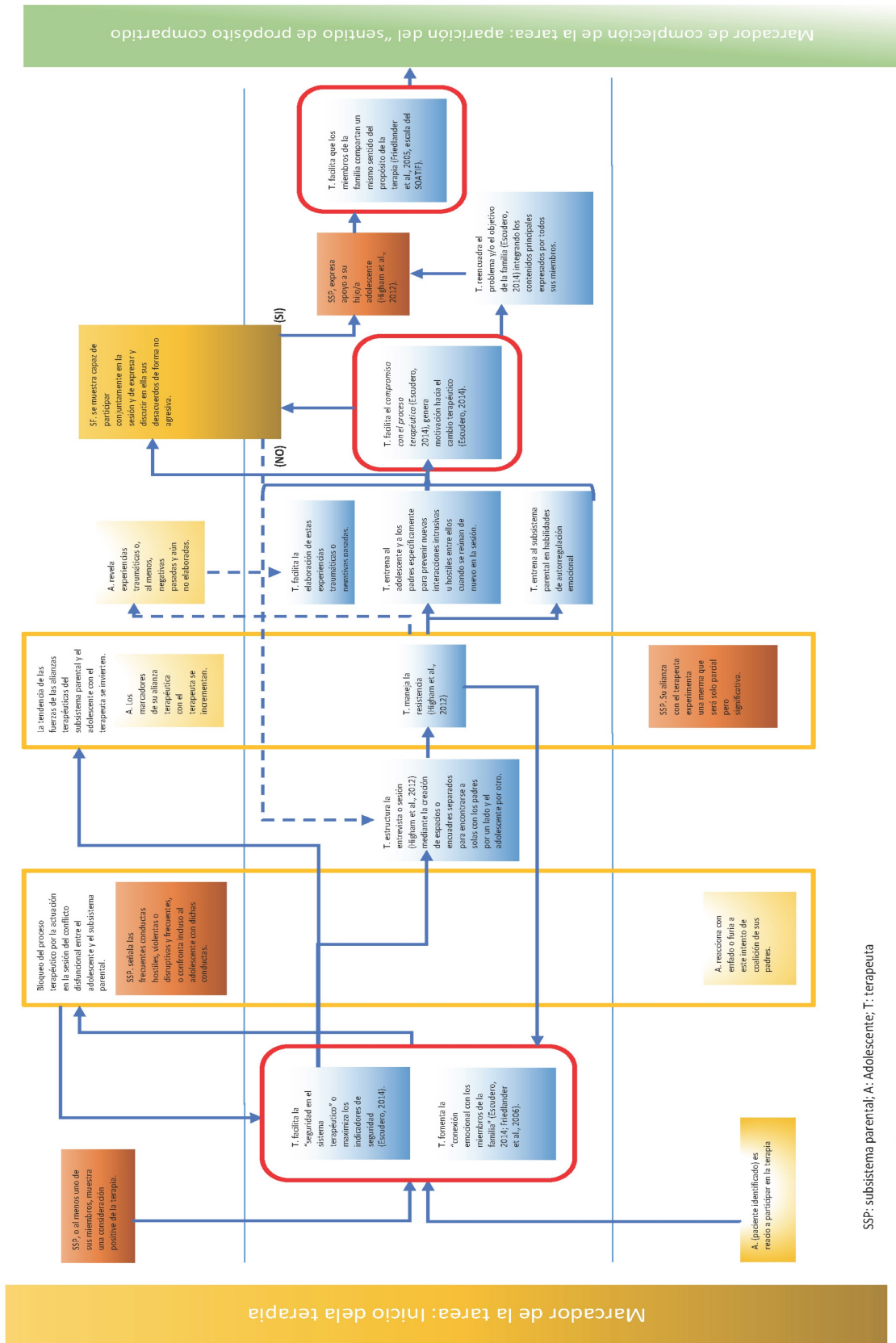
conexión y enganche, en los que se sustenta el sentido de propósito compartido, prueba de que dicha alianza se ha construido con éxito.

Este modelo heurístico que proponemos aquí se sustenta en cuatro pilares fundamentales.

1. El ya antes referido y descrito SOATIF (Friedlander et al., 2006). Aproximadamente la mitad de los ítems que integran los inventarios y el protocolo de observación de este sistema de evaluación se refieren a las contribuciones del terapeuta a la construcción de la alianza terapéutica expandida (Friedlander et al., 2005). Por tanto, consideramos que el SOATIF puede concebirse no solo como una herramienta de evaluación, sino también como un modelo en sí mismo de la tarea que nos ocupa.
2. La investigación empírica previa sobre la formación de la alianza terapéutica con adolescentes y padres en conflicto permanente, con la finalidad de incluir en el modelo aquellos elementos ya identificados como probablemente determinantes para la resolución de esta tarea. Dicha investigación ha sido ya revisada y expuesta en el capítulo anterior, en el apartado 3.5.
3. Un modelo teórico sobre la tarea de la construcción de la alianza terapéutica expandida construido ya previamente por Escudero (2014). La mayor parte de estos elementos pertenecen al SOATIF, sin embargo, una novedad relevante que aporta este modelo en relación con lo publicado anteriormente sobre el SOATIF es la secuencia u orden en el que dichos elementos habrían de organizarse para que la tarea culminase con éxito.
4. Nuestra propia experiencia como terapeutas familiares e investigadores en este campo.

El modelo heurístico que describimos a continuación, detallando cada uno de sus elementos componentes, representa una tarea resuelta de forma ideal. Podemos contemplar una visión general de dicho modelo, en forma de diagrama, en la figura 3.

Figura 3. Diagrama del modelo heurístico de la tarea



Dada la complejidad del modelo que proponemos, en este diagrama incluimos solo sus elementos principales. Omitimos, pues, los subelementos que integran dichos elementos principales y las conductas o marcadores conductuales concretos a través de las cuales se manifiestan, a los que sí nos referimos en los apartados que siguen.

5.2. Elemento 1. Marcador de la tarea: inicio de la terapia

Encontramos tres razones que justifican la elección del inicio de la terapia como marcador para esta tarea terapéutica que nos ocupa.

La primera razón consiste en un argumento de autoridad: el “inicio de la terapia” ha sido ya el marcador de la tarea elegido por otros investigadores en un análisis previo de la tarea de construcción de la alianza terapéutica (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004, ver tablas 6.1, en p. 102, y 8.1, p. 145). Este es el único análisis de tareas que se ha realizado hasta la fecha para la tarea de construcción de la alianza terapéutica, según puede comprobarse en Benítez-Ortega & Garrido-Fernández (2015, revisión que cubre todas las investigaciones realizadas mediante análisis de tareas hasta febrero de 2015). Esta investigación estudia la construcción de la alianza terapéutica en psicoterapia individual, concretamente en psicoterapia individual centrada en las emociones. Se trata de un análisis de tareas desarrollado hasta la fase 4: desarrollo de un modelo racional de la tarea; es decir que no habrían llegado a la fase de comparación de dicho modelo con datos empíricos procedentes de casos en los que la tarea se resuelve con éxito o no llega a resolverse.

Por otro lado, recuérdese que, según dijimos en el capítulo anterior, el modelo heurístico de la tarea que proponemos, y que sometemos aquí a comprobación empírica, parte de una serie de supuestos básicos o postulados en relación con la alianza terapéutica. La segunda razón de la elección de este marcador de inicio de la tarea viene dada por uno de esos supuestos básicos: que la construcción de la alianza terapéutica es una tarea obligada en todo tratamiento psicoterapéutico que aspire a tener éxito, es decir que aspire a generar un cambio terapéutico en el cliente.

La tercera razón, por último, es también otro de los supuestos básicos vistos en páginas anteriores: que *la alianza terapéutica no existe a priori*, es decir que no existe

antes de empezar la terapia. Veníamos a decir cuando explicábamos este supuesto que, ciertamente, podemos encontrarnos con familias que antes de la primera sesión parecen haberse puesto de acuerdo en asistir a terapia y su espíritu es de colaboración con la misma ya de entrada. Opinamos sin embargo que este acuerdo y actitud de colaboración previos no pueden equiparse con la aparición de una alianza terapéutica expandida, porque una cosa es la idea que la familia puede haberse hecho de qué es la terapia, cómo funciona y qué se consigue con ella, y otra muy distinta la idea que cada uno de los miembros empieza a formarse de la terapia y del terapeuta una vez que tienen la experiencia real de estar en terapia. Partimos del supuesto de que la alianza terapéutica solo puede construirse de hecho sobre la experiencia real de la terapia, y no sobre la expectativa de lo que es la terapia.

Si la tarea de construir la alianza es obligada, y dicha alianza no existe a priori, tiene sentido iniciar su construcción desde el comienzo mismo del proceso terapéutico.

5.3. Elemento 2. Inicialmente, adolescente y subsistema parental muestran actitudes opuestas hacia la terapia

Son los padres, o cualesquiera adultos que desempeñen la función de subsistema parental, quienes toman la iniciativa, o al menos tienen una actitud más favorable, para acudir a terapia (elemento 2.1). Esta posición de los padres en relación con el tratamiento psicoterapéutico resulta comprensible en tanto que el conflicto con su hijo o hija adolescente va a ser percibido como un problema fundamentalmente por ellos, debido a la pérdida de autoridad o poder de madres y padres, así como la aparición de conductas de riesgo para el adolescente que este tipo de conflictos supone. El subsistema parental suele ver en la terapia una oportunidad para recuperar su autoridad y la seguridad del hijo. El hijo o hija adolescente, en cambio, y por el mismo motivo, tenderá a ver en la terapia una maniobra de los padres para limitar la libertad y autonomía que él/ella reclama (2.2).

En el caso de los padres, esta actitud positiva hacia la terapia podrá manifestarse en la sesión mediante afirmaciones en las que se expresa que fue de ellos la iniciativa para solicitar la terapia (elemento 2.1.1), o que estuvieron de acuerdo cuando desde una

tercera instancia (dispositivos de servicios sociales o juzgados, miembros de la familia extensa, otros agentes de la comunidad) se les orientó a acudir a terapia familiar (2.1.2), o la expectativa de que la terapia les ayude a mejorar la situación familiar o el estado de algún miembro de la familia en particular (2.1.3).

En cuanto a los adolescentes, su actitud reticente hacia la terapia podrá manifestarse en la sesión a su vez mediante afirmaciones en las que se expresa explícitamente que ella o él está en desacuerdo con participar en la terapia (2.2.1), o desconfianza, rechazo o menosprecio hacia la terapia (2.2.2), o mediante mutismo u otras conductas negativistas o de falta de colaboración con la entrevista (2.2.3). Consideramos que este último marcador conductual coincide con el ítem del SOATIF *El cliente rechaza o es reticente a responder al terapeuta* (Conexión Emocional) (Friedlander et al., 2005).

5.4. Elemento 3. El terapeuta facilita que los miembros de la familia sientan “seguridad en el sistema terapéutico”

Cuando una persona o una familia acude a terapia, puede sentirse amenazada por diversas consecuencias punitivas que esto pueda tener para ella. Estas consecuencias pueden ser percibidas de forma no justificada, pero hay casos en que pueden ser, de hecho, probables. Los clientes pueden sentirse amenazados por la posibilidad de que la información íntima que aparezca en la terapia sobre ellos, si no se custodia adecuadamente (sobre todo en los casos en que las sesiones se graban audiovisualmente) llegue a ser conocida por personas que la usen de modo que pueda perjudicarles (amenazas desde el exterior del contexto terapéutico). También pueden sentirse amenazados por la figura del terapeuta si la perciben como alguien que les puede juzgar de forma negativa o tratar de forma poco cuidadosa o respetuosa (amenazas desde dentro del contexto de la terapia, por parte del terapeuta). Y, por último, pueden sentirse amenazados incluso por los demás miembros de la familia, ya que, todo lo que los miembros de la familia digan en la sesión, si es percibido por otros como un ataque, puede dar lugar a represalias, no solo en la sesión misma sino también fuera de ella, cuando vuelvan a casa (amenazas desde la familia). En consecuencia, para desarrollar la estrategia terapéutica de facilitar que los miembros de la familia se sientan

seguros, no basta con desarrollar un único tipo de intervención, sino que es necesario desarrollar varios, que podemos agrupar en tres categorías: garantizar la confidencialidad (Escudero, 2014) (elemento 3.1), facilitar que los miembros de la familia se sientan cómodos y aceptados y crear un ambiente no defensivo (Escudero, 2014; Thompson et al., 2007) (3.2), y proteger a los miembros vulnerables de la familia frente a las intervenciones intrusivas, descalificaciones u hostilidad de otros, creando un ambiente de interacción no intrusiva (Escudero, 2014) (3.3).

La garantía de la confidencialidad por el terapeuta a los miembros de la familia puede manifestarse en el proceso terapéutico a través de diversos marcadores conductuales del terapeuta. El principal de estos marcadores consiste en que el terapeuta garantiza la confidencialidad para todos los miembros de la familia (Escudero, 2014), lo que se contempla como ítem del SOATIF-o: “El terapeuta proporciona estructura y directrices de confidencialidad” (Friedlander et al., 2005) (elemento 3.1.1 del modelo teórico). En muchos casos puede ocurrir que tal acción por el terapeuta no aparezca dentro del contexto de la sesión de psicoterapia porque dicha garantía se haya dado ya, de forma protocolaria, a la familia antes de iniciarse la primera sesión, en la acogida previa a la familia, cuando se le informa de aspectos básicos de la terapia y se firman los consentimientos informados. En algunos casos, no obstante, sí se apreciará dentro de la sesión, que el terapeuta, como reacción a una expresión de inseguridad o desconfianza sobre la confidencialidad de lo que allí se diga, reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir cuestiones privadas (Friedlander et al., 2005/ ítem del SOATIF) (elemento 3.1.2), y propicia la discusión sobre elementos del contexto de terapia que pueden intimidar al cliente (por e j., equipos de grabación, informes a terceras partes, equipo terapéutico, espejo unidireccional, investigaciones, etc.) (Friedlander et al., 2005/ ítem del SOATIF) (3.1.3).

En cuanto a los modos en que el terapeuta ayuda a los miembros de la familia a sentirse cómodos y aceptados (Thompson et al., 2007) y facilita un clima no defensivo en la sesión (Escudero, 2014) (subelemento 3.2), los marcadores conductuales serían:

- El terapeuta se comporta de un modo respetuoso y amable, y su presencia tranquiliza a los miembros de la familia (Thompson et al., 2007) (3.2.1).

- El terapeuta no fuerza ni conduce el proceso terapéutico con prisas (Thompson et al., 2007) (3.2.2).
- El terapeuta no presiona a la familia para que se apresure a definir pronto cuáles son sus objetivos (Escudero, 2014) (3.2.3).
- El terapeuta acepta la actitud inicial de los clientes hacia la terapia (incluso las actitudes hostiles o contradictorias) (Escudero, 2014) (3.2.4).
- El terapeuta no juzga a los clientes (Thompson et al., 2007) (3.2.5).
- El terapeuta diferencia entre las personas y el problema (Escudero, 2014) (3.2.6).
- El terapeuta maneja la resistencia de los clientes (Higham et al., 2012) sin entrar en escalada con las actitudes negativas que puedan mostrar estos (Escudero, 2014) (3.2.7).
- El terapeuta propicia un cambio en el dominio, foco, contenido de la conversación cuando el clima emocional de la sesión se vuelve demasiado tenso o conflictivo. Este cambio puede ser bien de una conversación centrada en la conducta a otra enfocado en las emociones y sentimientos (G. S. Diamond & Liddle, 1999), bien hacia cualquier otro tema agradable o que no genere ansiedad (programas de la tele, diversión, elementos de la sala, etc.) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF) (3.2.8).
- El terapeuta ayuda al cliente a hablar sinceramente y a no estar a la defensiva con los demás (Friedlander et al., 2005/ ítem del SOATIF) (3.2.9).

En cuanto a los marcadores de que el terapeuta protege a los miembros de la familia más vulnerables del posible hostigamiento o descalificaciones por otros miembros de la familia (Escudero, 2014; Friedlander et al., 2006), dichos marcadores serían:

- El terapeuta permanece neutral, manteniendo la imparcialidad (Thompson et al., 2007) (3.3.1).
- El terapeuta proporciona estructura y directrices de seguridad (Friedlander et al., 2005/ ítem del SOATIF) (3.3.2).

- El terapeuta intenta contener, controlar o manejar la hostilidad explícita entre los clientes (Friedlander et al., 2005), no permite que el conflicto familiar se escale hacia el abuso verbal, amenazas, o intimidación (Friedlander et al., 2005) (3.3.3).
- El terapeuta protege activamente a un miembro de la familia de otro (por e.j., de acusaciones, hostilidad o intrusión emocional) (Friedlander et al., 2005/ ítem del SOATIF) (3.3.4).
- El terapeuta estructura la sesión y la entrevista (Higham et al., 2012) mediante la creación de encuadres o espacios diferenciados para reunirse a solas con los padres y con el adolescente por separado, durante la sesión completa o parte de ella (es decir, que no se reúnen adolescente y subsistema parental durante toda la sesión)./ El terapeuta pide a un cliente (o subgrupo de clientes) que salga de la sala para quedarse solo con otro cliente (o subgrupo) durante una parte de la sesión (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF) (3.3.5).
- El terapeuta no atiende a las expresiones claras de vulnerabilidad de un cliente (por ej., llanto, defensividad, etc.) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF) (3.3.6). (Este marcador conductual aparece formulado en negativo, es decir, como conducta que opera en contra de la tarea.)

5.5. Elemento 4. El terapeuta continúa construyendo la alianza terapéutica mediante la facilitación de su “conexión emocional con los miembros de la familia”

La investigación empírica sugiere varias maneras en que el terapeuta puede facilitar esto: escuchando activamente a los miembros de la familia (Thompson et al., 2007) (elemento 4.1 del modelo); haciendo que se sientan entendidos y validando su experiencia subjetiva (Escudero, 2014) (4.2); adaptándose y uniéndose a los miembros de la familia en la sesión como si fuera “parte de la familia” (Muntigl & Horvath, 2016; Thompson et al., 2007) (4.3); siendo auténtico, es decir mostrándose a sí mismo abiertamente (Thompson et al., 2007) (4.4); y evitando comportarse de un modo muy formal (Thompson et al., 2007) (4.5). A continuación, proponemos la correspondiente

serie de marcadores conductuales concretos a través de los que podemos identificar la presencia de cada uno de estos cinco factores o variables en la sesión:

Marcadores propuestos de que el terapeuta escucha activamente a los miembros de la familia:

- (4.1.1) El terapeuta escucha atentamente a los miembros de la familia cuando estos hablan.
- (4.1.2) El terapeuta no interrumpe habitualmente a los miembros de la familia cuando hablan.
- (4.1.3) El terapeuta interviene fundamentalmente mediante preguntas abiertas, paráfrasis, comentarios reflexivos, y otras respuestas de escucha activa para la clarificación de los pensamientos y emociones de los clientes (Higham et al., 2012).

Con respecto al factor 4.2 del modelo, según el cual una forma de facilitar el terapeuta su conexión emocional con los miembros de la familia sería hacer que se sientan comprendidos validando la experiencia subjetiva de cada uno de ellos, este tipo de intervención no aparece contemplada en la escala *contribución del terapeuta a la conexión emocional con el cliente* del SOATIF (Friedlander et al., 2006), pero, posteriormente, Escudero (2014) señala que «la validación de la experiencia subjetiva [del cliente] es la intervención clave» (p. 19) para generar una conexión emocional con éste. Por este motivo, hemos considerado una mejor opción incluir este factor en nuestro modelo como un subelemento dentro del elemento general de la facilitación de la conexión emocional, y no como un elemento independiente. Proponemos los siguiente doce marcadores de este elemento:

- (4.2.1) El terapeuta muestra de algún modo que presta atención a lo que él mismo tiene en común con los miembros de la familia (Escudero, 2014). El terapeuta señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (4.2.2) El terapeuta expresa interés por los miembros de la familia al margen del problema que motiva su consulta (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).

- (4.2.3) El terapeuta expresa interés por todos, no por uno o algunos de los miembros de la familia en la sesión, al margen del problema que motiva su consulta (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (4.2.4) El terapeuta muestra comprensión de la experiencia subjetiva del adolescente, muestra empatía con el adolescente (Higham et al., 2012). El terapeuta expresa explícitamente empatía (verbal o no-verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes (hace afirmaciones como, por ejemplo, “sé lo duro que debe ser”, “siento tu dolor”, o llora con el cliente) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (4.2.5) El terapeuta se muestra como un aliado del adolescente (G. M. Diamond, Liddle, Hogue, & Dakof, 1999). Su actitud hacia el adolescente es de apoyo ante las adversidades que le afectan, no crítica ni de control.
- (4.2.6) El terapeuta facilita que el adolescente hable sobre temas que son importantes para él y de los que el subsistema parental no habla con él habitualmente (Thompson et al., 2007). El terapeuta atiende a las experiencias del adolescente (G. M. Diamond et al., 1999).
- (4.2.7) El terapeuta explora qué es eso que el/la adolescente encuentra en su padre, en su madre o en ambos que no le gusta, que rechaza o que supone para él algún tipo de problema.
- (4.2.8) El terapeuta expresa confianza o que cree en el cliente (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (4.2.9) El terapeuta expresa afecto o toca afectivamente al cliente, dentro de lo apropiado al contexto profesional, (por ej., darle la mano, una palmada, etc.) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (4.2.10) El terapeuta normaliza o acoge la vulnerabilidad emocional del cliente (por ej., cuando el cliente llora o muestra sentimientos dolorosos) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (4.2.11) El terapeuta tiene interacciones hostiles o sarcásticas con el cliente (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF). (Marcador con redacción formulada en negativo.)

- (4.2.12) El terapeuta no responde a expresiones de interés personal o afecto hacia él por parte del cliente (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF). (Marcador con redacción formulada en negativo.)

Una tercera vía para facilitar la conexión emocional entre el terapeuta y la familia en su conjunto sería que el terapeuta se adapte y se una a los miembros de la familia en la sesión como si fuera parte de ella. Serían conductas del terapeuta que aparecen en la sesión como un indicador de esto las siguientes:

- (4.3.1) El terapeuta se adapta al uso de los términos o expresiones que usan habitualmente los miembros de la familia en su discurso.
- (4.3.2) El terapeuta usa el humor (Thompson et al., 2007). El terapeuta comparte un momento gracioso o un chiste con el cliente (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).

En cuanto a la autenticidad del terapeuta como otra forma de alcanzar una conexión emocional con la familia, se podría apreciar que esto ocurre en la sesión cuando:

- (4.4.1) El terapeuta desvela sus reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (4.4.2) El terapeuta desvela algún aspecto de su vida personal (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).

Y en quinto y último lugar en cuanto a las fórmulas para generar conexión emocional nos queda referirnos a la conveniencia de que el terapeuta evite comportarse de un modo formal. Podemos ver que el terapeuta consigue esto, por ejemplo, cuando en la sesión vemos lo siguiente:

- (4.5.1) El terapeuta viste de manera informal (Thompson et al., 2007).

- (4.5.2) El terapeuta está dispuesto a sentarse en el suelo junto a los miembros de la familia (Thompson et al., 2007).

5.6. Elemento 5. En algún momento de la fase inicial de la terapia se actúa el conflicto parental-adolescente disfuncional en la sesión, lo que produce un bloqueo en el proceso terapéutico.

Esta actuación sigue normalmente una secuencia determinada. En primer lugar, los padres, o al menos uno de ellos, tras cierto período de tiempo en que han atendido y contestado las preguntas y requerimientos del terapeuta y han observado el funcionamiento de la terapia, deciden que ha llegado el momento de tratar el problema “real” que les ha traído a terapia, y señalan las conductas hostiles, violentas o disruptivas del adolescente en casa y en la escuela, o confrontan al adolescente con esta conducta suya (5.1). Simultáneamente, en función de la idea preconcebida y expectativa que pudieran tener sobre la figura del terapeuta y el funcionamiento de la terapia, pueden intentar coaligarse con el terapeuta (5.2). El adolescente, por su parte, reaccionará de forma adversa a estos movimientos del subsistema parental, (5.3) como es lógico esperar, más aún si, como ocurre en muchos casos, aceptó acudir a terapia a regañadientes bajo la promesa de que la terapia en ningún caso iría contra él.

Aunque no hemos encontrado en la literatura una descripción de las conductas concretas mediante las que el subsistema parental intentará coaligarse con el terapeuta, nuestra experiencia nos permite identificar o proponer cinco comportamientos concretos de los padres con esta intención. Uno de los más evidentes, y que pone en mayor aprieto al terapeuta, ocurre cuando algún miembro del subsistema parental presiona a este para que le dé la razón, en presencia del adolescente, en relación con un desacuerdo que mantiene con este sobre un dilema que en realidad admite varias fórmulas de manejo o solución en función de cuáles sean los valores de cada persona (5.2.1). Para la adecuada comprensión de este marcador es importante aclarar que en el caso de que el dilema sobre el que los padres pidieran al terapeuta que se pronunciara tuviera una solución claramente dictada desde el punto de vista legal y ético, es decir que cualesquiera madres y padres adoptarían la misma postura de acuerdo con esa legalidad, el terapeuta no debería dudar en alinearse con ellos de forma clara. Sin embargo, suele ser lo más

frecuente que los desacuerdos por los que se enfrentan adolescentes y progenitores tienen que ver con dilemas ante los que diferentes personas, e incluso diferentes madres y padres, tendrán diferentes posiciones en función de sus respectivas jerarquías de valores. Y es para este segundo tipo de dilemas cuando cabe considerar como inadecuada las presiones del subsistema parental al terapeuta para que se pronuncie a su favor. Así, por ejemplo, si el desacuerdo que emerge en ese momento en la sesión es sobre la necesidad de que una o un adolescente de catorce años de edad asista o no a sus clases de ESO, que es obligatorio por ley en nuestro país, no cabría interpretar como una presión inadecuada de los padres al terapeuta que aquellos pidieran a este que aclarase a su hija/o que son ellos, los padres, los que tienen razón al exigirle que asista al instituto. En cambio, si en la sesión aumenta la tensión entre los padres y el adolescente porque este, a sus dieciséis años de edad, quiere teñirse el pelo de otro color y los padres se oponen radicalmente a ello, si los padres insistieran al terapeuta para que les diera a ellos la razón o para que se pronunciara de algún modo sobre este tema, entonces sí que habría que señalar la presencia de este marcador. Ello se debe a que, en este segundo ejemplo, cuál sea la opción correcta va a depender del sistema de valores de cada persona, y mientras que a unos padres les parecerá muy mal que sus hijos cambien el color de su pelo, a otros este asunto no les resultará tan preocupante. Un segundo marcador de intento de coalición del subsistema parental con el terapeuta (5.2.2) se da cuando el subsistema parental intenta compartir con este bromas o comentarios irónicos que suponen, de forma explícita o implícita, una descalificación o cuestionamiento del adolescente (de sus valores, creencias, aspiraciones). El tercero de los marcadores que identificamos aparece cuando el subsistema parental pide o sugiere al terapeuta que reprenda de algún modo al adolescente por alguna de sus conductas problema (5.2.3). El cuarto vendría dado por el intento de los padres de compartir con el terapeuta información relevante sobre o para el adolescente y, al mismo tiempo, pedirle que la mantenga en secreto y no la comparta con él (5.2.4). Y, por último, sería también un indicador de la intención de coalitarse con el terapeuta por parte de los padres cuando estos intentan obtener información que les interesa sobre el adolescente a través del terapeuta, de forma subrepticia, aún a costa de romper el compromiso de confidencialidad que éste hubiera contraído con su hijo o hija para toda aquella información que confiase al terapeuta en sus entrevistas individuales (5.2.5).

En cuanto a la reacción negativa del adolescente a estas diferentes formas de actuar los padres en la terapia, se manifestaría en la sesión básicamente de dos modos: mostrando enfado, e incluso rabia, hacia el miembro del subsistema parental que actúe de esa forma (5.3.1) o aumentando su desconfianza o rechazo en relación con la terapia o la figura del terapeuta (5.3.2).

5.7. Elemento 6. El terapeuta elude el intento de coalición por el subsistema parental

Llegado el momento del bloqueo descrito en el punto anterior, el terapeuta ha de extremar de nuevo su cuidado en proteger a los miembros vulnerables de la familia, el adolescente en este caso, frente a las intervenciones intrusivas o descalificaciones de otros (Escudero, 2014). Esto supone una vuelta al elemento 3 del modelo, pero en esta ocasión no se trata de desarrollar las tres estrategias antes mencionadas para inspirar seguridad a la familia en el contexto terapéutico, sino solo la tercera de ellas (3.3), que es la destinada a neutralizar las amenazas que algunos miembros de la familia, los más vulnerables, pueden experimentar por parte de otros miembros por el hecho de participar en la terapia. De entre las siete intervenciones concretas a través de las cuales se expresa esta estrategia terapéutica (3.3.1 a 3.3.7), hay dos que van a ser especialmente importantes en este momento de la tarea. La primera es la elusión por el terapeuta del ofrecimiento de coalición por el subsistema parental mediante el mantenimiento de su neutralidad (3.3.1), es decir no respondiendo a las presiones o expectativas de los padres expresadas mediante las conductas descritas en los elementos 5.2.1 hasta 5.2.5. Y la segunda, la creación de espacios o entrevistas con el adolescente y los padres por separado (3.3.5). Para entender la importancia de esta última conviene hacer notar que la actuación del conflicto parental-adolescente en la sesión (elemento 5) conlleva un enfado u hostilidad mutuas entre el adolescente y subsistema parental habitualmente muy intensas. Esta hostilidad intensa es de hecho, como hemos dicho en un capítulo anterior, una cualidad distintiva del conflicto parental-adolescente disfuncional frente al normativo. Su actuación en la sesión supone un momento decisivo para la continuidad del proceso terapéutico, porque si alguno de los miembros de la familia se siente amenazado del mismo modo en que pueda sentirse en el hogar a pesar

de la presencia del terapeuta, y si el terapeuta no se muestra capaz de manejar la situación y de proteger adecuadamente a todos los miembros de la familia, es muy probable que uno o varios de estos miembros pierdan su confianza en la terapia y abandonen. Y la emoción expresada y hostilidad entre el adolescente y sus padres van a ser tan intensas en este momento que el único modo que el terapeuta puede encontrar de manejar la situación con autoridad y eficacia va a ser en la mayor parte de las ocasiones separándoles por un tiempo, durante una o más sesiones, mientras estén en el contexto terapéutico. Esto significa que habrá de entrevistarse con ellos por separado. Así, este tipo de intervención para desarrollar la estrategia de fomentar la seguridad de la familia en el contexto terapéutico, la cual puede considerarse como opcional antes (en el elemento 3 del modelo), en este momento del proceso pasa a ser necesaria u obligada.

5.8. Elemento 7. Debido a estas intervenciones del terapeuta y a su neutralidad, las tendencias iniciales de las alianzas terapéuticas del subsistema parental y del adolescente se invierten, haciéndose la alianza del adolescente con el terapeuta superior a la del subsistema parental.

Esto significa que la alianza de los padres (de uno de ellos o de los dos) con el terapeuta va a mostrar un deterioro que es solo parcial pero significativo. En cambio, los marcadores de alianza del adolescente con el terapeuta aumentan.

5.9. Elemento 8. El terapeuta maneja de forma adecuada la resistencia

Tanto si se trata de la resistencia a la terapia por las reticencias iniciales con las que los adolescentes suelen llegar a la primera sesión (2.2), como si nos referimos a su resistencia aún más intensa por el enfado con el que estos van a reaccionar a las maniobras por sus padres para que la terapia juegue a favor de ellos una vez empezado el proceso (elementos 5.1 y 5.2), el terapeuta tiene el reto de manejar esta resistencia de la forma más adecuada posible. Este manejo adecuado de la resistencia del adolescente se ha mostrado clave en un análisis de tareas previo sobre la construcción del enganche en el proceso terapéutico con el mismo tipo de familias de las que nos ocupamos aquí

(Higham et al., 2012). Con este fin, el terapeuta continúa con la aplicación de estrategias dirigidas a aumentar la seguridad (elemento 3) y la conexión emocional (elemento 4). Y en las sesiones en que el terapeuta se entrevista individualmente con el adolescente, el manejo de la resistencia de este se realizará fundamentalmente mediante las siguientes conductas o intervenciones:

- (8.1.1) El terapeuta responde de forma negativa a la falta de implicación del adolescente en el proceso (Higham et al., 2012). (La redacción del marcador está en sentido negativo.)
- (8.1.2) El terapeuta insiste en estimular alguna respuesta del adolescente preguntándole de un modo cuidadoso (Higham et al., 2012) (como manejo de la resistencia del adolescente).
- (8.1.3) El terapeuta reencuadra la falta de implicación del adolescente en la terapia de forma positiva (Higham et al., 2012).
- (8.1.4) El terapeuta habla explícitamente con el adolescente acerca de su resistencia o dificultad para implicarse en la terapia en términos de "aquí y ahora" al tiempo que mantiene una actitud calmada y respetuosa (Higham et al., 2012).

5.10. Elemento 9. Emergen y se abordan contenidos no elaborados sobre experiencias traumáticas o negativas pasadas del adolescente

Nuestra experiencia clínica como terapeutas de familia nos ha revelado que, frecuentemente, al entrevistarnos individualmente con el adolescente, este termina revelando experiencias personales pasadas negativas o incluso traumáticas (9.1). Estas experiencias pueden haber ocurrido en casa, sin embargo otras veces no se trató de ningún tipo de violencia doméstica, sino de experiencias como víctima de acoso o abuso por parte iguales (Garrido-Fernández & Benítez-Ortega, 2015). Estas experiencias más o menos traumáticas, en tanto que no hayan sido elaboradas, asimiladas suficientemente por el adolescente, pueden explicar en gran medida su tendencia a experimentar enfado o ira con una intensidad superior a la esperada en situaciones presentes. En el caso de

que estas revelaciones tengan lugar, el terapeuta habrá, por tanto, de facilitar la elaboración de estas experiencias (9.2).

5.11. Elemento 10. El terapeuta entrena u orienta al subsistema parental para la mejora de la autorregulación emocional y el manejo asertivo de los conflictos

Aunque incluir este elemento en el protocolo general de tratamiento de este tipo de familias puede verse como lleno de sentido, también podría pensarse que se trata en realidad de un elemento necesario para alcanzar la meta general y definitiva de la superación del conflicto o problema familiar, en lugar de un requisito a perseguir en una fase temprana del proceso terapéutico para hacer posible la alianza terapéutica expandida. Toca plantear aquí una cuestión que nos parece muy importante para entender debidamente la tarea terapéutica de la que nos ocupamos en esta investigación: ¿es posible construir la alianza terapéutica expandida en familias afectadas por un conflicto parental-adolescente disfuncional antes de haber entrenado a los padres suficientemente para que sean capaces de mostrar una adecuada capacidad de regulación emocional en el momento de discutir con su hijo/a adolescente? Nuestra opinión es que no: hijas e hijos adolescentes solo estarán dispuestos a colaborar, a formar parte del equipo terapéutico junto con sus padres y el terapeuta, si tienen la experiencia de que los padres son capaces de un mínimo de autorregulación emocional suficiente para ofrecerles también a ellos contención de sus propias emociones egodistónicas (ansiedad, temor, furia, desesperanza).

¿Cuáles son las habilidades específicas más relevantes en las que se habría de entrenar a los padres con el objetivo de manejar adecuadamente sus conflictos con sus hijos adolescentes? Una de ellas es la de finalizar de forma adecuada las discusiones hostiles con ellos. Como vimos en el capítulo 2, Moed et al. han estudiado recientemente (2015) la relación entre qué miembros de la diada progenitor-hijo adolescente finaliza las discusiones entre ambos y, por un lado, la duración de dichas discusiones, y por otro, la naturaleza dis/funcional de dicho conflicto. En esta investigación se parte de la hipótesis de que la habilidad de autorregulación emocional de los padres, y más concretamente la habilidad específica de finalizar las discusiones

con los hijos no respondiendo a las expresiones de “afecto negativo” de estos, es un factor relevante para la calidad de la relación parental-adolescente y para la prevención de trastornos de conducta en los hijos. En su investigación encontraron una relación significativa entre las discusiones finalizadas por los hijos y la duración de estas discusiones. Es decir, que cuando son los hijos los que deben aprender por sí mismos a detener la escalada de interacción hostil con los padres porque los padres no son capaces de dejar de reaccionar expresando ira y hostilidad en sus discusiones con ellos, las discusiones son de mayor duración y esta mayor duración está asociada a un deterioro de la relación y de la salud mental de los hijos. De esto se deduce que una habilidad muy importante para que los padres manejen correctamente las provocaciones de sus hijos adolescentes es la detener a tiempo la interacción hostil en escalada con ellos.

Aclaremos por último que, al centrar este elemento en una intervención dirigida exclusivamente al subsistema parental, no queremos decir que el entrenamiento en habilidades de autorregulación emocional y de afrontamiento de situaciones estresantes dirigido al adolescente vaya a ser innecesario para alcanzar el éxito del tratamiento. Nos referimos únicamente a que es necesario distinguir el éxito del tratamiento (su objetivo final) de la creación de la alianza terapéutica expandida (objetivo parcial), y que para esto último no es imprescindible, según el modelo de la tarea que aquí proponemos, que se realice dicho entrenamiento centrado en el o la adolescente.

5.12. Elemento 11. Facilitar la implicación o “compromiso en el proceso terapéutico” de los miembros de la familia, y su motivación hacia el cambio terapéutico

Una vez que el bloqueo se ha superado y vuelve a ser posible realizar sesiones conjuntas sin riesgo de agresiones mutuas entre los miembros del subsistema, el terapeuta podrá centrarse en fomentar y consolidar el compromiso de los miembros de la familia en el proceso terapéutico, tercer elemento de los cuatro componentes de la alianza terapéutica expandida según el modelo SOATIF. Son intervenciones específicas del terapeuta mediante las cuales se realiza este elemento del modelo las siguientes:

- (11.1.1) El terapeuta explica cómo funciona la terapia (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (11.1.2) El terapeuta pregunta al cliente acerca de qué quiere hablar en la sesión (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (11.1.3) El terapeuta estimula que el cliente defina sus metas en la terapia (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (11.1.5) El terapeuta pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (11.1.6) El terapeuta pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación o sugerencia de hacer una tarea (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF) (refiriéndose ahora a una tarea para casa, es decir durante el período entre sesiones).
- (11.1.7) El terapeuta pregunta al cliente por el impacto o valor de una tarea asignada previamente (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (11.1.8) El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir (Escudero, 2014) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (11.1.9) El terapeuta captura la atención del cliente (por ej. inclinándose hacia delante, usando el nombre del cliente, dirigiéndose a él/ella directamente, etc.) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (11.1.10) El terapeuta pregunta si el cliente tiene alguna duda o pregunta que hacer, o algo más que decir (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (11.1.11) El terapeuta elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (11.1.12) El terapeuta define metas terapéuticas o impone tareas o procedimientos sin pedir la colaboración del cliente (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).

(Redacción en sentido negativo del marcador conductual, respetando la redacción de este ítem en el SOATIF-o.)

- (11.1.13) El terapeuta porfía con el cliente acerca de la naturaleza, propósito o valor de la terapia (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF). (Redacción en sentido negativo.)
- (11.1.14) El terapeuta critica cómo hizo (o por no hacerla) el cliente una tarea para casa (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF). (Redacción en sentido negativo.)
- (11.1.15) El terapeuta alienta la autonomía del adolescente: señala y reconoce la diferencia entre la perspectiva de los padres y la del adolescente, y apoya que el adolescente tome decisiones independientes (Higham et al., 2012).
- (11.1.16) El terapeuta ayuda al adolescente a que elija sus propios objetivos, objetivos que tengan sentido para sí (G. M. Diamond et al., 1999).
- (11.1.17) El terapeuta explora y presenta alternativas a los miembros de la familia (Escudero, 2014).
- (11.1.18) El terapeuta amplifica el valor de pequeños cambios y excepciones (Escudero, 2014).

5.13. Elemento 12. Reencuadre sistémico del problema y de los objetivos de la familia

La implicación de la familia en el proceso terapéutico permite las intervenciones del terapeuta dirigidas a construir una consciencia sistémica (Higham et al., 2012), un reencuadre sistémico del problema y de los objetivos de la familia (Escudero, 2014) integrando los principales contenidos expresados por cada uno de sus miembros durante el proceso terapéutico hasta ese momento.

Dentro de este elemento o categoría del modelo heurístico incluimos todas aquellas intervenciones que vienen a ofrecer una interpretación alternativa y plausible de los diferentes sucesos que integran la narración familiar del problema. Esto implica

que, aunque el reencuadre es una técnica definida desde sus orígenes (Minuchin & Fishman, 1983), las intervenciones que incluimos en esta categoría no son solo las que sigan el guion minucioso dictado para dicha técnica, sino también toda aquella intervención que venga a sumar elementos que permitan una reconstrucción general del problema por el sistema familiar. Un requisito que sí deberían cumplir estas intervenciones, sin embargo, es que el hecho o tema para el que el terapeuta ofrezca una interpretación alternativa ha de estar directamente relacionado con el problema que constituye el motivo de consulta. Puede ocurrir también que un terapeuta ofrezca interpretaciones alternativas a las de los clientes para otras cuestiones relevantes que aparezcan en la sesión pero que no aludan directamente al motivo que trajo a la familia a consulta. En este caso, esta intervención, aun cuando pueda ser igualmente útil en relación con el cambio terapéutico general, no se considerará que constituye parte del reencuadre a que nos referimos de cara a la construcción de la alianza terapéutica expandida.

5.14. Elemento 13. El subsistema parental expresa apoyo a su hijo/a adolescente

Al aceptar esta nueva concepción sistémica del problema facilitada por el terapeuta mediante su reencuadre, los padres, explícita o implícitamente, transmiten apoyo a su hijo/a adolescente (Higham et al., 2012). Entendemos que los padres dan este mensaje de apoyo a su hija adolescente de forma explícita, por ejemplo, cuando le expresan claramente su afecto en la sesión, diciéndole que le quieren, o transmitiéndole de alguna otra forma su cariño (elemento 13.1.1); cuando dicen explícitamente que pueden comprender por qué el adolescente se siente enfadado con ellos mismos o con otras personas, es decir que pueden comprender los motivos que le han llevado a sentirse así (13.1.2); al reconocer explícitamente las aportaciones positivas del adolescente al sistema familiar, es decir al hacer un reconocimiento público (ante el terapeuta) del adolescente como un miembro importante de la familia (13.1.3); cuando se muestran claramente dispuestos o motivados para ayudar al adolescente a buscar soluciones para cualquiera de sus problemas (13.1.4); o cuando el subsistema parental o uno de sus miembros cambia sus atribuciones o construye nuevas explicaciones del problema (Friedlander, Heatherington, Johnson, & Skowron, 1994) (13.1.5); y, por

último, puede entenderse también que el subsistema parental está mostrando apoyo al adolescente de forma implícita cuando reconoce su propia responsabilidad (del subsistema parental) en la formación o mantenimiento del problema (13.1.6), ya que al reconocer esto se descarga automáticamente al adolescente de la acusación de ser el culpable o responsable único del sufrimiento familiar.

5.15. Elemento 14. El terapeuta facilita que los miembros de la familia compartan un mismo sentido del propósito de la terapia

El último reto que ha de abordar el terapeuta hacia el final de la tarea consiste en facilitar que los miembros de la familia, una vez que dan muestras de sentirse seguros, conectados emocionalmente con él, y comprometidos o implicados en el proceso terapéutico, compartan un mismo sentido del propósito de la terapia, cuarto y último factor componente de la alianza terapéutica expandida. Conseguir la aparición de este cuarto factor sería la garantía de que se ha logrado construir una alianza terapéutica expandida de calidad suficiente como para facilitar el éxito del tratamiento (Escudero, 2014). Para ello:

- (14.1.1) El terapeuta alienta acuerdos de compromiso entre los clientes (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (14.1.2) El terapeuta anima a los clientes a preguntarse entre ellos por sus puntos de vista respectivos (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (14.1.3) El terapeuta elogia a los clientes por respetar los puntos de vista de los otros (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (14.1.4) El terapeuta subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o solución (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (14.1.5) El terapeuta destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades, o sentimientos (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).

- (14.1.6) El terapeuta anima al cliente a mostrar afecto, interés o apoyo a otro cliente (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (14.1.7) El terapeuta anima a un cliente a pedir confirmación y opinión (feedback) a otro/s (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).
- (14.1.8) 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 (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF). (Redacción del ítem en sentido negativo.)
- (14.1.9) El terapeuta no atiende las preocupaciones explicitadas por un cliente, discutiendo únicamente las preocupaciones de otro cliente (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF). (Redacción del ítem en sentido negativo.)

5.16. Elemento 15. Aparece el marcador de resolución de la tarea: el logro o aparición del “sentido de propósito compartido en la familia”

Definimos la aparición de este marcador de compleción o resolución de la tarea operacionalmente por (i) la valoración en los tres factores *seguridad*, *conexión emocional* y *enganche* del SOATIF-o, para todos los miembros de la familia, con una puntuación neutral (0) o positiva (+1 = ligera; +2 = bastante fuerte; +3 = muy fuerte), y (ii) una puntuación positiva (+1 a +3) en el factor *sentido compartido de propósito* (elemento 15.1.1).

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 6. Objetivos e hipótesis

6. Objetivos

6.1. Objetivo principal

Realizamos esta investigación con el objetivo principal de elaborar un modelo teórico y práctico de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida en terapia familiar aplicada a familias afectadas por un conflicto parental-adolescente disfuncional.

6.2. Objetivos específicos

Para lograr este objetivo principal nos proponemos previamente los siguientes objetivos específicos:

6.2.1. Comprobación empírica de un primer modelo heurístico de la tarea mediante la observación de la presencia/ausencia de sus elementos en una muestra pequeña de casos

Nuestro primer objetivo específico es comprobar empíricamente la relevancia de los elementos incluidos en el modelo heurístico descrito en el capítulo anterior, confirmando su presencia en un grupo o muestra pequeña de casos en los que previamente se ha comprobado que la tarea de construir la alianza expandida se ha resuelto con éxito. Este objetivo específico tiene dos partes: por un lado, la comprobación de dichos elementos del modelo, pero también la de algunos de sus supuestos básicos.

6.2.1.1. Comprobación empírica de supuestos básicos del modelo

Comprobar empíricamente el cumplimiento de algunos supuestos básicos en los que sustentamos el modelo heurístico inicial de la tarea en cuestión, a los que ya nos

referimos en el capítulo 4. De los diferentes supuestos básicos del modelo descritos en la parte teórica de esta tesis, nos ocupamos en esta investigación solo de aquellos que pueden ser comprobados con un análisis parcial del proceso terapéutico, concretamente desde el inicio hasta la formación de la alianza expandida, pues es este segmento del proceso el que aquí analizamos. Estos supuestos básicos son:

H_{1a}: La alianza terapéutica expandida no existe a priori. La alianza terapéutica expandida, medida ésta según el modelo SOATIF, no está presente en la primera sesión.

H_{0a}: Es posible la presencia de una alianza terapéutica expandida, medida según el modelo SOATIF, a priori, es decir antes del tratamiento, y en tales casos podrá observarse desde la primera sesión.

H_{1b}: La construcción de la alianza terapéutica expandida es una tarea multisesión: requiere más de dos sesiones y, por tanto, rara vez se forma antes de la tercera sesión.

H_{0b}: La alianza terapéutica expandida puede construirse de la primera a la segunda sesión en la mayor parte de los casos en que llega a crearse con éxito.

H_{1c}: La aparición de una alianza terapéutica expandida sólida sigue una secuencia predeterminada en relación con el orden en que aparecen cada uno de los cuatro factores que la integran según el modelo SOATIF. Este orden sería: *seguridad en el sistema terapéutico* en primer lugar, *conexión emocional con el terapeuta* después, y en tercer lugar el *enganche en el proceso terapéutico*, antes de la aparición del *sentido de compartir el propósito de la terapia*.

H_{0c}: La aparición de una alianza terapéutica expandida sólida, según su concepción en el modelo SOATIF, no sigue una secuencia predeterminada en relación con el orden en que aparecen cada uno de los cuatro factores que la integran.

H_{1d}: En algún momento de la tarea de construcción de la alianza terapéutica expandida con éxito, según su concepción en el modelo SOATIF, aparecen tendencias opuestas en

las alianzas terapéuticas de los miembros de la familia en conflicto: mientras que la de uno de estos miembros mejora o se fortalece, la de otro empeora o se debilita.

H_{0d}: El proceso de construcción de la alianza terapéutica expandida con éxito no incluye necesariamente la aparición de tendencias opuestas en las alianzas terapéuticas de los miembros de la familia en conflicto.

6.2.1.2. *Comprobación empírica de la relevancia de los diferentes elementos del modelo heurístico*

¿Qué elementos de entre todos aquellos contemplados por el modelo heurístico son realmente relevantes en relación con la tarea que nos ocupa? Aunque algunos de los elementos incluidos en el modelo, como ya vimos en el apartado 5.3 de la parte teórica, tienen ya una fundamentación empírica relevante, es decir que su asociación con el éxito de la tarea ha sido observada en investigaciones de proceso previas, otros han sido incluidos partiendo exclusivamente de argumentos razonados y de nuestra experiencia clínica, por lo que está pendiente aún de comprobarse que realmente formen parte de la tarea.

Este objetivo específico consiste en analizar la presencia/ausencia de los diferentes marcadores conductuales de cada uno de los elementos del modelo heurístico en una muestra pequeña tanto de casos en los que la tarea se resolvió con éxito como de casos en los que no. Ello permitirá comprobar si realmente la hipótesis de la relevancia de dichos elementos para la resolución de la tarea es o no plausible. En el caso de los elementos que ya han sido comprobados previamente de forma empírica, como, por ejemplo, el elemento 13: *el subsistema parental expresa comprensión y apoyo a su hijo/a adolescente*, que ya fue identificado en una investigación anterior por Higham et al. (2012), esta nueva comprobación vendría a refrendar dicho hallazgo. En caso de los elementos nuevos, como por ejemplo el elemento 9: *emergen y se abordan contenidos no elaborados de experiencias traumáticas o negativas pasadas del adolescente*, se confirmaría el acierto de incluirlo en el modelo de la tarea para hacerlo más preciso.

Que dichos elementos estén presentes en los casos de tarea resuelta no podrá tomarse como una confirmación de la fiabilidad del modelo, pues el presente estudio es

de naturaleza observacional y orientado al descubrimiento, es decir que no se trata de un estudio con una potencia de decisión estadísticamente confiable sobre el acierto del modelo. Pero sí se probaría la plausibilidad suficiente del modelo para justificar el paso a una fase posterior en la investigación de procesos: aquella en la que se comprueba la correlación entre determinados procesos y el resultado final de éxito de la terapia.

6.2.2. Identificación de nuevos elementos relevantes para la resolución con éxito de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida que no hayan sido descubiertos por la investigación empírica previa

Otro objetivo específico que consideramos importante para el desarrollo de un modelo lo más preciso que sea posible de la tarea psicoterapéutica que nos ocupa, es la identificación de nuevos elementos relevantes para la resolución con éxito de la tarea que no hayan sido previstos en el modelo heurístico propuesto.

6.2.3. Revisión del modelo heurístico

El último objetivo específico, consecuencia lógica de los anteriores, vendría a satisfacer el objetivo principal de esta investigación: la revisión del modelo heurístico inicial para la elaboración de un nuevo modelo mejorado de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida con familias atrapadas en el conflicto parental-adolescente.

Capítulo 7. Método

7. Método

7.1. Diseño

Este estudio está enmarcado en la investigación de procesos en Psicoterapia. Es una investigación observacional, orientada al descubrimiento (Mahrer, 1988), que se enmarca en el paradigma de la investigación de eventos significativos en psicoterapia y sigue el método de análisis de tareas propuesto por Greenberg (Greenberg, 1975, 1986; Pascual-Leone et al., 2009; Rice & Greenberg, 1984). Sirven como ejemplos de investigaciones previas siguiendo este mismo método las realizadas por Friedlander et al. (1994) y Higham et al. (2012).

7.2. Participantes

7.2.1. Muestra de familias

Los registros o grabaciones de los casos de esta muestra proceden del archivo de la Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar (UIICF) de la Universidad de La Coruña. De este archivo se seleccionaron seis casos de familias asistidas mediante psicoterapia familiar. Todas estas familias tenían en común la aparición de problemas de relación o conflictos persistentes entre el subsistema parental y un hijo o hija adolescente. Estos hijos adolescentes eran los pacientes identificados. En todos los casos estos conflictos llegaron a manifestarse en la forma de episodios reiterados de enfrentamientos hostiles e incluso violentos entre ellos. Este conflicto, además, constituía el principal o uno de los principales problemas o motivos de consulta. Estas familias se habían mostrado incapaces de superar este conflicto por sí mismas. Por este motivo iniciaron psicoterapia familiar sistémica en diversos centros o dispositivos concertados con los Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Galicia, especializados en la evaluación y tratamiento psicoterapéutico familiar de menores en situación de riesgo o desamparo. La derivación de casos a estos dispositivos puede ser diversa: casos identificados por los servicios sociales comunitarios, los servicios de protección de menores o los juzgados de menores.

De los seis adolescentes-pacientes identificados de la muestra, dos eran mujeres. Sus edades, en el momento de iniciarse la terapia, estaban comprendidas entre los 13 y los 16 años ($\bar{X} = 14,67$, $\sigma = 1,03$). En cuanto a la estructura de los subsistemas parentales, y la situación familiar del adolescente, todos los casos mostraron una situación diferente, como se detalla en la tabla 1.

Tabla 1. Datos descriptivos de la muestra

Caso	Edad del adolescente	Estructura del subsistema parental	Situación familiar y legal del adolescente	Origen de la derivación del caso
Caso 1, Alberto	15	Biparental. Padres adoptivos	Internado en centro de medidas restrictivas de libertad	Juzgado de menores, como parte de una sentencia
Caso 2, Bruno	16	Monoparental materna. Padres separados. Custodia asignada a la madre	Internado en centro de medidas restrictivas de libertad	Juzgado de menores, como parte de una sentencia
Caso 3, Carlos	15	Monoparental*. Custodia asignada al abuelo materno	Acogimiento por abuelo materno. En seguimiento por servicio de protección de menores	Servicio de protección de menores
Caso 4, Daniela	15	Monoparental*. Custodia asignada a la abuela materna	Acogimiento por abuela materna. En seguimiento por servicio de protección de menores	Servicio de protección de menores
Caso 5, Emilio	14	Monoparental materna. Madre viuda	Vive con su madre	Salud Mental
Caso 6, Fátima	13	Monoparental paterna*. Padres separados. Custodia asignada al padre	Vive con su padre. En seguimiento por servicio de protección de menores	Servicio de protección de menores

* En estos casos, el custodio del adolescente convive también con una nueva pareja. Hemos optado, sin embargo, por considerar estos subsistemas parentales como "monoparentales" porque estas nuevas parejas no comparten, o no tienen asignada, la custodia del adolescente, aunque convivan con él desde hace algún tiempo.

7.2.2. Psicoterapeutas

Cuatro de los casos fueron tratados por un mismo psicoterapeuta, varón, y los dos restantes, por otros dos psicoterapeutas diferentes, una mujer y otro varón. Sus edades, en el momento del inicio del más antiguo de los casos, fueron de 31, 35 y 44 años. La titulación académica de dos de los terapeutas era de doctor en Psicología, y la del tercero, de Licenciado en Psicopedagogía. Todos tenían formación de posgrado específica, teórica y práctica, en psicoterapia familiar, con acreditación como psicoterapeutas familiares reconocida por la Federación Española de Asociaciones de

Psicoterapia (FEAP), y su experiencia como psicoterapeutas familiares iba desde los 3 a los 16 años en el caso del terapeuta con mayor experiencia.

7.3. Variables e instrumentos de medida

7.3.1. Alianza terapéutica expandida

Evaluada mediante el Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar, SOATIF-o (Friedlander et al., 2006), un sistema de observación reglada diseñado para la evaluación de la alianza terapéutica en psicoterapia familiar o de pareja, cuya fundamentación y formulación teórica de la alianza terapéutica ya fue expuesta en el capítulo 3.

Más que un instrumento de evaluación, el SOATIF es un sistema o conjunto de instrumentos destinados a la evaluación integral de la alianza terapéutica expandida, es decir de la alianza terapéutica en su variante propia de los tratamientos psicoterapéuticos con encuadre conjunto. Su uso no es solo útil en investigación, también lo es en la práctica de la psicoterapia y en supervisión, pues permite monitorizar el proceso de construcción de la alianza en las sucesivas sesiones de la terapia. Dicho conjunto de instrumentos está compuesto por un protocolo de observación reglada (SOATIF-o), cuya aplicación requiere de un observador externo a la sesión y previamente entrenado; un programa informático que facilita la cumplimentación, valoración y análisis de los resultados de este protocolo de observación (e-SOATIF); y dos inventarios (medidas de autoinforme), uno de los cuales está destinado a ser cumplimentado por los miembros de la familia en terapia, mientras que el otro ha de ser cumplimentado por el terapeuta. Tanto el protocolo de observación como los inventarios están compuestos por ítems que consisten en marcadores conductuales de cada una de los cuatro factores componentes de la alianza terapéutica (seguridad en el sistema terapéutico, conexión emocional con el terapeuta, enganche en el proceso terapéutico, sentido de compartir el propósito de la terapia). El conjunto total de marcadores conductuales o ítems no solo se reparten entre estas cuatro dimensiones, sino que pueden diferenciarse también entre aquellos referidos a la presencia o formación de la alianza terapéutica entre los miembros de la familia, y las conductas del

terapeuta dirigidas a facilitar su aparición. De este modo, tanto para el protocolo de observación como para los inventarios de autoinforme se dispone tanto de versiones para el cliente como para el terapeuta.

El uso fiable de este instrumento es complejo, y por ello los evaluadores requieren de un período de entrenamiento previo. Para facilitar dicho entrenamiento, sus autores publicaron un manual (Friedlander, Escudero, Heatherington, Deihl, et al., 2005; Friedlander, Escudero, Heatherington, Field, et al., 2005) donde se define con detalle el significado de cada uno de los ítems, y se explican las normas de valoración de la intensidad con que puede estar presente cada una de las cuatro dimensiones de la alianza en una sesión o segmento concretos del proceso terapéutico.

De todos estos instrumentos de medida, el que se ha usado en esta investigación para la evaluación de la alianza terapéutica expandida es el SOATIF-o en sus dos versiones, para clientes y para el terapeuta (ver anexos 3 y 4) (Escudero & Friedlander, 2003; Friedlander et al., 2006). La validez concurrente, factorial y predictiva de este instrumento ha quedado demostrada en diversas investigaciones (Beck, Friedlander, & Escudero, 2006; Friedlander et al., 2006b; Smerud & Rosenfarb, 2008). Sus autores han informado de correlaciones promedio intraclases de las diversas dimensiones o escalas del SOATIF-o entre .72 y .95 (Friedlander et al., 2006).

El procedimiento de aplicación del SOATIF-o consiste en la revisión pormenorizada de la grabación de la sesión, o segmento de sesión, por evaluar, atendiendo a la aparición de conductas que se correspondan con los diferentes marcadores conductuales que son los ítems del instrumento. Cada vez que el observador advierte la presencia de uno de estos marcadores, ha de anotarlo en la hoja de registro correspondiente a cada escala o dimensión de la alianza. Los ítems pueden tener tanto valor positivo como negativo en función de que signifiquen una mayor fuerza o debilidad de la alianza respectivamente. Este proceso puede entenderse como de análisis o categorización de las conductas que aparecen en la sesión, siendo las categorías cada uno de los ítems del SOATIF-o. Una vez finalizado este proceso, el observador valorará la fuerza/debilidad de cada una de las cuatro dimensiones de la alianza terapéutica expandida en el caso de la versión del cliente, o de las intervenciones técnicas dirigidas a fomentar su construcción en el caso del terapeuta. Esta valoración se hace mediante una escala ordinal con siete valores que se distribuyen en un continuo cuyos extremos

indican que la alianza, en la sesión evaluada, es muy problemática o débil (valor de -3) o muy fuerte (valor de +3), siendo el valor intermedio el que correspondería a una alianza neutra o no reseñable (valor de 0).

Para comprobar la fiabilidad en la aplicación de este instrumento en esta investigación, se comparó los resultados obtenidos para 8 de las 27 sesiones (29,6%) de la muestra, seleccionadas aleatoriamente, por dos evaluadores. Con este fin se calculó el coeficiente de correlación intraclass para cada una de las escalas del SOATIF-o. Los índices Alpha de Cronbach obtenidos fueron de .88 en *seguridad en el sistema terapéutico*, .84 en *conexión emocional con el terapeuta*, .86 en *enganche en el proceso terapéutico*, y .97 en la escala de sentido de compartir el propósito de la terapia.

7.3.2. Presencia/ausencia de elementos del modelo racional o heurístico de la tarea en las tareas reales resueltas o fallidas de la muestra

Con la finalidad de comprobar la plausibilidad del modelo propuesto, se analizó la presencia de sus elementos en una muestra pequeña de casos de terapia familiar en conflicto parental-adolescente disfuncional. Para realizar este análisis se elaboró un sistema de categorías en que cada categoría correspondía a cada uno de los elementos del modelo. Cada categoría se definió operacionalmente mediante una relación de los diferentes marcadores conductuales, de clientes o terapeuta, que, según el marco teórico que sustenta el modelo, denotan la aparición o presencia de dichos elementos generales del proceso terapéutico. Tanto los fundamentos teóricos del modelo, como sus elementos y los correspondientes marcadores conductuales de estos elementos han sido expuestos ya en la parte teórica de esta tesis, en los capítulos 4 y 5.

7.3.3. Presencia de otros posibles elementos determinantes de la resolución de la tarea no contemplados en el modelo heurístico inicial

Para identificar estos posibles elementos desapercibidos inicialmente, aplicamos el método de *inducción analítica* durante el proceso de análisis del contenido de las sesiones de la muestra. La inducción analítica es un método de análisis cualitativo, propuesto inicialmente por Florian Znaniecki (1934), que se encuadra en el enfoque de

la teoría fundamentada (*grounded theory approach*, Strauss & Corbin, 1990). Siguiendo este método, durante la observación de las sesiones, atendimos detenidamente a cualquier conducta de los miembros de la familia o del terapeuta que, aunque no estuviera comprendida en el sistema de categorías referido en el apartado anterior, pareciera relevante para el avance o retroceso de los miembros de la familia en relación con la formación de la alianza terapéutica expandida. Todas las conductas de este tipo identificadas al final de la observación minuciosa de todas las sesiones integrantes de la muestra fueron posteriormente comparadas entre sí, con la finalidad de identificar posibles clases en las que pudieran agruparse.

7.4. Procedimiento

El procedimiento seguido en esta investigación se corresponde con el propio del método de *análisis de tareas*, y más concretamente con la primera de sus dos partes o fases principales, la *fase observacional orientada al descubrimiento*. Este procedimiento ha sido descrito con detalle por su autor (Greenberg, 2007). Aplicado a esta investigación, dicho procedimiento fue como sigue:

7.4.1. Especificación de la tarea

En primer lugar, se determinaron el marcador del inicio del evento de cambio investigado y el marcador de que dicho evento se había resuelto con éxito. En este caso el marcador de inicio es, según explicamos en el apartado 5.2, el inicio mismo de la terapia. En cuanto al segundo tipo de marcador, no existe actualmente un criterio consensuado para la identificación de una alianza terapéutica expandida de calidad suficiente para facilitar el éxito de la terapia. El SOATIF define múltiples marcadores conductuales de los diferentes factores componentes de la alianza terapéutica expandida, pero no determina cuántos y cuáles deben aparecer en un intervalo específico del proceso terapéutico para que se pueda decir que justo en ese momento se ha formado ya una alianza terapéutica expandida suficientemente buena. Para poder avanzar en nuestro estudio establecimos, con una finalidad exclusivamente de investigación y no clínica, que en un caso se había alcanzado una alianza terapéutica

expandida claramente suficiente cuando (i) en, al menos, una sesión de su proceso terapéutico los tres factores *seguridad*, *conexión emocional* y *enganche* alcanzan un valor, según el SOATIF-o, para los miembros de la familia participantes, neutro (0) o positivo (+1 = ligera; +2 = bastante fuerte; +3 = muy fuerte), y (ii) el factor *sentido compartido de propósito de la terapia* se valorara con una puntuación positiva (+1 a +3). Por otro lado, se consideró que en un caso la alianza terapéutica expandida había sido insuficiente, para un segmento concreto del proceso terapéutico, si en todas las sesiones de ese segmento el *sentido compartido de propósito* se había valorado con una puntuación negativa (-1 = ligeramente problemática; -2 = bastante problemática; -3 = muy problemática) o neutra (0), o mientras que, aun siendo positiva la valoración de la familia en su *sentido de compartir el propósito*, sus resultados en esa misma sesión para alguno de los otros tres factores de la alianza terapéutica expandida (seguridad, conexión emocional o enganche) fuera negativo (-1 a -3).

7.4.2. Explicación del mapa cognitivo del clínico o psicoterapeuta

Este segundo paso consiste en hacer explícito el modelo de terapia en el que fundamenta sus intervenciones el equipo terapéutico. En este sentido, los seis casos de la muestra estudiada fueron tratados siguiendo el modelo de *terapia familiar centrada en la alianza terapéutica*. Este modelo es de terapia familiar, sistémico e integrador, y ha sido detalladamente descrito en varios textos (Escudero, 2009, 2011, 2013). Puede considerarse, por tanto, un modelo de terapia manualizado (Escudero, 2012).

7.4.3. Especificación del contexto intrasesión en que se da la tarea y formulación de un modelo heurístico o racional de su desarrollo

Este contexto es el de las intervenciones o técnicas concretas propuestas por el terapeuta/investigador como idóneos para resolver la tarea. La formulación de un modelo de su aplicación y desarrollo implica no solo determinar y describir en qué consiste esa intervención o conjunto de intervenciones, sino también la sucesión de interacciones entre cliente y terapeuta que el investigador, basándose en los conocimientos disponibles sobre la tarea en cuestión y en su propia experiencia clínica,

anticipa o razona que ocurrirán durante su ejecución. En el caso de la tarea que nos ocupa, dicho conjunto de intervenciones e interacciones es el que se describe en el modelo hipotético expuesto en el capítulo 5.

7.4.4. *Análisis cualitativo de los datos empíricos de la tarea*

Este análisis constituye el núcleo de la presente investigación. Lo esencial en este paso es llegar a discernir cuáles son los elementos esenciales que se dan en la tarea investigada cuando esta llega a ser resuelta con éxito. Para ello es necesario observar y analizar minuciosamente dos grupos de casos reales grabados audio-visualmente. Un grupo estará formado por casos en que la tarea se desarrolló con éxito. El segundo grupo estará formado por casos en que esa misma tarea, a pesar de haberse aplicado la misma intervención, no llegó a resolverse de la forma adecuada. La comparación entre tareas resueltas y no resueltas es lo que permitirá identificar los componentes esenciales de la intervención eficaz.

Para desarrollar este paso, por tanto, se revisaron múltiples casos de psicoterapia familiar en los que el principal motivo de consulta estuviera directamente relacionado con un conflicto parental-adolescente disfuncional, seleccionando en cada uno de ellos aquella primera sesión del proceso terapéutico en que se cumplieran los dos siguientes requisitos: (a) que participaran, al menos, el subsistema parental y el adolescente-paciente identificado, y (b) que fuera un buen ejemplo de la mejor alianza terapéutica expandida que se hubiera llegado a alcanzar con esa familia concreta. Para la identificación de estos casos fue esencial la colaboración de los terapeutas e investigadores del centro de investigación³ en terapia familiar de cuyo archivo procedían los casos integrantes de la muestra. Una vez identificada esa sesión, la calidad de la alianza terapéutica expandida alcanzada en ella fue medida mediante la aplicación del SOATIF-o. Se siguió este proceso hasta identificar tres casos en los que se llegó a

³ Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar de la Universidad, UIICF de La Coruña.

comprobar la presencia de una alianza terapéutica expandida adecuada, atendiendo al marcador de resolución de la tarea descrito en el apartado 7.4.1.

A continuación, se comprobó cuál había sido el número máximo de entrevistas de psicoterapia con el adolescente y con el subsistema parental, ya fuera de forma conjunta o individual, que habían sido necesarias hasta aparecer el marcador de resolución de la tarea. Con esta comprobación se buscaba establecer qué grado máximo de desarrollo del proceso terapéutico general podía considerarse suficiente para la aparición de la alianza terapéutica expandida en casos de tarea desarrollada con éxito. Inicialmente se intentó establecer dicho grado suficiente de desarrollo del proceso terapéutico tomando como criterio el número máximo de sesiones. Al proceder así, sin embargo, se descubrió que este criterio era bastante impreciso, pues en la muestra encontramos una gran variabilidad en cuanto a la duración y encuadres de las sesiones. Mientras que algunas sesiones duraban poco más de 40 minutos, otras sobrepasaban la hora y media de duración; por otro lado, unas sesiones incluían una sola entrevista, bien con un encuadre individual o conjunto, mientras que otras podían incluir hasta tres entrevistas distintas atendiendo a los cambios de encuadre realizados en la misma sesión (individual con el paciente identificado, individual con el subsistema parental, conjunta con adolescente y subsistema parental, conjunta con subsistema parental y hermanos, etc.). Esta gran variabilidad en la duración y cambios de encuadre en las sesiones no se distribuía uniformemente, con el mismo orden, en los diferentes casos, sino que atendía fundamentalmente al cuidado del equipo terapéutico en adaptarse a las necesidades de la familia (horarios laborales, permisos del adolescente si estaba internado, etc.) y a la evolución del proceso terapéutico. Por este motivo, se decidió tomar como criterio alternativo para valorar el grado de desarrollo del proceso terapéutico el número máximo de sesiones con los miembros de la familia en conflicto: adolescente-paciente identificado y subsistema parental. Así comprobamos, como puede verse en la tabla 2, que este número máximo de entrevistas fue de seis con el adolescente y cuatro con el subsistema parental.

Tabla 2. Distribución de nº de entrevistas y tipos de encuadre en las sesiones incluidas en la muestra

CASOS	nº entrevistas individuales con adolescente	nº entrevistas solo con subsistema parental	nº entrevistas conjuntas con adolescente y subsistema parental	nº entrevistas conjuntas con adolescente y subsistema fraternal	nº entrevistas conjuntas con subsistema parental y fraternal	nº entrevistas conjuntas con adolescente, subsistema parental y subsistema fraternal	nº entrevistas en que participa el adolescente	nº entrevistas en que participa el subsistema parental	Nº TOTAL ENTREVISTAS	Nº TOTAL SESIONES
Caso 1, Alberto	2	2	1		1		3	4	6	5
Caso 2, Bruno	3	0	1			2	6	3	6	4
Caso 3, Carlos	2	1	3				5	4	6	3
Caso 4, Daniela	5	0	4				9	4	9	6
Caso 5, Emilio	2	2	1	1		2	6	5	8	5
Caso 6, Fátima	3	2	4				7	6	9	4

Nota: las casillas en rojo indican el número máximo de entrevistas con el adolescente-paciente identificado y el subsistema parental necesarios hasta aparecer la alianza terapéutica expandida, según los casos del grupo de tarea resuelta con éxito.

Para obtener los casos del grupo de tarea no resuelta, se seleccionaron nuevos casos procedentes del mismo archivo en los que el problema principal motivo de consulta estuviera igualmente relacionado con un conflicto parental-adolescente. Se evaluó la alianza terapéutica en las primeras entrevistas conjuntas de estos nuevos casos hasta identificar tres en que no llegaba a aparecer el marcador de resolución de la tarea en ninguna sesión entre el inicio de la terapia y aquella sesión en que se superaban las seis entrevistas con el adolescente y cuatro con el subsistema parental.

Una vez seleccionados los seis casos integrantes de la muestra, tres de tarea resuelta y tres de tarea no resuelta, se aplicó el SOATIF-o a todas las sesiones incluidas en la muestra. Estas sesiones incluidas, como se indica en la tabla 2, fueron, para el caso del grupo de tarea resuelta, desde la primera hasta aquella en que aparecía el marcador de resolución de la tarea (quinta sesión en el caso 1, cuarta sesión en el 2, y tercera sesión en el 3). Y para el grupo de tarea no resuelta, desde la primera sesión hasta aquella en que se realizaba o superaba la sexta entrevista con el adolescente o la cuarta con el subsistema parental, independientemente de que fueran entrevistas individuales o conjuntas (sexta entrevista en el caso 4, quinta entrevista en el caso 5, y cuarta en el caso 6).

Llegado este punto, se disponía de una muestra de grabaciones de video de 27 sesiones procedentes de seis casos de terapia familiar que se repartían en dos grupos: tres casos en los que se había llegado a construir la alianza expandida y tres casos en que no, a pesar de que todos los casos eran equiparables en cuanto a la presencia de un

conflicto parental-adolescente disfuncional, el tipo de terapia familiar realizado, el grado suficiente de formación en el modelo de terapia aplicado, y el grado de desarrollo del proceso terapéutico alcanzado en las sesiones analizadas e incluidas en la muestra.

El siguiente paso fue el más laborioso y crucial para el desarrollo de esta investigación: el análisis minucioso de las sesiones incluidas en la muestra. Este análisis fue triple:

En primer lugar, como ya se ha dicho antes, se analizaron todas las sesiones en cuanto a la aplicación a todas ellas del SOATIF-o, ya que algunos de los objetivos y el contraste de varias hipótesis exigía la valoración de la alianza terapéutica para todas las sesiones de la muestra.

En segundo lugar, se revisaron y analizaron también minuciosamente las veintisiete sesiones atendiendo al sistema de categorías referido en el apartado 7.3.2, con la finalidad de determinar la presencia/ausencia de los diferentes elementos del modelo heurístico en los casos de la muestra. Este sistema de clasificación está integrado por 15 categorías generales que se corresponden con cada uno de los quince elementos principales del modelo heurístico. Tales categorías se dividen en 25 subcategorías o elementos específicos, que se reparten a su vez en 98 conductas o interacciones específicas. Esta organización del sistema de categorías en tres niveles distintos de abstracción se justifica por la necesidad de organizar jerárquicamente los diferentes elementos del modelo heurístico procedentes de las evidencias aportadas por la investigación sobre este tema. Por otro lado, además, establecer dicha correspondencia entre los elementos del modelo definidos de forma general y las diferentes conductas específicas en que se manifiestan en la sesión resulta imprescindible para dotar de fiabilidad al sistema de categorías mediante la definición operacional de los elementos más generales. En tanto que este sistema de categorías estaba integrado en parte por los ítems del SOATIF-o, estos dos primeros análisis se solaparon.

Por último, se realizó también un tercer análisis, inductivo, de todas las sesiones con el objetivo específico de identificar posibles elementos relevantes para la construcción de la alianza expandida que hubieran pasado desapercibidos hasta el presente.

Siguiendo este procedimiento perseguimos, en resumen, identificar qué conductas de los terapeutas, de los adolescentes-pacientes identificados, y de los demás miembros del sistema familiar, parecían ser definitorias de los casos en los que se había logrado construir una buena alianza terapéutica expandida. Y todo esto con el fin de refinar nuestro modelo heurístico inicial.

7.4.5. Síntesis de un modelo racional-empírico de la tarea

Una vez identificados los elementos, tanto previstos como imprevistos, que parecían ser determinantes para el éxito en la tarea terapéutica de construir la alianza terapéutica expandida en los casos de la muestra, se revisó el modelo heurístico inicial, modificándolo para que los incluyera. Por otro lado, también se depuró el modelo inicial de aquellos elementos que resultaron ser poco relevantes para la resolución final de la tarea en los casos reales observados.

Capítulo 8. Resultados

8. Resultados

Mostramos a continuación los resultados obtenidos para cada uno de los objetivos específicos y el objetivo general propuestos en esta investigación.

8.1. Comprobación empírica de un primer modelo heurístico de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida en una muestra pequeña de casos

8.1.1. Comprobación empírica de algunos supuestos básicos del modelo

Para esta comprobación recurrimos al análisis de los resultados de alianza terapéutica obtenidos por los clientes de los seis casos incluidos en la muestra, medidos mediante el SOATIF-o. Dichos resultados pueden verse, transcritos y representados gráficamente, en las tablas 3 a 8 y en las figuras 4 a 9.

8.1.1.1. *H_{1a}: La alianza terapéutica expandida no existe a priori. La alianza terapéutica expandida, medida ésta según el modelo SOATIF, no está presente en la primera sesión*

En el capítulo de método establecimos como criterio de que en un caso se había alcanzado una alianza terapéutica expandida claramente suficiente cuando en una sesión de su proceso terapéutico (i) los tres factores *seguridad*, *conexión emocional* y *enganche* se valoraran para todos los miembros de la familia participantes con una puntuación neutral (0) o positiva (+1 = ligera; +2 = bastante fuerte; +3 = muy fuerte), y (ii) el factor *sentido compartido de propósito* se valorara con una puntuación positiva (+1 a +3).

Tabla 3. Resultados SOATIF-o del caso 1

DIMENSIONES/ÍTEMS de SOFTA-o	Caso1_S1			Caso 1_S2			Caso 1_S3			Caso1_S4				Caso 1_S5		
	AD-PI	MADRE	PADRE	AD-PI	MADRE	PADRE	AD-PI	MADRE	PADRE	HNA.	AD-PI	MADRE	PADRE	HNA.		
SEGURIDAD DENTRO DEL SISTEMA TERAPÉUTICO	1	1	0	1	1	0	-1	1	2	1	1	2	1			
CONEXIÓN EMOCIONAL CON EL TERAPEUTA	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1			
ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO	0	2	1	1	2	0	0	1	1	1	1	1	1			
SUMA	1	4	2	2	4	1	-1	3	4	3						
SENTIDO DE COMPARTIR EL PROPÓSITO EN LA FAMILIA		1				1				1						
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A SEGURIDAD	1	0			0			2			0					
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A CONEXIÓN	2	2			2			2			2					
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A ENGANCHE	2	1			2			2			2					
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A SCP		0				1				2						

Nota: S1= sesión 1.

Figura 4. Resultados SOATIF-o-Clientes del caso 1

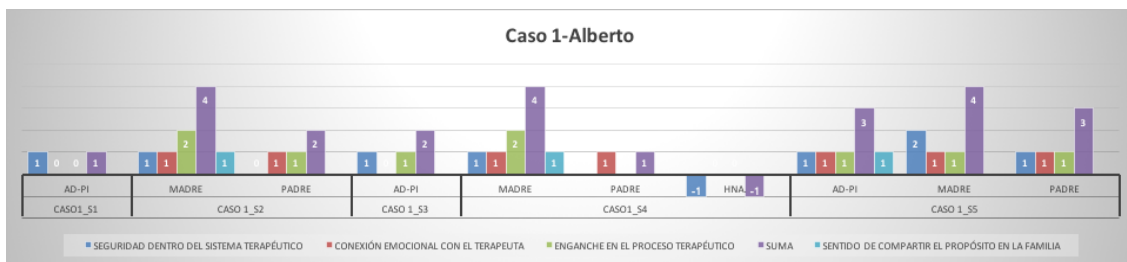


Tabla 4. Resultados SOATIF-o del caso 2

DIMENSIONES/ÍTEMS de SOFTA-o	Caso 2_S1	Caso 2_S2				Caso 2_S3				Caso 2_S4	
	AD-PI	AD-PI	MADRE	HNA1	HNA2	AD-PI	MADRE	HNA1	HNA2	AD-PI	MADRE
SEGURIDAD DENTRO DEL SISTEMA TERAPÉUTICO	1	-2	1	1	0	0	1	1	1	1	1
CONEXIÓN EMOCIONAL CON EL TERAPEUTA	1	0	0	0	0	2	1	1	1	1	1
ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	2
SUMA	3	-2	2	1	0	2	3	2	2	3	4
SENTIDO DE COMPARTIR EL PROPÓSITO EN LA FAMILIA			-2				0				2
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A SEGURIDAD	1		0				1				0
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A CONEXIÓN	3		2				3				2
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A ENGANCHE	2		2				2				2
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A SCP			1				0				0

Figura 5. Resultados SOATIF-o-Clientes del caso 2

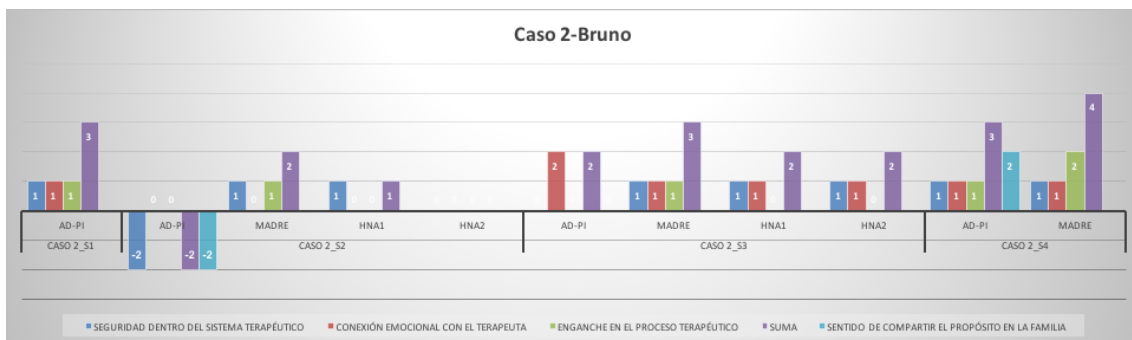


Tabla 5. Resultados SOATIF-o del caso 3

DIMENSIONES/ÍTEMS de SOFTA-o	Caso 3_S1			Caso 3_S2			Caso 3_S3		
	AD-PI	ABUELO	ABUELA STRA	AD-PI	ABUELO	ABUELA STRA	AD-PI	ABUELO	ABUELA STRA
SEGURIDAD DENTRO DEL SISTEMA TERAPÉUTICO	-1	0	0	0	1	1	0	1	1
CONEXIÓN EMOCIONAL CON EL TERAPEUTA	1	0	0	0	1	0	1	1	1
ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO	1	1	1	1	1	0	1	1	1
SUMA	1	1	1	1	3	1	2	3	3
SENTIDO DE COMPARTIR EL PROPÓSITO EN LA FAMILIA		-1			-1			1	
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A SEGURIDAD		1			1			1	
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A CONEXIÓN		2			2			2	
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A ENGANCHE		2			2			2	
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A SCP		0			2			1	

Figura 6. Resultados SOATIF-o-Clientes del caso 3

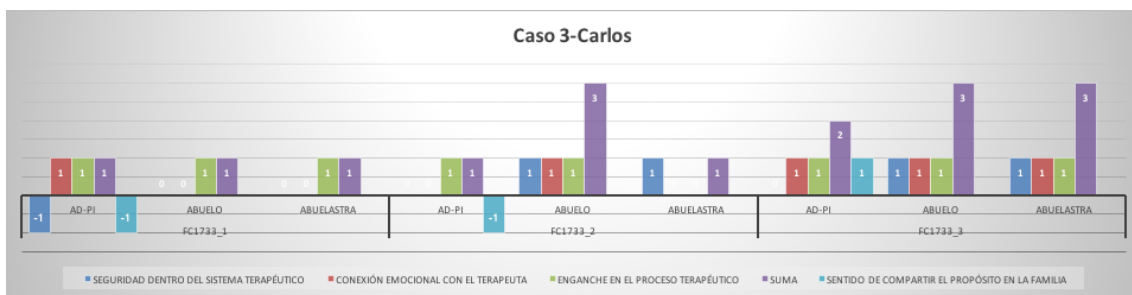


Tabla 6. Resultados SOATIF-o del caso 4

DIMENSIONES/ÍTEMS de SOFTA-o	Caso 4_S1		Caso 4_S2		Caso 4_S3		Caso 4_S4	Caso 4_S5	Caso 4_S6		
	AD-PI	ABUELA	AD-PI	ABUELA	AD-PI	ABUELA	AD-PI	AD-PI	AD-PI	ABUELA	ABUELASTRO
SEGURIDAD DENTRO DEL SISTEMA TERAPÉUTICO	-1	1	0	0	-1	0	1	1	0	1	0
CONEXIÓN EMOCIONAL CON EL TERAPEUTA	0	1	0	1	-1	1	1	0	1	0	0
ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO	0	1	1	0	-1	1	1	0	1	0	0
SUMA	-1	3	1	1	-3	2	3	1	2	1	0
SENTIDO DE COMPARTIR EL PROPÓSITO EN LA FAMILIA	-1		-2		-2				-2		
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A SEGURIDAD	0		1		1		0	0	2		
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A CONEXIÓN	3		2		1		2	1	2		
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A ENGANCHE	1		2		1		2	-1	2		
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A SCP	0		0		0				0		

Figura 7. Resultados SOATIF-o-Clientes del caso 4

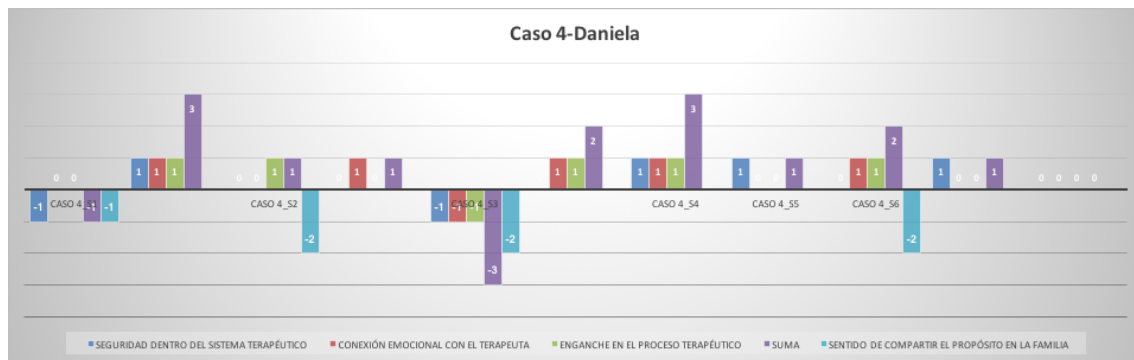


Tabla 7. Resultados SOATIF-o del caso 5

DIMENSIONES/ÍTEMS de SOFTA-o	Caso 5_S1		Caso 5_S2			Caso 5_S3			Caso 5_S4				Caso 5_S5	
	AD-PI	HNO	AD-PI	MADRE	HNO	AD-PI	MADRE	HNA	AD-PI	MADRE	HNA	CUÑ	AD-PI	MADRE
SEGURIDAD DENTRO DEL SISTEMA TERAPÉUTICO	0	0	1	1	0	0	1	0	2	1	0	0	1	0
CONEXIÓN EMOCIONAL CON EL TERAPEUTA	0	0	1	-1	0	0	0	0	2	1	1	1	1	1
ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO	1	0	2	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1
SUMA	1	0	4	1	0	0	1	0	6	2	1	1	2	2
SENTIDO DE COMPARTIR EL PROPÓSITO EN LA FAMILIA	0			0			-2			0				-1
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A SEGURIDAD	0			1			2			1				1
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A CONEXIÓN	2			3			2			3				2
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A ENGANCHE	1			2			1			2				0
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A SCP	1			0			-1			0				1

Figura 8. Resultados SOATIF-o-Clientes del caso 5

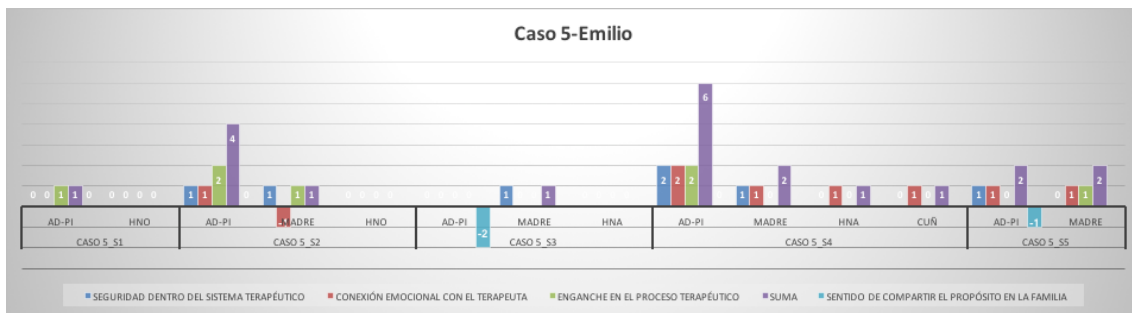
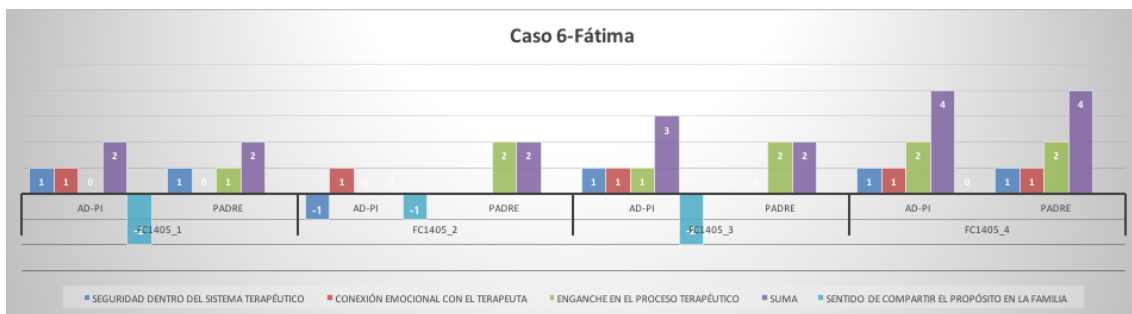


Tabla 8. Resultados SOATIF-o del caso 6

DIMENSIONES/ÍTEMS de SOFTA-o	Caso 6_S1		Caso 6_S2		Caso 6_S3		Caso 6_S4	
	AD-PI	PADRE	AD-PI	PADRE	AD-PI	PADRE	AD-PI	PADRE
SEGURIDAD DENTRO DEL SISTEMA TERAPÉUTICO	1	1	-1	0	1	0	1	1
CONEXIÓN EMOCIONAL CON EL TERAPEUTA	1	0	1	0	1	0	1	1
ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO	0	1	0	2	1	2	2	2
SUMA	2	2	0	2	3	2	4	4
SENTIDO DE COMPARTIR EL PROPÓSITO EN LA FAMILIA		-2		-1		-2		0
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A SEGURIDAD		2		1		2		1
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A CONEXIÓN		3		1		2		2
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A ENGANCHE		3		2		2		2
CONTRIBUCIÓN TERAPEUTA A SCP		1		2		1		0

Figura 9. Resultados SOATIF-o-Clientes del caso 6



En consecuencia, consideramos que en un caso la alianza terapéutica expandida sería insuficiente si en las sesiones de su proceso terapéutico el sentido compartido de propósito se valorara con una puntuación negativa (-1 = ligeramente problemática; -2 = bastante problemática; -3 = muy problemática) o neutra (0), o mientras que, aun siendo positiva la valoración de la familia en su sentido de compartir el propósito, sus resultados en esa misma sesión para alguno de los otros tres factores de la alianza terapéutica expandida (seguridad, conexión emocional o enganche) fueran negativos (-1 a -3).

Partiendo de estos criterios, y observando los resultados obtenidos por las seis familias integrantes de la muestra, hemos de concluir que se acepta la hipótesis alternativa, es decir que no existe la alianza terapéutica expandida a priori en ningún caso de la muestra, ni siquiera en los del grupo de éxito en la tarea, pues en ninguno de ellos se obtuvieron resultados positivos en el *sentido de compartir el propósito de la terapia* en la primera sesión. Incluso en aquellos tres casos integrantes del grupo de tarea resuelta con éxito (casos 1, 2 y 3) el criterio de aparición de una alianza terapéutica expandida sólida no apareció antes de la tercera sesión.

8.1.1.2. *H_{1b}: La construcción de la alianza terapéutica expandida es una tarea multisesión: requiere más de una sesión*

Si partimos del supuesto básico, confirmado para nuestra muestra en el apartado anterior, de que la alianza terapéutica no existe a priori, debemos establecer como criterio para la aceptación de esta segunda hipótesis que dicha alianza no llegue a ser construida antes de la tercera sesión, es decir, que sean necesaria más de una sesión para, a partir de la sesión 1, alcanzarla. Esto supone que normalmente, con una sesión más tampoco será suficiente para construirla, siendo necesario esperar frecuentemente hasta la sesión tercera para ver conductas en los clientes que indique su aparición.

Partiendo de este criterio, hemos de aceptar esta hipótesis alternativa para el caso concreto del grupo de tareas resueltas con éxito de la muestra analizada, pues en ninguno de esos tres casos el sentido de compartir el propósito llegó a hacerse patente antes de la tercera sesión (caso 3, Carlos), siendo necesario esperar hasta la sesión 4 y la 5 en los otros dos casos (caso 2, Bruno, y 3, Alberto, respectivamente).

8.1.1.3. H_{1c} : La aparición de una alianza terapéutica expandida sólida sigue una secuencia predeterminada en relación con el orden en que aparecen cada uno de los cuatro factores que la integran. Este orden sería: seguridad, conexión emocional después, enganche en el proceso, y sentido de compartir el propósito de la terapia en último lugar

Esta hipótesis se cumple solo parcialmente en los casos de nuestra muestra.

El análisis del orden en que han ido formándose los cuatro factores de la alianza terapéutica expandida nos indica que aquellos que componen la alianza de los miembros de la familia con el terapeuta (alianza terapéutica), es decir, *seguridad*, *conexión* y *enganche*, no aparecen en una secuencia fija. Como puede verse en la Tabla 9, cada uno de los tres factores que anteceden al sentido de compartir el propósito, según el modelo SOATIF, han aparecido sin seguir un patrón fijo en los seis casos analizados. Por lo tanto, en lo que se refiere al orden de aparición de estos tres factores, hay que aceptar la hipótesis nula.

Tabla 9. Orden de aparición de los factores de la alianza terapéutica expandida, atendiendo a la primera sesión en que aparecen

	PRIMERA SESIÓN EN APARECER			ORDEN DE APARICIÓN		
	SEGURIDAD	CONEXIÓN	ENGANCHE	SEGURIDAD	CONEXIÓN	ENGANCHE
Caso 1. Adolescente-PI	1	4	3	1	3	2
Caso 1. Madre	1	1	1	1	1	1
Caso 1. Padre	4	2	2	3	1	1
Caso 1. Hermana	0	0	0	3	3	3
Caso 2. Adolescente-PI	1	1	1	1	1	1
Caso 2. Madre	2	3	2	1	3	1
Caso 2. Hermana 1ª	2	3	0	1	2	3
Caso 2. Hermana 2ª	3	3	0	1	1	3
Caso 3. Adolescente-PI	0	1	1	3	1	1
Caso 3. Abuelo	2	2	1	2	2	1
Caso 3. Abuelastra	2	3	1	2	3	1
Caso 4. Adolescente-PI	4	4	2	2	2	1
Caso 4. Abuela	1	1	1	1	1	1
Caso 4. Abuelastro	0	0	0	3	3	3
Caso 5. Adolescente	2	2	1	2	2	1
Caso 5. Madre	1	4	1	1	3	1
Caso 5. Hermano	0	0	0	3	3	3
Caso 5. Hermana	0	4	0	3	1	3
Caso 5. Cuñado	0	4	0	3	1	3
Caso 6. Adolescente-PI	1	1	3	1	1	3
Caso 6. Padre	1	3	1	1	3	1

Nota: El mismo orden de aparición para dos factores indica que aparecieron en la misma sesión.

Este supuesto del que nos ocupamos ahora, sin embargo, afirma también que, de los cuatro factores de la alianza terapéutica expandida, el último en aparecer será el sentido de compartir el propósito, y que es un requisito necesario para ello la formación previa de los tres factores anteriores (hayan ido formándose estos en el orden que fuere). Así puede comprobarse que ocurre en los tres casos de éxito en la tarea aquí analizados revisando los diferentes valores en SOATIF-o que aparecen en las figuras 4 a 9 y en las tablas 3 a 8. Por tanto, en la parte en que alude al orden y requisitos de formación del sentido de compartir el propósito, sí puede entenderse que nuestras observaciones confirman que este puede ser un elemento definitorio de los casos en que la tarea se resuelve con éxito.

8.1.1.4. *H_{1d}: En algún momento de la tarea de construcción de la alianza terapéutica expandida con éxito, según su concepción en el modelo SOATIF, aparecen tendencias opuestas en las alianzas terapéuticas de algunos miembros de la familia: mientras que las de unos miembros del sistema familiar mejoran o se fortalecen, las de otros empeoran o se debilitan*

El cumplimiento de esta hipótesis implica que el balance o valor relativo de las alianzas de adolescente y subsistema parental con el terapeuta cambia o se invierte con respecto a la sesión conjunta inmediatamente anterior. Es decir que, si en la sesión conjunta anterior, la alianza del adolescente con el terapeuta fue menor o igual a la del miembro del subsistema parental con quien esté más en conflicto, en la sesión actual resulta mayor. O viceversa.

Para calcular o estimar el valor global de las alianzas del adolescente y de los miembros del subsistema parental con el terapeuta, sumamos los valores de cada uno de ellos en las escalas de *Seguridad*, *Conexión* y *Eganche* (quedando excluida de esta suma la escala de *Sentido de Compartir el Propósito* porque esta no se refiere a la alianza entre miembros de la familia y terapeuta, sino a la alianza de los miembros de la familia entre sí).

Los datos que permiten comprobar esta hipótesis pueden verse en la siguiente tabla, que deriva a su vez de las figuras 4 a 9.

Tabla 10. Cambios o inversiones de los valores de las alianzas de adolescente y subsistema parental con el terapeuta

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
De AT-Ad \geq AT-SSP a AT-Ad $<$ AT-SSP	-	-	De S1 a S2	De S2 a S3	De S2 a S3	De S1 a S2
De AT-Ad \leq AT-SSP a AT-Ad $>$ AT-SSP	-	-	-	De S3 a S6*	De S3 a S4	De S3 a S4

AT-Ad: alianza terapéutica del adolescente. AT-SSP: Alianza terapéutica del miembro del subsistema parental más en conflicto con el adolescente. S1: sesión 1. * Las sesiones S4 y S5 fueron sesiones individuales con la adolescente, sin entrevistas conjuntas.

El análisis de las sesiones incluidas en nuestra muestra nos permite comprobar que solo en uno de los tres casos del grupo de tarea resuelta se dio el cambio en los valores de las alianzas terapéuticas al que alude esta hipótesis, que no se cumple por tanto en estos casos. Resulta por tanto para esta hipótesis la aceptación de la hipótesis nula.

8.1.2. Confirmación empírica la relevancia de los diferentes elementos del modelo heurístico comprobando su presencia en una muestra pequeña de casos de tarea resuelta y no resulta

Para cumplir este objetivo específico analizamos las veintisiete sesiones de la muestra en busca de aquellas conductas o interacciones entre clientes y terapeuta que se correspondieran con los diferentes elementos del modelo heurístico. Para ellos se elaboró previamente un sistema de categorías que facilitara dicho análisis de forma fiable. Este sistema de categorías ha sido ya expuesto en la parte teórica de esta tesis, y también hemos hecho referencia a él en el capítulo 7.

Mediante la revisión y análisis detenido de todas las sesiones de la muestra, se identificaron y registraron 1.303 segmentos de proceso terapéutico, de los que la mayor parte se correspondían con alguna de las 98 categorías de marcadores conductuales

específicos, y el resto consistió en segmentos o conductas que parecieron relevantes de algún modo para facilitar la aparición de la alianza terapéutica expandida, aunque no hubieran sido incluidas en el modelo heurístico inicial. A partir de este análisis se elaboró una tabla de datos en la que se registró qué elementos del proceso terapéutico predichos por el modelo heurístico aparecieron en cada uno de los casos, en qué sesiones y con qué frecuencia en cada una de las sesiones.

En las tablas 11 a 25 mostramos cuáles han sido los elementos generales, específicos y sus marcadores conductuales correspondientes que aparecieron en el proceso terapéutico en los seis casos que integraron la muestra. Los casos 1 a 3 constituyen el grupo en que la tarea se resolvió con éxito. Se exponen a continuación los resultados de este análisis. Aunque estos registros se realizaron inicialmente para cada sesión, los exponemos aquí agregados por casos, para simplificar y facilitar así una visión general de los resultados.

La escritura de las categorías (elementos generales, específicos o sus marcadores conductuales), dentro de la tabla, en **negrita** significa que dicho elemento ha estado presente de forma homogénea en el grupo de tarea resuelta con éxito, lo que interpretamos aquí como un signo de que puede tratarse de un elemento realmente relevante o definitorio de las tareas resueltas con éxito.

Por otro lado, aparecen escritos en color rojo aquellas categorías del modelo que han resultado ser diferenciales de los dos grupos estudiados, es decir que han estado ausentes en un grupo y, en cambio, sí han aparecido en al menos dos casos de los tres del grupo contrario. Interpretamos aquí esta condición diferencial de dichas categorías como indicativa de que, cuando aparecen en el proceso terapéutico, es oportuno que el terapeuta considere si debe realizar algún cambio o no en su estrategia de intervención en ese momento para evitar el fracaso en la construcción de la alianza terapéutica expandida.

Ambas condiciones, el ser un elemento homogéneo en el grupo de éxito en la tarea (**negrita**) y el ser un elemento diferenciador entre tareas resueltas con éxito y tareas que no lo son (color rojo), pueden darse de forma simultánea.

8.1.2.1. *Elemento 1. Marcador de la tarea: inicia de la terapia*

Tabla 11. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "Marcador de la tarea: inicio de la terapia"

ELEMENTOS GENERALES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS	MARCADORES CONDUCTUALES	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
1. MARCADOR DE LA TAREA: INICIO DE LA TERAPIA (Elliott et al., 2004)			1	1	1	1	1	1

El marcador de inicio de la tarea, por definición, está presente en todos los casos incluidos en la muestra. Este elemento del modelo, en tanto que es establecido por consenso por los investigadores, no es propiamente una variable sobre la que se establezca una hipótesis, sino más bien un supuesto del modelo. Lo incluimos aquí solo para una exposición más clara del modelo.

8.1.2.2. *Elemento 2. Inicialmente, adolescente y subsistema parental muestran actitudes opuestas hacia la terapia*

Tabla 12. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "Inicialmente, adolescente y subsistema parental muestran actitudes opuestas hacia la terapia"

ELEMENTOS GENERALES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS	MARCADORES CONDUCTUALES	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
2. Inicialmente, adolescente y subsistema parental muestran actitudes opuestas hacia la terapia	2.1. El subsistema parental, o al menos uno de sus miembros, muestra una consideración positiva de la terapia en su inicio.	2.1.1. En la sesión se dice que fue un miembro del subsistema parental quien tomó la iniciativa para acudir a terapia.	0	0	0	0	0	0
		2.1.2. En la sesión se dice que algún miembro del subsistema parental estuvo de acuerdo cuando, desde una tercera instancia (instituciones de Servicios Sociales o Judiciales, miembros de la familia extensa, otros agentes de la comunidad), se les orientó a acudir a terapia familiar	0	0	0	1	0	0
		2.1.3. Al menos uno de los dos miembros del subsistema parental expresa explícitamente la confianza en que, o la expectativa de que la terapia les ayude a mejorar la situación familiar (o de un miembro o parte de la familia).	0	0	0	1	0	0
	2.2. El/la adolescente-PI (paciente identificado) es reacio a participar en la terapia.	2.2.1. El/la adolescente-PI expresa explícitamente (verbalmente) que está en desacuerdo con asistir o participar en la terapia.	0	0	0	0	0	0
		2.2.2. El/la adolescente-PI expresa verbal o gestualmente rechazo o menosprecio hacia la terapia.	0	0	0	0	0	0
		2.2.3. El/la adolescente-PI muestra mutismo u otras conductas negativistas o de falta de colaboración con la entrevista./El cliente rechaza o es reticente a responder al terapeuta (Conexión Emocional) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	0	0	3	0	1

Los marcadores de este elemento aparecieron solo en dos casos de la muestra, ambos pertenecientes al grupo de tarea no resuelta. No aparecieron en ninguno de los

casos de tarea resuelta con éxito. Este elemento, por tanto, no se ha mostrado como definitorio de las tareas resueltas en nuestra muestra.

Sí ha aparecido, sin embargo, que uno de los marcadores conductuales, el mostrarse el adolescente reacio a participar en la terapia, ha estado presente en dos de los tres casos del grupo de tarea no resuelta. Entendemos, por ello, que puede considerarse este elemento como potencialmente diferenciador de ambos grupos, significando su aparición una menor probabilidad de éxito o mayor dificultad en la tarea. Este elemento específico de la actitud opuesta del adolescente a la terapia, en los dos casos en que ha aparecido, lo ha hecho siempre a través de mismo marcador conductual: 2.2.3. *El/la adolescente-PI muestra mutismo u otras conductas negativistas o de falta de colaboración con la entrevista./ El cliente rechaza o es reticente a responder al terapeuta (Conexión Emocional) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF)*. Puede servir como ejemplo de este marcador el que aparece en la segunda sesión del caso de Daniela, justo en el inicio de la sesión. En esta sesión, la grabación de vídeo comienza unos segundos antes de entrar el terapeuta en la sala, donde ya están Daniela y su abuela, sentadas, esperándole. En estos primeros segundos de la grabación la abuela aparece hablando en tono de reproche a la adolescente, quien escucha con cara de enfado, sin mirar a la abuela, que le habla. Mostramos la transcripción de este evento desde el comienzo mismo de la grabación (00'00''):

-Abuela: ... me va a preguntar cómo fue la semana... ¡Tú es que quieres hacer cosas y después no dices! ¿Para qué vienes?

[Daniela mantiene cara de enfado y mira al suelo, al lado contrario en que está la abuela. En este momento entra el terapeuta en la sala y se dirige a su asiento. Daniela evita mirarle y hablarle también a él.]

-Terapeuta: Hola.

-A: Hola, buenas.

-T: Buenas tardes. ¿Qué tal?, ¿cómo estáis?

-A.: Bueno pues... ya discutiendo. [La abuela ríe, como tomando con buen humor la situación en que las ha encontrado el terapeuta al entrar.]

-T: ¡No! ¿Y eso? [El terapeuta sonríe, compartiendo con la abuela su tono de buen humor y desdramatización del momento.]

-A: Intercambiando opiniones... [La abuela sigue riendo.]

-T: Daniela, ¿qué pasó? ¿Discutiste con tu abuela? [En este momento el terapeuta toma ya asiento y habla directamente a la adolescente quien, al escuchar la pregunta dirigida a ella, deja de mirar al suelo y mira al terapeuta a la cara, pero con la barbilla apoyada en una mano, seria y guardando silencio, sin contestar la pregunta directa que el terapeuta acaba de hacerle. Transcurren unos pocos segundos de silencio.] Ah, está enfadada Daniela...

-A: Sí.

-T: Bueno. ¿Qué...? ¿Cómo habéis estado estos quince días, estas dos semanas?

[La abuela mira a Daniela, por si quiera contestar ella. Pero Daniela se mantiene en silencio y sin devolver la mirada a la abuela, quien se decide a contestar.]

-A: Pues yo, mal...

8.1.2.3. Elemento 3. El terapeuta facilita que los miembros de la familia sientan “seguridad en el sistema terapéutico”

La importancia crucial de este elemento para la construcción de la alianza expandida se confirma al comprobar la presencia, de forma homogénea en todos los casos resueltos con éxito, de la mayor parte de sus marcadores conductuales. Dichos marcadores consisten, en su mayor parte, en los ítems de la subescala de *contribución del terapeuta a la seguridad en el sistema terapéutico* del SOATIF. Se confirma, por el mismo motivo, asimismo la importancia de cada uno de los tres elementos específicos que integran este elemento general: la *garantía de confidencialidad por el equipo terapéutico (elemento 3.1.)*, las *intervenciones del terapeuta específicamente dirigidas a que los clientes se sientan cómodos (3.2)*; y la *protección de los miembros más vulnerables de la familia frente a las intervenciones intrusivas o descalificaciones con objeto de hacer posible un clima seguro en la sesión (3.3)*.

Tabla 13. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "El terapeuta facilita que los miembros de la familia sientan seguridad en el sistema terapéutico"

ELEMENTOS GENERALES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS	MARCADORES CONDUCTUALES	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	
3. El terapeuta facilita que los miembros de la familia sientan "seguridad en el sistema terapéutico" (Escudero, 2014) (Friedlander et al., 2005, escala del SOATIF).	3.1. El terapeuta, o equipo terapéutico, garantiza la confidencialidad a la familia (Escudero, 2014).	3.1.1. El terapeuta proporciona estructura y directrices de confidencialidad (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF). Es decir que el terapeuta, o el equipo terapéutico, se comprometen explícitamente con la familia a la confidencialidad de los datos.	1	1	1	1	1	1	
		3.1.2. El terapeuta reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir cuestiones privadas (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	0	0	0	0	0	0
		3.1.3. El terapeuta propicia la discusión sobre elementos del contexto de terapia que pueden intimidar al cliente (por e j., equipos de grabación, informes a terceras partes, equipo terapéutico, espejo unidireccional, investigaciones, etc.) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	1	0	0	0	0	0	0
	3.2. El terapeuta ayuda a los miembros de la familia a sentirse cómodos y aceptados (Thompson, Bender, Lantry, & Flynn, 2007), crea un ambiente no defensivo (Escudero, 2014).	3.2.1. El terapeuta se comporta de un modo respetuoso y amable, y su presencia tranquiliza a los miembros de la familia (Thompson et al., 2007).	5	4	3	6	5	4	
		3.2.2. El terapeuta no fuerza ni conduce el proceso terapéutico con prisas (Thompson et al., 2007).	5	4	3	6	5	4	
		3.2.3. El terapeuta no presiona a la familia para que se apresure a definir pronto cuáles son sus objetivos (Escudero, 2014).	5	4	3	6	5	4	
		3.2.4. El terapeuta acepta la actitud inicial de los clientes hacia la terapia (incluso las actitudes hostiles o contradictorias) (Escudero, 2014).	5	4	3	6	5	4	
		3.2.5. El terapeuta no juzga a los clientes (Thompson et al., 2007).	5	4	3	6	5	4	
		3.2.6. El terapeuta diferencia entre las personas y el problema (Escudero, 2014).	5	4	3	6	5	4	
		3.2.7. El terapeuta maneja la resistencia de los clientes (Higham et al., 2012) sin entrar en escalada con las actitudes negativas que puedan mostrar estos (Escudero, 2014).	5	4	3	6	5	4	
		3.2.8. El terapeuta propicia un cambio en el dominio, foco, contenido de la conversación cuando el clima emocional de la sesión se vuelve demasiado tenso o conflictivo. Este cambio puede ser bien de una conversación centrada en la conducta a otra enfocada en las emociones y sentimientos (G. S. Diamond & Liddle, 1999), bien hacia cualquier otro tema agradable o que no genere ansiedad (programas de la tele, diversión, elementos de la sala, etc.) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	1	1	1	3	1	4	
		3.2.9. El terapeuta ayuda al cliente a hablar sinceramente y a no estar a la defensiva con los demás (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	1	1	0	1	0	2	
	3.3. El terapeuta protege a los miembros vulnerables de la familia frente a las intervenciones intrusivas o descalificaciones de otros, crea un ambiente de interacción no intrusiva (Escudero, 2014).	3.3.1. El terapeuta se mantiene neutral, es imparcial (Thompson et al., 2007).	5	4	3	6	5	4	
		3.3.2. El terapeuta proporciona estructura y directrices de seguridad (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	1	1	1	1	1	1	
		3.3.3. El terapeuta intenta contener, controlar, o manejar la hostilidad explícita entre los clientes (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF), no permite que el conflicto familiar se escale hacia el abuso verbal, amenazas, o intimidación (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	0	0	0	3	1	
		3.3.4. El terapeuta protege activamente a un miembro de la familia de otro (por e.j., de acusaciones, hostilidad, o intrusión emocional) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	2	1	1	1	2	
		3.3.5. El terapeuta estructura la sesión y la entrevista (Higham et al., 2012) mediante la creación de encuadres o espacios diferenciados para reunirse a solas con los padres y con el adolescente por separado, durante la sesión completa o parte de ella (es decir, que no se reúnen adolescente y subsistema parental durante toda la sesión)./ 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 (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	5	5	3	6	5	5	
		3.3.6. El terapeuta no atiende a las expresiones claras de vulnerabilidad de un cliente (por ej., llanto, defensividad, etc.) (Seguridad) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	0	0	0	0	0	

En el tercero de estos tres elementos específicos del modelo se aprecia de nuevo, como ocurrió también en el segundo, la presencia de un marcador conductual que está ausente en todos los casos de tarea resuelta y está presente en dos de los casos de tarea no resuelta, por lo que cabe considerarlo como un elemento diferenciador de los grupos de nuestra muestra. Se trata del marcador 3.3.3. *El terapeuta intenta contener, controlar, o manejar la hostilidad explícita entre los clientes (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF), no permite que el conflicto familiar se escale hacia el abuso verbal, amenazas, o intimidación (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF)*⁴. Un ejemplo, tomado de los tres identificados en el caso 4, sería el siguiente (13'36'', sesión 3):

Terapeuta: [A la hermana del adolescente] ... ¿Qué les puede ayudar a ellos?

Adolescente: Nada [responde anticipándose a la hermana, al tiempo que ríe, entre bromista y resignado].

Hermana: Es que no es un problema de dos, es un problema de todos.

[La madre, mientras el adolescente, la hermana y el terapeuta hablan, mira al suelo, en silencio.]

T: Bueno, pero ellos dos son los que van a estar ahora juntos. Los demás, que es lo que os... ¿Qué os ayuda a estar...?

H: Los demás nos hemos ido, claro. [Ríe, con el mismo tono con el que antes lo hizo el adolescente.]

T: Bueno, cada uno tiene su vida y... eso es más sencillo, ¿no?... Pero ellos dos, que están juntos, ¿qué...?

H: Ellos, hablar más y respetarse más, tanto uno como el otro.

⁴ Este marcador está constituido, como puede verse, por dos ítems del SOATIF conjuntados. Ambos aluden en realidad al mismo tipo de comportamiento, pero en el SOATIF-o se usa uno de ellos para referirse a cuando el terapeuta sí contiene la hostilidad y otro identifica cuándo no lo hace ("El terapeuta permite que el conflicto familiar se escale hacia el abuso verbal, amenazas, o intimidación"). En nuestro modelo, con el fin de una mayor simplicidad, los hemos unido en un solo marcador conductual.

T: Hablar más...

H: Sí... En mi casa se habla poco.

A: Muy poco.

H: Sí, se habla poco.

T: [Al adolescente] ¿Sí, se habla poco?, ¿tú crees?

A: Sí. Fue siempre así y no sé, ya... Es que no merece la pena hablar nada con... con... ella. De nada.

Madre: [Al mismo tiempo que habla el adolescente, hablando en voz baja y mirando al adolescente] Siempre no, desde hace unos años.

H: [Corrigiendo a la madre también en voz baja.] No, siempre, desde hace dos años no, de siempre.

A: [El adolescente continúa su intervención irritándose poco a poco cada vez más.] ... De nada... De nada porque, no sé, de mis amigos, le dices algo y ya habla con una madre “no sé qué”, “porque pasó no sé cuánto”. ¿Qué más le da a ella? Si lo cuento por su bien, porque no me esté preguntando. Y después ya se pone todo buff... buff ... [El adolescente hace aspavientos, con gesto de enfado cada vez mayor.] ¡Siempre es igual! ¡Yo, lo que pasa, es que ya se lo dije: no le voy a contar nada! Que si nos hacía falta un local, que si nos tuvimos que ir de uno [donde el adolescente ensayaba con sus amigos, con los que ha formado un grupo de rock], ¡y ya le fue a preguntar a todas las madres, no le quedó ni una! Yo le dije, “no hagas...”: ¡a todas! Siempre está igual. Y yo así ya le dije “no te puedo consultar nada”, ni te vuelvo a consultar nada, ¿eh? No te vuelvo a consultar nada. Está claro. Ella no me cuenta sus problemas y yo tampoco le cuento los míos. ¡Se lo cuentas con toda la buena intención y se lo cuenta a todo cristo!

M: Se lo conté a... Le pregunté a dos madres.

A: [Removiéndose en el asiento] No, ¡a cinco le preguntaste! Que si tenía que hablar con la madre del otro, con la madre de Eloy que si no sé qué, con la madre de... con la madre de Mateo...

M: [Al terapeuta] Es que él fue a unos conciertos...

A: [Ya casi fuera de sí, gritando a la madre, y dando una palmotada fuerte.] ¡Que da igual! ¡Siempre estás con lo mismo!

M: Verás, fuiste a unos conciertos... Fuiste a unos conciertos y dijiste “me voy con la madre de Mateo”. Yo no te dejo ir con la madre de Mateo. Si lo necesito lo hablo con ella. Yo lo tengo que saber yo.

A: [Sin parar de hacer aspavientos y gesticular mostrando rabia.] Sí, ya. [Vuelve a dar una palmotada fuerte al tiempo que replica a la madre.]

T: Vale, no, no, no, no, no. [Interviene el terapeuta con tono calmado y conciliador, mientras el adolescente no para de protestar, muy exaltado, hablando tan rápido que su discurso es ininteligible.] Ya... [expresión que no se entiende, por las protestas simultáneas del adolescente]. No necesito ver como... [Añade con tono tranquilo y sonriendo de forma comprensiva, dando a entender que desea que el adolescente se calme, y cambiando el foco de la conversación, dirigiéndose ahora a la hermana y preguntándole] Porque tú, cuando tenías la edad de tu hermano, ¿pasaste por cosas parecidas o no?

H: Exactamente iguales.

T: ¿Sí?... [A partir de aquí la conversación vuelve a fluir de manera menos tensa, y el adolescente guarda silencio y se tranquiliza.]

8.1.2.4. Elemento 4. El terapeuta fomenta la “conexión emocional” con los miembros de la familia

Del mismo modo que ha ocurrido con el elemento anterior, también este segundo factor componente de la alianza terapéutica se ha visto confirmado en esta comprobación del modelo. Los cuatro elementos específicos que lo integran según nuestro modelo inicial se han visto confirmados también mediante la presencia de la mayor parte de sus respectivos marcadores conductuales en los tres casos de tarea resuelta. Solo seis de los veintiún marcadores conductuales de este elemento no se han

dado de forma regular en las tres familias en las que llegó a aparecer la alianza terapéutica expandida.

Para ilustrar el conjunto de estos marcadores podemos tomar como ejemplo la *exploración por el terapeuta de qué es eso que el/la adolescente encuentra en su padre, en su madre o en ambos que no le gusta, que rechaza o que supone para él algún tipo de problema (marcador 4.2.7)*, que es una de las principales intervenciones del terapeuta mediante las que, según contemplamos en el modelo de la tarea, *el terapeuta hace que los miembros de la familia (el adolescente en este caso) se sientan entendidos (elemento específico 4.2)*. Así ocurre, por ejemplo, en la primera sesión del caso de Carlos, cuando el terapeuta, avanzada ya la sesión (38'52''), decide entrevistar a solas al adolescente después de haber hablado primero conjuntamente con este, su abuelo y su abuelastra, y le pregunta:

-Terapeuta: ¿Qué cosas te gustaría así...? Ya, porque podemos empezar... bueno, hay que empezar, de hecho, por cosas pequeñas, ¿vale?

-Adolescente: [Asintiendo.] Humm.

-T: ¿Qué cosas pequeñas así te gustaría que cambiaran ellos en casa? [Remarcando.] Ellos. Ya luego hablamos de ti, pero primero ellos.

-A: Pues me gustaría que cambiaran la forma de... un poco de, mandar, porque yo creo que se tuviesen que juntar más como pareja educativa.

-T: Porque cada uno te manda una cosa.

-A: Claro. Por ejemplo, él [su abuelo, tutor legal] está encima de todos. ¿Y por qué tiene que estar encima de todos y ella [la abuelastra] no? Por ejemplo.

-T: Ahá, vale.

-A: ¿Y sabes? Siempre fue: yo, abajo del todo [simbolizando la jerarquía familiar con gestos]; ella, en medio; y él arriba del todo. Y tampoco es así.

Tabla 14. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento “El terapeuta fomenta la conexión emocional con los miembros de la familia”

ELEMENTOS GENERALES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS	MARCADORES CONDUCTUALES	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	
4. El terapeuta fomenta la “conexión emocional” con los miembros de la familia (Escudero, 2014) (Friedlander et al., 2005, escala del SOATIF).	4.1. El terapeuta escucha activamente (Thompson et al., 2007).	4.1.1. El terapeuta escucha atentamente a los miembros de la familia cuando estos hablan.	5	4	3	6	5	4	
		4.1.2. El terapeuta no interrumpe habitualmente a los miembros de la familia cuando hablan.	5	4	3	6	5	4	
		4.1.3. El terapeuta interviene fundamentalmente mediante preguntas abiertas, paráfrasis, comentarios reflexivos, y otras respuestas de escucha activa para la clarificación de los pensamientos y emociones de los clientes (Higham et al., 2012).	3	4	1	5	5	3	
	4.2. El terapeuta hace que los miembros de la familia se sientan entendidos y valida la experiencia subjetiva de estos (Escudero, 2014).	4.2. El terapeuta hace que los miembros de la familia se sientan entendidos y valida la experiencia subjetiva de estos (Escudero, 2014).	4.2.1. El terapeuta muestra de algún modo que presta atención a lo que él mismo tiene en común con los miembros de la familia (Escudero, 2014). El terapeuta señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	2	1	1	1	4	0
			4.2.2. El terapeuta expresa interés por los miembros de la familia al margen del problema que motiva su consulta (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	3	14	8	4	9	4
			4.2.3. El terapeuta expresa interés por todos, no por uno o algunos de los miembros de la familia en la sesión, al margen del problema que motiva su consulta.	4	3	1	5	2	3
			4.2.4. El terapeuta muestra comprensión de la experiencia subjetiva del adolescente, muestra empatía con el adolescente (Higham et al., 2012). El terapeuta expresa explícitamente empatía (verbal o no-verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes (por ejemplo, “Se lo duro que debe ser”, “Siento tu dolor”, o llorar con el cliente) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	4	13	6	9	5	10
			4.2.5. El terapeuta se muestra como un aliado del adolescente (G. M. Diamond, Liddle, Hogue, & Dakof, 1999). Su actitud hacia el adolescente es de apoyo ante las adversidades que le afectan, no crítica ni de control.	5	4	3	6	5	4
			4.2.6. El terapeuta facilita que el adolescente hable sobre temas que son importantes para él y de los que el subsistema parental no habla con él habitualmente. (Thompson et al., 2007). El terapeuta atiende a las experiencias del adolescente (G. M. Diamond et al., 1999).	3	4	3	6	5	4
			4.2.7. El terapeuta explora qué es eso que el/la adolescente encuentra en su padre, en su madre o en ambos que no le gusta, que rechaza o que supone para él algún tipo de problema.	1	5	4	5	2	6
			4.2.8. El terapeuta expresa confianza o que cree en el cliente (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	2	2	2	0	1	0
			4.2.9. El terapeuta expresa afecto o toca afectivamente al cliente dentro de lo apropiado al contexto profesional (por ej., darle la mano, una palmada, etc.) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	4	2	1	7	2	0
			4.2.10. El terapeuta normaliza o acoge la vulnerabilidad emocional del cliente (por ej., llorar, mostrar sentimientos dolorosos) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	3	0	1	2	3	1
			4.2.11. El terapeuta tiene interacciones hostiles o sarcásticas con el cliente (Conexión Emocional) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	0	0	0	0	0
			4.2.12. El terapeuta no responde a expresiones de interés personal o afecto hacia él por parte del cliente (Conexión Emocional) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	0	0	0	0	0
	4.3. El terapeuta se adapta y se une a los miembros de la familia en la sesión como si fuera “parte de la familia” (Muntigl & Horvath, 2016);	4.3. El terapeuta se adapta y se une a los miembros de la familia en su discurso.	4.3.1. El terapeuta se adapta al uso de los términos o expresiones que usan habitualmente los miembros de la familia en su discurso.	0	0	0	1	0	1
			4.3.2. El terapeuta usa el humor (Thompson et al., 2007). El terapeuta comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	5	14	7	12	8	14
	4.4. El terapeuta se conduce con autenticidad, se muestra a sí mismo abiertamente (Thompson et al., 2007).	4.4. El terapeuta se conduce con autenticidad, se muestra a sí mismo abiertamente (Thompson et al., 2007).	4.4.1. El terapeuta desvela sus reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	1	1	1	0	1	0
			4.4.2. El terapeuta desvela algún aspecto de su vida personal (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	2	0	1	0	2	0
	4.5. El terapeuta evita comportarse de un modo muy formal (Thompson et al., 2007).	4.5. El terapeuta evita comportarse de un modo muy formal (Thompson et al., 2007).	4.5.1. El terapeuta viste de manera informal (Thompson et al., 2007).	5	4	3	6	5	4
4.5.2. El terapeuta está dispuesto a sentarse en el suelo junto a los miembros de la familia (Thompson et al., 2007).			0	0	0	0	0	0	

Por otro lado, solo para un marcador conductual se cumplió el criterio de revelarse como un marcador diferencial entre tareas resueltas y no resueltas. Se trata del marcador (4.3.1) *El terapeuta se adapta al uso de los términos o expresiones que usan habitualmente los miembros de la familia en su discurso*, asociado al elemento específico (4.3) *El terapeuta se adapta y se une a los miembros de la familia en la sesión como si fuera “parte de la familia”* (Muntigl & Horvath, 2016; Thompson et al., 2007). Este marcador ha aparecido solo dos veces en las 27 sesiones analizadas, pero las dos han sido en casos de tarea no resuelta, ninguna en el grupo de tareas resuelta con éxito. Uno de estos dos casos en que aparece es el siguiente momento (09’23”) en la última sesión (sexta) del caso 4 (Daniela):

-Adolescente: *No sé, porque el otro día estábamos en el parque, y yo me “embajoné” y empecé a llorar, y no sé ni por qué.*

-Terapeuta: *... Uhum.*

-A: *Eso fue lo que me pasó.*

-T: *Vale, porque tú te “embajonaste” y lloraste, pero ¿la pagaste con él?...*

8.1.2.5. *Elemento 5. Bloqueo del proceso terapéutico por la actuación del conflicto parental-adolescente disfuncional en la sesión*

De los tres elementos específicos componentes de este elemento general, solo el primero se ha mostrado como definitorio del proceso de resolución exitosa de la tarea en nuestra muestra. Se trata del *elemento 5.1*, según el cual, *“El subsistema parental, o al menos uno de sus miembros, señala las frecuentes conductas hostiles, violentas o disruptivas, o confronta incluso al adolescente con dichas conductas”*. Aparece en todos los casos de grupo en que sí llega a construirse la alianza terapéutica expandida.

Véase un ejemplo de este tipo de marcador en esta transcripción que sigue de un segmento de la sesión 3 (13’44”), en la que participan conjuntamente Fátima y su padre, y que comienza con la intervención del padre de Fátima respondiendo a la pregunta de la terapeuta sobre cómo han estado desde la cita anterior:

-Padre: *Yo voy a empezar desde el viernes, desde que salimos de aquí, ¿vale?*

-Terapeuta: *Vale.*

-P: *Salimos de aquí y todavía quedaban dos horas de clase.*

-T: *Ahá.*

-P: *Entonces yo quería ir al instituto, entregar el justificante que me habíais dado, y que quedara [la adolescente] dos horas en clase porque, bueno, “en vez de estar en casa estás en clase y estás recuperando todo el tiempo que habías perdido”, pensé yo.*

[Fátima, la adolescente, escucha todo esto mirando al suelo, con gesto de hastío o desagrado.]

-T: *Ahá.*

-P: *Ella se pegó... Empezó ya con la pataleta, a gritar, a hablarme mal, a insultar... Porque... últimamente me insulta mucho...*

-T: *¿Y cuáles son así las cosas principales que te dice?*

-Adolescente: *[Musitando] Asqueroso.*

-P: *“Asqueroso”, “eres un hijo de puta”, “eres malo”, “te odio”, esas cosas.*

No se ha visto confirmado, en cambio, el *elemento 5.2*, “*El subsistema parental, o al menos uno de sus miembros, trata de coaligarse con el terapeuta*”. Este elemento no ha sido observado, de hecho, en ninguno de los seis casos analizados. Ninguno de los cinco marcadores conductuales con que aparece definido operacionalmente este elemento en el modelo se ha dado una sola vez en las veintisiete sesiones.

El *elemento 5.3*, sí ha aparecido, aunque irregularmente, en ambos grupos. Este elemento específico, “*El adolescente reacciona con enfado*” (a la confrontación de él por los padres con sus conductas disruptivas), no ha aparecido de forma homogénea en el grupo de tarea resuelta, ni tampoco de forma exclusiva en ninguno de los dos grupos.

Tabla 15. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "Bloqueo del proceso terapéutico por la actuación del conflicto parental-adolescente disfuncional en la sesión"

ELEMENTOS GENERALES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS	MARCADORES CONDUCTUALES	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	
5. Bloqueo del proceso terapéutico por la actuación del conflicto parental-adolescente disfuncional en la sesión.	5.1. El subsistema parental, o al menos uno de sus miembros, señala las frecuentes conductas hostiles, violentas o disruptivas, o confronta incluso al adolescente con dichas conductas.		-1	-1	-9	-4	-3	-6	
	5.2. El subsistema parental, o al menos uno de sus miembros, trata de coaligarse con el terapeuta.	5.2.1. El subsistema parental presiona al terapeuta para que le dé la razón frente al adolescente, o al menos para que se pronuncie a favor de uno u otro.		0	0	0	0	0	0
		5.2.2. El subsistema parental intenta compartir con el terapeuta una broma o un comentarios irónico que supone, de forma explícita o implícita, una descalificación del adolescente (de sus valores, creencias, aspiraciones, etc.).		0	0	0	0	0	0
		5.2.3. El subsistema parental pide directamente o sugiere al terapeuta que regañe o reprenda al adolescente por alguna de sus conductas problema.		0	0	0	0	0	0
		5.2.4. El subsistema parental intenta compartir con el terapeuta información relevante sobre o para el adolescente, y al mismo tiempo le pide que la mantenga en secreto y no la comparta con él.		0	0	0	0	0	0
		5.2.5. El subsistema parental intenta obtener de forma subrepticia información del adolescente a través del terapeuta, aún a costa de romper el compromiso de confidencialidad entre este y aquel.		0	0	0	0	0	0
	5.3. El adolescente reacciona con enfado.	5.3.1. El adolescente reacciona con enfado al señalamiento de los padres y/o a este intento de coalición de sus padres.		0	-1	-3	-1	0	-1
		5.3.2. La desconfianza o rechazo del adolescente hacia la terapia crece.		0	-1	0	-3	-2	-1

8.1.2.6. Elemento 6. El terapeuta elude el intento de coalición por el subsistema parental

Teniendo en cuenta que al ver los resultados para el elemento 5 comprobamos que el 5.2 no se ha visto confirmado en los casos de nuestra muestra, es fácil concluir que este elemento 6, que está directamente vinculado al 5.2, tampoco se ha observado en ninguno de los casos analizados. Puesto que los miembros de los seis subsistemas parentales observados en ningún caso mostraron los marcadores conductuales de un intento de coalición con el terapeuta, este no se ha visto en ningún momento en la situación de tener que eludir dicho intento.

Tabla 16. Frecuencia de los marcadores conductuales del elemento "El terapeuta elude el intento de coalición por el subsistema parental"

ELEMENTOS GENERALES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS	MARCADORES CONDUCTUALES	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
6. El terapeuta elude el intento de coalición por el subsistema parental.			0	0	0	0	0	0

8.1.2.7. *Elemento 7. Las tendencias de las alianzas terapéuticas del subsistema parental y del adolescente se invierten, haciéndose la alianza del adolescente superior a la del subsistema parental*

Los datos registrados para comprobar la presencia de este elemento como definitorio de las tareas resueltas con éxito indican con bastante claridad que no lo es. Dicha inversión de tendencias o valores de las alianzas no se da en ninguno de los tres casos de este grupo, como puede verse en la siguiente tabla 17 (que se corresponde con la tercera y última fila de la tabla 10). Sin embargo, de forma contraria a lo esperado, este elemento se ha dado en los tres casos del otro grupo, el de fracaso en la tarea, revelándose como un elemento definitorio de este segundo grupo.

Tabla 17. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "Las tendencias de las alianzas terapéuticas de los padres y del adolescente se invierten"

ELEMENTOS GENERALES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS	MARCADORES CONDUCTUALES	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
7. Las tendencias de las alianzas terapéuticas de los padres y del adolescente se invierten, haciéndose la alianza del adolescente con el terapeuta superior a la del subsistema parental			0	0	0	1	1	1

8.1.2.8. *Elemento 8. El terapeuta maneja de forma adecuada la resistencia*

También este elemento del modelo heurístico queda desconfirmado como necesario en los casos en que se construye la alianza terapéutica expandida con éxito, pues no ha aparecido en ninguno de ellos.

Tabla 18. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "El terapeuta maneja de forma adecuada la resistencia"

ELEMENTOS GENERALES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS	MARCADORES CONDUCTUALES	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
8. El terapeuta maneja de forma adecuada la resistencia (Higham et al., 2012)		8.1.1 El terapeuta responde de forma negativa a la falta de implicación del adolescente en el proceso (Higham y cols, 2012).	0	0	0	0	0	0
		8.1.2. El terapeuta insiste en elicitación alguna respuesta del adolescente preguntándole de un modo sensible o cuidadoso (Higham et al., 2012) (como manejo de la resistencia del cliente/adolescente).	0	0	0	3	0	1
		8.1.3. El terapeuta reencuadra la falta de implicación del adolescente en la terapia de forma positiva (Higham et al., 2012).	0	0	0	0	0	0
		8.1.4. El terapeuta habla explícitamente con el adolescente acerca de su resistencia o dificultad para implicarse en la terapia en términos de "aquí y ahora" al tiempo que mantiene una actitud calmada y respetuosa (Higham et al., 2012).	0	0	0	0	0	0

De todos los marcadores conductuales de este octavo elemento, el único que se ha dado en alguna sesión es el marcador 8.1.2, "El terapeuta insiste en obtener alguna respuesta del adolescente preguntándole de un modo sensible o cuidadoso" (Higham et al., 2012). Concretamente se ha apreciado en dos casos, pero los dos del grupo de tareas no resueltas, por lo que puede considerarse este marcador como un elemento potencialmente diferenciador entre tareas bien o mal resueltas, indicando su presencia la mayor probabilidad de lo segundo. Veamos un ejemplo de ello, tomado del caso 6 (Fátima), de su segunda sesión, en un momento (20'08'') en que la terapeuta propone a la adolescente que realice una tarea intrasesión:

-Terapeuta: ... ¿Qué imagen tienes de tu padre? A ver, si me lo tienes que describir... imagínate que él no está aquí y que yo no lo conozco de nada y que te pregunto "Lucía, ¿cómo... cómo es tu padre? Para que yo me haga una idea".

-Adolescente: [Sonriente y, al mismo tiempo, indiferente o poco implicada en la tarea en que se le propone participar] Es que no sé explicarme.

-T: Intenta decirme, sin que él nos vea así...

-A: Es que no sé... [La terapeuta, y el padre, la miran, expectantes]. No sé explicarme.

-T: *¿Cómo le definirías? Así es tu padre, a ver... Decir mira “Pues es que es...” no sé... “Es un pesado, siempre está hablando, o tiene muy mala leche o... no sé, es muy tranquilo...”*.

-A: *No sé... Es que no sé.*

-T: *¿Tú crees que el hecho de que esté el delante... es así, un poco... tenso?*

-A: *No... No lo sé, lo que tengo que decir se lo digo.*

[La terapeuta, llegado este punto, deja de preguntar a la paciente y se dirige al padre.]

-T: *¿Tú sabrías decir, explicarme cómo es ella, si yo no la conociera, para que yo me hiciera una idea?*

-Padre: *Sí...*

[El padre sí se implica fácilmente en la tarea, y lo que sigue es un diálogo entre la terapeuta y el padre en que se desarrolla la tarea que ésta ha propuesta. La adolescente asiste a este diálogo como una observadora externa inicialmente. A pesar de que la terapeuta facilita la participación de la paciente en la tarea del padre, la adolescente mantiene su actitud de no colaboración.]

-T: *... ¿Tú [a la adolescente] estás de acuerdo con la descripción que él [el padre] dio?, ¿te sientes identificada con esa descripción?*

-A: *Pues no lo sé [mirando al suelo].*

-T: *No lo sabes [y al decir esto la terapeuta ríe, y continúa hablando con tono divertido o de buen humor, dando a entender que le hace gracia la respuesta de la terapeuta.] ¡Tú no sabes ni cómo es él, ni cómo eres tú, ni nada!*

-P: *[A la adolescente, preguntándole por cada una de los adjetivos con los que él la acaba de describir.] A ver, tú ¿eres presumida?*

-A: *Sí.*

-P: *¿Eres guapa?*

-A: *[Titubeando.] ...Sí*

-P: *¿Eres inteligente?*

-A: *Bueno... de vez en cuando...*

[La terapeuta permite y facilita que continúe este diálogo incipiente entre la adolescente y su padre, hasta que la adolescente participa activamente de nuevo en la conversación entre los tres. Cuando pasan ya varios minutos (25'46'') de esta participación activa de la adolescente en la conversación a través de la cual se desarrolla la tarea propuesta al padre, la terapeuta vuelve a intentar, sin dar importancia ni mencionar si quiera su rechazo anterior, que la adolescente se implique también en realizar ella misma la tarea.]

-T: Bueno, me quedo con la descripción [que el padre acaba de hacer de la adolescente], que fue una descripción, por lo que veo, que ella está de acuerdo. Ahora ¿intentas tú [dirigiéndose a la adolescente] hacerme la de tu padre?

-A: Pues mira... [Ahora sí, la adolescente comienza a describir a su padre, mostrándose implicada en este ejercicio propuesto por la terapeuta.]

En este ejemplo puede verse como la terapeuta no confronta a la adolescente con su falta de colaboración, no critica esta actitud hacia la tarea, ni siquiera la convierte en un foco de la entrevista. Más bien la acepta como parte del proceso terapéutico, sin dejar de contar con la participación o colaboración de la adolescente por mucho que esta se haya mostrado minutos antes reacia e incluso resistente a participar.

8.1.2.9. Elemento 9. Emergen y se abordan contenidos no elaborados de experiencias traumáticas o negativas pasadas del adolescente.

Este elemento general del modelo se ha visto confirmado en nuestra muestra para el *elemento específico 9.1*, que afirma que, en algún momento de la tarea, *el*

adolescente revela, por su iniciativa o preguntado por el terapeuta, experiencias traumáticas o, al menos, negativas pasadas. Así ha ocurrido en todos los casos de la muestra, no solo en los casos del grupo de éxito en la tarea. En consecuencia, entendemos que puede considerarse un elemento potencialmente definitorio de la tarea resuelta con éxito, pero no diferencial de estas tareas con respecto a las tareas que no llegan a resolverse.

Tabla 19. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "Emergen y se abordan contenidos no elaborados de experiencias traumáticas o negativas pasadas del adolescente"

ELEMENTOS GENERALES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS	MARCADORES CONDUCTUALES	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
9. Emergen y se abordan contenidos no elaborados de experiencias traumáticas o negativas pasadas del adolescente.	9.1. El adolescente revela, por su iniciativa o preguntado por el terapeuta, experiencias traumáticas o, al menos, negativas pasadas.		3	1	2	5	1	5
	9.2. El terapeuta facilita al adolescente la elaboración de estas experiencias traumáticas o negativas pasadas.		3	0	0	2	2	0

Con respecto al *elemento específico 9.2*, alusivo al trabajo de *elaboración de dichas experiencias traumáticas*, vemos en la tabla 19 que puede darse o no en cualquiera de los dos grupos, por lo que no cabe considerarlo como un elemento esencial de las tareas resueltas, ni tampoco diferenciador entre tareas resueltas o no.

8.1.2.10. Elemento 10. El terapeuta entrena u orienta al subsistema parental en autorregulación emocional y el manejo asertivo de los conflictos

En todos los casos de la muestra se ha observado que el terapeuta orienta o entrena al subsistema parental, bien en solitario bien de forma conjunta con el adolescente, en cómo mejorar su capacidad de autorregulación emocional y cómo manejar los conflictos de la forma más asertiva posible, sin adoptar posiciones agresivas hacia el adolescente, para evitar las interacciones hostiles en escalada entre ambos.

Nuevamente nos encontramos aquí con un elemento que ha estado presente en todos los casos de tarea bien resuelta, y del que cabe por tanto pensar que es un elemento que contribuye a la resolución de la tarea, de acuerdo con lo esperado. Pero también se ha dado, igualmente en todos los casos de tarea no resuelta (incluso con más frecuencia), por lo que no puede considerarse que diferencie entre unos tipos de tareas ni otras, ni tampoco que sea suficiente por sí solo para la resolución de la misma.

Tabla 20. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "El terapeuta entrena u orienta al subsistema parental para la mejora de la autorregulación emocional y el manejo asertivo de los conflictos"

ELEMENTOS GENERALES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS	MARCADORES CONDUCTUALES	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
10. El terapeuta entrena u orienta al subsistema parental para la mejora de la autorregulación emocional y el manejo asertivo de los conflictos.		10.1.1. El terapeuta entrena u orienta específicamente al subsistema parental para la mejora de la autorregulación emocional y el manejo asertivo de los conflictos.	6	0	5	5	2	5
		10.1.2. El terapeuta entrena u orienta conjuntamente al adolescente y al subsistema parental para la mejora de la autorregulación emocional y el manejo asertivo de los conflictos.	0	2	0	2	1	2

8.1.2.11. *Elemento 11. El terapeuta facilita el compromiso con el proceso terapéutico, genera motivación hacia el cambio terapéutico*

Nos ocupamos ya del tercero de los cuatro componentes de la alianza terapéutica expandida. Nueve de los dieciocho marcadores conductuales establecidos para denotar la presencia de este elemento general aparecieron en todos los casos de tarea bien resuelta, lo que interpretamos como una señal de su presencia necesaria. Pueden verse en la tabla 21, resaltados en negrita. El resto de los marcadores conductuales se dieron solo en algunos casos, o no llegaron a darse. Y de todos ellos aparecieron tres (escritos en rojo) como potencialmente diferenciales entre los dos grupos de casos: los *marcadores 11.1.6*, referente a la *pregunta del terapeuta a los clientes por su disposición para hacer una tarea prescrita para el período entre sesiones (tareas para casa)*; el *11.1.11*, que alude al *elogio por el terapeuta de la motivación del cliente para cambiar o colaborar en la terapia*; y el *11.1.12*, referido a la *definición de metas o procedimientos por el terapeuta sin pedir la colaboración del cliente*. Los dos primeros se dieron en todos los casos de tarea resuelta, pero solo en uno de fracaso en la tarea,

Tabla 21. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "El terapeuta facilita el compromiso con el proceso terapéutico, genera motivación hacia el cambio terapéutico"

ELEMENTOS GENERALES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS	MARCADORES CONDUCTUALES	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
11. El terapeuta facilita el <i>compromiso con el proceso terapéutico</i> (Escudero, 2014) (Friedlander et al., 2005, escala del SOATIF), genera motivación hacia el cambio terapéutico (Escudero, 2014).		11.1.1. El terapeuta explica cómo funciona la terapia (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	2	1	1	1	3	1
		11.1.2. El terapeuta pregunta al cliente acerca de qué quiere hablar en la sesión (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	2	3	0	0	2	1
		11.1.3. El terapeuta estimula que el cliente defina sus metas en la terapia (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	6	4	3	3	1	6
		11.1.5. El terapeuta pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	2	0	0	0	0	2
		11.1.6. El terapeuta pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación- sugerencia o hacer una tarea (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	1	2	6	3	0	0
		11.1.7. El terapeuta pregunta al cliente por el impacto o valor de una tarea asignada previamente (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	0	3	2	2	0
		11.1.8. El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir (Escudero, 2014) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	4	10	0	4	5	10
		11.1.9. El terapeuta captura la atención del cliente (por ej. inclinándose hacia delante, usando el nombre del cliente, dirigiéndose a él/ella directamente, etc.) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	1	2	2	4	3
		11.1.10. El terapeuta pregunta si el cliente tiene alguna duda o pregunta que hacer, o algo más que decir (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	6	5	3	5	4	1
		11.1.11. El terapeuta elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	1	1	2	0	0	3
		11.1.12. El terapeuta define metas terapéuticas o impone tareas o procedimientos sin pedir la colaboración del cliente (Enganche) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	0	0	-1	-1	0
		11.1.13. El terapeuta porfía con el cliente acerca de la naturaleza, propósito o valor de la terapia (Enganche) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	0	0	0	0	0
		11.1.14. El terapeuta critica cómo hizo (o por no hacerla) el cliente una tarea para casa (Enganche) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	0	0	0	0	0
		11.1.15. El terapeuta alienta la autonomía del adolescente: señala y reconoce la diferencia entre la perspectiva de los padres y la del adolescente, y apoya que el adolescente tome decisiones independientes (Higham et al., 2012)	3	4	3	6	5	4
		11.1.16. El terapeuta ayuda al adolescente a que elija sus propios objetivos, objetivos que tengan sentido para sí (G. M. Diamond et al., 1999)	3	3	3	4	1	2
	11.1.17. El terapeuta explora y presenta alternativas a los miembros de la familia (Escudero, 2014)	5	7	8	10	6	4	
	11.1.18. El terapeuta amplifica el valor de pequeños cambios y excepciones (Escudero, 2014).	1	3	4	1	0	2	

por lo que su presencia podría interpretarse como signo de que la tarea se está desarrollando de forma adecuada hacia su resolución. El último, que es valorado de forma negativa en el SOATIF-o debido a que debilita la formación de la alianza, se dio

en dos casos del grupo de tarea no resuelta y en ninguno de tarea completada con éxito: su aparición podría tomarse como aviso de que el proceso se aleja del éxito en la tarea.

8.1.2.12. *Elemento 12. Reencuadre sistémico del problema y de los objetivos de la familia*

También se confirma que el reencuadre, como estrategia psicoterapéutica dirigida a generar una nueva concepción, una reconstrucción, del problema que afecta a la familia, es un elemento clave para la aparición de la alianza terapéutica expandida, si nos atenemos a su presencia en todos los casos donde esta tarea se resolvió con éxito.

Este elemento apareció también en todos los casos de tarea no resuelta, por lo que hemos de concluir que el reencuadre no es un elemento diferenciador de ambos grupos de casos, ni es suficiente por sí mismo para explicar el éxito de la tarea.

Tabla 22. Frecuencias de marcadores conductuales del elemento "Reencuadre sistémico del problema y de los objetivos de la familia"

ELEMENTOS GENERALES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS	MARCADORES CONDUCTUALES	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
12. Reencuadre sistémico del problema y de los objetivos de la familia (Escudero, 2014)			13	15	5	16	20	15

8.1.2.13. *Elemento 13. El subsistema parental expresa comprensión y apoyo a su hijo/a adolescente*

En todos los casos del grupo de tareas resueltas se observó este elemento. Cinco de los seis marcadores conductuales propuestos para identificarlo han aparecido sistemáticamente en los casos de Alberto, Bruno y Carlos. En cambio, ni uno de ellos se ha dado en todos los casos del grupo de tarea no resuelta. Esta diferencia entre grupos,

observada únicamente para este elemento de los 13 del modelo (excepción hecha de los elementos inicial y final) señala a la expresión de comprensión y apoyo del subsistema parental hacia la o el adolescente como el elemento más definitorio y relevante de cara al logro de la alianza terapéutica expandida.

Tabla 23. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "El subsistema parental expresa comprensión y apoyo a su hijo/a adolescente"

ELEMENTOS GENERALES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS	MARCADORES CONDUCTUALES	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
13. El subsistema parental expresa comprensión y apoyo a su hijo/a adolescente (Higham et al., 2012).		13.1.1. El subsistema parental o uno de sus miembros expresan claramente su afecto al adolescente. Le dicen que le quieren, o de alguna otra forma clara le transmiten su cariño (Higham et al., 2012).	3	1	2	1	0	4
		13.1.2. El subsistema parental o uno de sus miembros expresan explícitamente que pueden comprender por qué el adolescente se siente enfadado, con ellos mismos o con otras personas. Es decir que pueden comprender los motivos que le han llevado a sentirse así (Higham et al., 2012).	1	1	1	2	0	4
		13.1.3. El subsistema parental o uno de sus miembros reconoce explícitamente las aportaciones positivas del adolescente al sistema familiar. Es decir que lo reconocen como un miembro importante de la familia (Higham et al., 2012).	1	0	0	3	0	0
		13.1.4. El subsistema parental o al menos uno de sus miembros se muestra claramente dispuesto o motivado para ayudar al adolescente a buscar soluciones para cualquiera de sus problemas (Higham et al., 2012).	3	2	1	3	0	3
		13.1.5. El subsistema parental o uno de sus miembros cambia sus atribuciones o construye nuevas explicaciones del problema (Friedlander, Heatherington, Johnson, & Skowron, 1994).	1	2	1	1	0	1
		13.1.6. El subsistema parental o uno de sus miembros reconoce su parte de responsabilidad en el problema (Friedlander, Heatherington, Johnson, & Skowron, 1994).	4	2	1	5	0	9

Puede ser un buen ejemplo de este elemento el que encontramos en la quinta sesión (63'18'') del caso 1, de Alberto, expresado mediante el *marcador conductual 13.1.1, el subsistema parental expresa claramente afecto al adolescente*, cuando interviene la madre en respuesta a la invitación por el terapeuta a los miembros de la familia a que hablen si quieren decir algo antes de terminar la sesión:

-Madre: ... por ejemplo el otro día, el día de la madre, que... Yo, ese día, lo eché muchísimo de menos [al adolescente, internado en un centro de medidas restrictivas de libertad], ¿no? Y me hubiera encantado que él estuvie... Yo lo llamé, a

mediodía... 'jová'... y me... hubiera encantado que él estuviera con nosotros, poder disfrutar el día todos juntos. Porque no es lo mismo...

-Terapeuta: Uhum.

-M: Aunque estés con Nicol [la hermana del adolescente], estamos los tres, pero falta él. Y... en nuestra casa somos cuatro. Quiero decir que él no está, pero él está, en nuestro corazón está igual. Nosotros lo queremos más que nada en el mundo. Quiero decir que... Y yo quiero que se quede con eso. Que sí, que nosotros le queremos y le querremos siempre...

Otro ejemplo, esta vez del *marcador 13.1.6*, el *subsistema parental reconoce su parte de responsabilidad en el problema*, lo encontramos en la sesión 2 (41'43'') del caso de Bruno:

-Terapeuta: [A la madre] ¿Y tú en algún momento, por ejemplo, por esto que dicen ellas [las hermanas del adolescente], por alguna situación, te sientes así culpable, por no haber podido hacer algo diferente?

-Madre: Sí, después de un tiempo lo piensas, ahora que estoy más tranquila [...] Yo me tenía que haber marchado [de la casa donde convivía con su exmarido y padre del adolescente] la primera vez [que el exmarido la trató mal]. De eso sí que me arrepiento...

Pero la importancia de este decimotercer elemento para generar cambio en el adolescente queda mejor ilustrada en un momento posterior (73'11'') de esta misma sesión, en que la verbalización de la madre de la aceptación de su parte de responsabilidad antecede (hace posible, *abreacciona*) la expresión catártica por el adolescente del motivo de su enfado furioso con la madre:

-Madre: Yo creo que Bruno me cogió mucha manía por culpa de que yo le decía, "Bruno, intenta portarte bien, intenta tal"... le di muchas oportunidades. Cuando él vio que yo de verdad... tal... Sí, yo creo que cuando llegó el momento de

entrar en el centro, ahí ya fue... “mi madre para mí acabó”. De hecho, él me dijo “¡que estoy aquí [en el centro de internamiento] por culpa tuya! ¡Estoy aquí por culpa tuya!” ...

-Adolescente: [Reafirmandose.] Estoy aquí por culpa tuya.

-M: ¡Ya sé que estás aquí por culpa mía! Pero ya lo dije yo.

-A: ¡Pero es que yo no le hacía daño a nadie, joder! [Al adolescente se le quiebra la voz en este momento.]

-Hermana menor: Pero era la consecuencia de tu comportamiento.

-A: ¡Pero es que yo no le hacía daño a nadie, joder! ¡Me cago en dios! ¡Yo no le hacía daño a nadie!

-Hm: Si has dicho que cuando entrabas en casa te ponías violento.

-A: ¡Pero si yo no estaba en la casa, ¿cuándo me ponía violento?!

-Hm: Te ponías así todo el rato. Mamá te pedía explicaciones, como era una cosa normal con un menor de edad...

-A: ¡Pero si es que yo no me meto con ella, entro por la puerta, y ni con ella hablaba, ¿para qué coño me tiene que hablar, macho?! ¡Yo quería ir a lo mío! ¡Y si acababa muerto en una cuneta, pues seguramente sería lo mejor que me podía pasar en ese momento! [Su voz se vuelve cada vez más llorosa] ¡No quería que me hablara nadie! ¡Joder!

-M: Él estaba...

-Terapeuta: [En un tono sosegado, en contraste con el de la familia en este momento.] Pero entonces... Bruno, entonces es porque estabas mal.

-A: ¡No quería tener trato con ella!... [Entre furioso e impotente.] Y yo sé que en ese momento me dicen murió, pues murió, tanto ella como mi padre.

8.1.2.14. *Elemento 14. El terapeuta facilita que los miembros de la familia compartan un mismo sentido del propósito de la terapia*

Ninguno de los nueve marcadores conductuales de este elemento, todos ítems del SOATIF-o, ha aparecido de forma homogénea en el grupo de tarea resuelta. Se trata por tanto de un elemento del modelo heurístico cuya relevancia para la construcción de la alianza expandida se ve cuestionada atendiendo a los casos de esta muestra. Tan solo uno de los marcadores conductuales se ha mostrado como probablemente diferenciador de ambos grupos, pues ha aparecido en dos casos del grupo de no resolución de la tarea mientras que ha estado ausente en los tres casos de éxito. Se trata del *marcador 14.1.9*, que alude a la *conducta del terapeuta de no atender o pasar por alto temas o preocupaciones expuestos en la sesión por algún miembro de la familia mientras que sí se atienden los de otros*.

Tabla 24. Frecuencias de los marcadores conductuales del elemento "El terapeuta facilita que los miembros de la familia compartan un mismo sentido del propósito de la terapia"

ELEMENTOS GENERALES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS	MARCADORES CONDUCTUALES	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
14. El terapeuta facilita que los miembros de la familia compartan un mismo sentido del propósito de la terapia (Friedlander et al., 2005, escala del SOATIF).		14.1.1. El terapeuta alienta acuerdos de compromiso entre los clientes (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	0	4	0	0	1
		14.1.2. El terapeuta anima a los clientes a preguntarse entre ellos por sus puntos de vista respectivos (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	0	0	0	0	1
		14.1.3. El terapeuta elogia a los clientes por respetar los puntos de vista de los otros (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	1	0	0	1	1
		14.1.4. El terapeuta subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o solución (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	0	0	0	1	0
		14.1.5. El terapeuta destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades, o sentimientos (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	1	0	1	2	1	3
		14.1.6. El terapeuta anima al cliente a mostrar afecto, interés o apoyo a otro cliente (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	3	0	1	0	0	2
		14.1.7. El terapeuta anima a un cliente a pedir confirmación y opinión (feedback) a otro/s (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	0	0	0	0	0
		14.1.8. 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 (Sentido de Compartir el Propósito) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	0	0	0	0	0
		14.1.9. El terapeuta no atiende las preocupaciones explicitadas por un cliente discutiendo únicamente las preocupaciones de otro cliente (Sentido de Compartir el Propósito) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	0	0	0	0	-2	-2

Estos marcadores aparecieron en los casos 5, de Emilio, y 6, de Fátima. En el primero de ellos, la hermana mayor del adolescente, en las dos sesiones en que participa, da a entender al terapeuta que ella se encuentra mal, que años atrás sufrió “una depresión de caballo”, y que actualmente se siente culpable. En ambas ocasiones el terapeuta opta por enfocar la entrevista en ese momento en otra cuestión más directamente relacionada con el problema motivo de consulta. En una de ellas lo justifica explícitamente porque la hermana ya hace su propio tratamiento, remitiéndola al mismo. En la otra opta por ocuparse directamente de otro tema, sin acoger dicha expresión de vulnerabilidad de la hermana. En el caso de Fátima, en un par de ocasiones el padre deja ver a la terapeuta su deseo de abordar un tema que le interesa especialmente, su malestar por el rechazo de la adolescente hacia su pareja actual (del padre). La terapeuta, sin embargo, opta por abordar otras cuestiones que puede considerar más relevantes en ese momento del proceso.

8.1.2.15. *Elemento 15. Marcador de resolución de la tarea: alcanzar el sentido de propósito compartido de la terapia entre los miembros de la familia*

La relevancia de este decimoquinto elemento del modelo, como la del primero, no está en estudio en esta investigación. Es incuestionable desde el momento en que la tarea, su inicio y terminación, ha sido definida precisamente por la presencia de dichos elementos primero y último.

Tabla 25. Marcadores de resolución de la tarea: "Alcanzar el sentido de propósito compartido entre los miembros de la familia"

ELEMENTOS GENERALES	ELEMENTOS ESPECÍFICOS	MARCADORES CONDUCTUALES	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
15. MARCADOR DE COMPLECIÓN DE LA TAREA: ALCANZAR EL "SENTIDO DE PROPÓSITO COMPARTIDO ENTRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA" (Escudero, 2014)	15.1. Los tres factores seguridad, conexión emocional y enganche del SOATIF-o se valoran para todos los miembros de la familia con una puntuación neutral (0), o positiva (+1 = ligera; +2 = bastante fuerte; +3 = muy fuerte), y (ii) el factor sentido compartido de propósito se valora con una puntuación positiva (+1 a +3).		1	1	1	0	0	0

* * *

Los resultados mostrados hasta aquí, en este apartado, sobre los elementos del modelo propuesto que pueden de hecho ser definitorios y diferenciales de los procesos terapéuticos en que la alianza terapéutica expandida se construye con éxito están basados en el análisis de la presencia o ausencia de dichos elementos, así como en la homogeneidad intragrupo de dicha presencia. Sin embargo, el análisis de todas las sesiones para la identificación de los elementos del modelo había generado una tabla donde quedaba registrada no solo la presencia o ausencia de dichos elementos, sino también su frecuencia de aparición (como puede verse en las tablas 11 a 25). Aunque la presente investigación es de naturaleza cualitativa, basada en el análisis detallado de una muestra pequeña de casos, decidimos aprovechar la disponibilidad de dicha tabla de frecuencias por si de ella se pudiera inferir alguna información útil mediante su análisis estadístico. Con este fin analizamos las posibles diferencias entre los grupos de tarea resuelta con y sin éxito, mediante el cálculo de la *U* de Mann-Whitney. Realizamos esta prueba tanto para las frecuencias absolutas encontradas en los casos de cada grupo como para dichas frecuencias promediadas para el número de sesiones analizadas de cada caso, ya que esta diferencia en el número de sesiones podía influir como variable de confusión. Los niveles de significación resultantes fueron todos superiores al .05, oscilando entre 1.00 y .10. Esto implica la ausencia de diferencias significativas entre los grupos de tarea resuelta y no resuelta en la frecuencia de aparición del conjunto de marcadores conductuales contemplados por el modelo.

8.2. Identificación de otros elementos relevantes para la construcción de la alianza terapéutica expandida no incluidos en el modelo inicial de la tarea

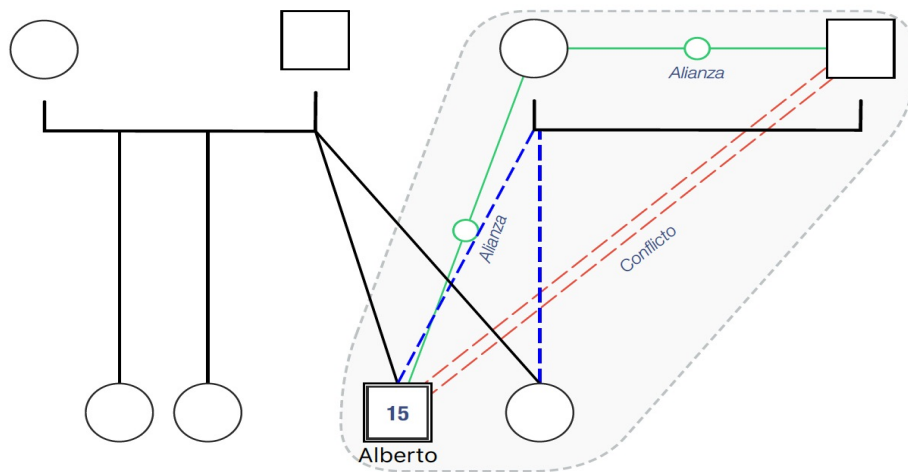
Para llevar a cabo este objetivo específico, al mismo tiempo que se analizaron las sesiones identificando la presencia/ausencia de los diversos elementos del modelo heurístico, se siguió también un proceso de análisis inductivo dirigido a identificar elementos comunes y diferenciales en los dos grupos de casos no contemplados

previamente en dicho modelo. Este proceso de análisis inductivo consiste en atender a aquellos aspectos o características que se revelan como comunes de los casos de un grupo A, y que al mismo tiempo los diferencia frente a los casos del grupo B. Y viceversa. Realizamos este análisis desde el supuesto lógico de que dichos elementos presentes en todos los casos de un mismo grupo y ausentes en todos los del otro bien pueden considerarse, al menos hipotéticamente por el momento, como definitorios de ese grupo en que se encontraron, y diferenciadores entre este y el grupo alternativo. Mediante este análisis inductivo, se identificaron los siguientes elementos:

8.2.1. Participación en el proceso terapéutico de un miembro del sistema familiar que muestra un vínculo de alianza simultáneamente con el adolescente y el miembro del subsistema parental más en conflicto

En los tres casos de tarea resuelta con éxito se encontró que en algún momento del proceso terapéutico intervino algún componente (individuo o subsistema) del sistema familiar que mostró un vínculo positivo o de alianza simultáneamente con el adolescente y con el miembro del subsistema parental con el que éste estaba en conflicto más intensamente. Esto, por el contrario, no se observó en ninguno de los tres casos del grupo de tarea no resuelta. En el caso de Alberto, caso 1, este miembro fue la madre; en el caso 2, de Bruno, fue el subsistema fraternal del adolescente, es decir sus dos hermanas mayores, quienes desempeñaron este papel; y en el caso Carlos, caso 3, fue la pareja actual del abuelo/tutor de acogida, es decir la abuelastra de Carlos, quien actuó en este sentido. En ninguno de los otros tres casos se dio esta condición, y ello a pesar de que también en estos otros casos participaron terceros miembros de la familia, nuclear o extensa, como, por ejemplo, la pareja de la abuela/tutora de acogida en el caso de Daniela (caso 4), y los hermanos mayores del adolescente en el caso de Emilio (caso 5). Tan solo en un caso, el de Fátima (caso 6), perteneciente también al grupo de tarea no resuelta, no participó en las sesiones de la muestra ningún otro miembro de la familia distinto de la adolescente y el padre en conflicto, lo que supone, al fin y al cabo, que tampoco en este caso se dio el requisito de que participara en la terapia algún miembro de la familia que mantuviera un vínculo de afecto positivo simultáneamente con los dos elementos del sistema familiar en conflicto.

Figura 10. Genograma del caso 1, Alberto



En el caso de Alberto, representado en el genograma que podemos ver en la figura 10⁵, los polos del conflicto parental-adolescente son sus padres adoptivos, por un lado, y Alberto, por otro. Sin embargo, aun cuando la madre adoptiva forma parte de ese subsistema parental actual con el que el adolescente está en conflicto, en numerosas ocasiones a lo largo de las cuatro sesiones de este caso incluidas en la muestra puede observarse que su posición con respecto al adolescente es distinta en relación con la que mantiene el padre adoptivo de Alberto. Su padre adoptivo, como él mismo cuenta en algún momento de la terapia, es quien asumió un papel más activo a la hora de enfrentarse y poner límites, incluso físicamente, a las provocaciones y desobediencia graves de Alberto. La madre, por su parte, se muestra como formando un equipo con el padre, apoyándole en sus decisiones, a veces muy difíciles, como el internamiento del adolescente en un instituto de ESO de régimen interno durante varios años. Apoya al padre en las funciones parentales y muestra un vínculo afectivo predominantemente

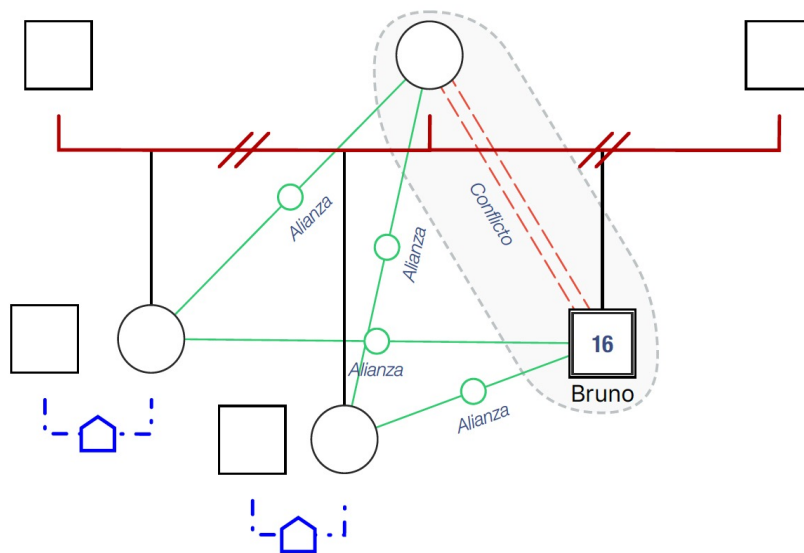
⁵ En este genograma y en los cinco que siguen dentro del presente apartado, generados mediante el programa *iGenogram*, representamos exclusivamente los signos de relación entre los miembros del sistema familiar que participan en alguna de las sesiones de los respectivos procesos terapéuticos que son incluidas en la muestra. Para la interpretación de los símbolos empleados en estos genogramas, véase el anexo 6.

positivo con él. Al mismo tiempo, sin embargo, la madre es claramente más afectuosa, cálida y protectora en relación con el adolescente que el padre.

En el caso Bruno, segundo de la muestra general y segundo también del grupo de tarea resuelta con éxito, los dos elementos o polos en conflicto dentro del sistema familiar son Bruno y su madre, como podemos ver en la figura 11. Aunque el padre de Bruno vive y en el pasado formó también parte del subsistema parental, teniendo también una relación conflictiva con el adolescente, el padre no llega a participar en ninguna sesión y en el momento de empezarse la terapia el paciente hace ya varios meses que ni convive ni tiene contacto con él. El padre se encuentra, además, justo en esta primera fase de la terapia, hospitalizado por una enfermedad terminal, hasta el punto que fallece entre la segunda y la tercera sesión. Por otro lado, en el momento de iniciarse el tratamiento, el vínculo entre el padre de Bruno y el resto de la familia es tan débil (lleva años separado de la madre, y las hermanas mayores de Bruno, que no son sus hijas biológicas, rehúsan mantener relación con él desde que se separó de la madre) que, aun cuando no hubiera estado enfermo, hubiera sido muy improbable que hubiera llegado a participar en la terapia. Por este motivo consideramos que en este caso el subsistema parental actual en conflicto con el adolescente está integrado exclusivamente por la madre de Bruno. Los polos del conflicto parental-adolescente serían pues, en este caso, Bruno y su madre.

El componente de esta familia (caso 2) que proponemos aquí que desempeña un papel relevante para la formación de la alianza terapéutica expandida es el subsistema fraternal del paciente, es decir sus hermanas, mayores ambas que el adolescente, pues son ambas y no una sola quienes actúan simultáneamente en este sentido que aquí decimos. En el momento de la terapia, el subsistema fraternal del adolescente puede decirse que forma parte de la familia extensa, y no de la nuclear del paciente, pues hace tiempo ya que ambas hermanas se emanciparon y formaron sus propios núcleos familiares con sus respectivas parejas, a pesar de ser ambas muy jóvenes y no tener hijos ninguna de ellas. Nuestra afirmación de que este subsistema fraternal tiene un vínculo simultáneamente positivo tanto con la madre como con el adolescente la fundamentamos en sus conductas de interacción recíproca en este sentido en el contexto de la terapia.

Figura 11. Genograma del caso 2, Bruno



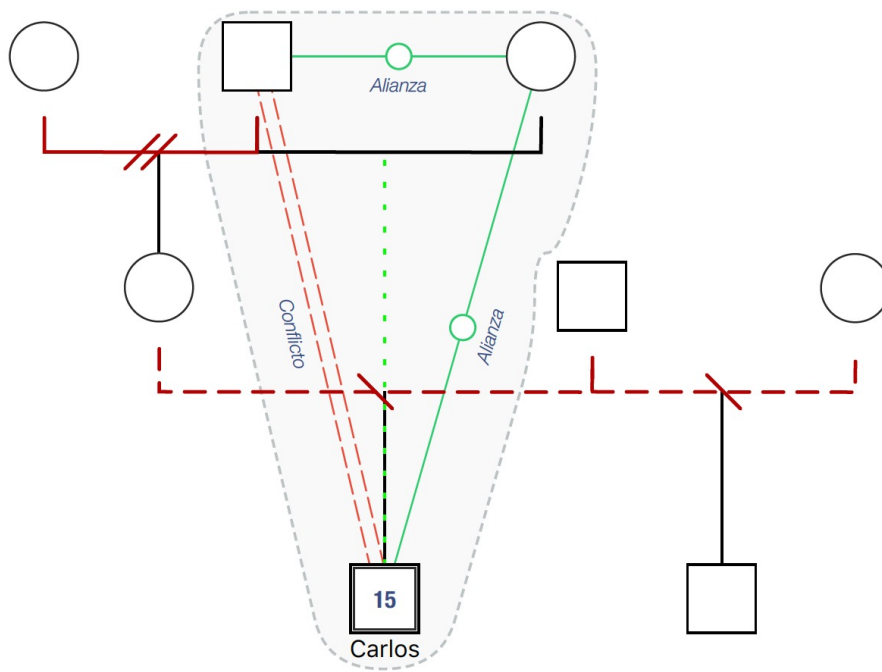
Ambas hermanas verbalizan aspectos positivos tanto del hermano adolescente como de su madre, y son capaces de señalar aspectos reprochables o mejorables de ambos en la sesión de manera no destructiva, sino asertiva. Cuando la madre o el hermano se atacan o critican de forma hostil en la sesión, ambas hermanas reaccionan protegiendo al miembro de la familia atacado. Puede decirse, por tanto, asimismo, que ambas hermanas guardan una posición neutra en relación con el conflicto parental-adolescente que se está dando entre su madre y su hermano menor. Esta función mediadora del subsistema fraternal en el caso de Bruno queda ejemplificada en la segunda sesión (40'19''), en que las hermanas, y principalmente la mayor, muestran un papel activo en la entrevista, mostrando una posición simultáneamente neutra y afectuosa en relación con el adolescente y la madre. Señalan de forma asertiva los momentos en que consideran que ambos, madre y adolescente, actuaron de forma inadecuada, y al mismo tiempo intervienen mostrando con claridad comprensión y apoyo también hacia ambos. Podría decirse que la función de las hermanas en esta sesión roza casi la coterapia en relación con el terapeuta, o, al menos, supone un apoyo destacado para la labor de este.

-Terapeuta: O sea, que... Entonces, el padre como que usaba a Bruno de, así, como de...

-Madre: Sí, cuando veía cosas como que yo decía “así no, tal”, sí.

-Hermana mayor: A ver, había muchas situaciones, las cosas como son, que Bruno era como que estaba en medio y tiraba uno de un lado y otro de otro, y así no era. Muchas veces. Porque yo te tenía dicho [a la madre] “si vosotros queréis discutir, discutid, apañaros, pero dejad al rapaz aparte”, que no tenía nada que ver en esto. ¿Que querían discutir [los padres]?: tal, pero el rapaz aparte. Y eso, muchas veces. Ella menos, pero bueno, tanto una como otro, y así tampoco era. En esa temporada me refiero.

Figura 12. Genograma del caso 3, Carlos



En el tercer caso de la muestra (figura 12), ejemplo también de éxito en la tarea investigada, se da asimismo la presencia de un tercer miembro de la familia que realiza la función de mediador a que nos referimos. Carlos, un adolescente de 15 años, vive desde su edad escolar con su abuelo materno, quien asumió poco después su tutela legal en régimen de acogimiento ante la actitud de abandono reiterada de su madre. De este modo el subsistema parental de Carlos pasó a estar conformado por su abuelo materno y —a efectos prácticos, que no legales— la esposa de este. Dentro de este subsistema parental, sin embargo, cada miembro tiene una actitud distinta en relación con el adolescente. La que mantiene su abuelo se caracteriza principalmente en el último año por el distanciamiento y el enfrentamiento. El abuelo atribuye esta situación a que su nieto, de un tiempo a esta parte, le miente ocultándole que falta diariamente al instituto, fuma porros, no colabora en casa y genera un gasto en facturas de móvil desorbitado. La esposa del abuelo, o abuelastra de Carlos, coincide con su marido en mostrar desaprobación por la conducta de Carlos, y le apoya en su exigencia al adolescente de que corrija su conducta. Al mismo que se muestra comprensiva con el malestar del abuelo, sin embargo, media siempre en las discusiones entre ambos, y da muestras de cómo su disgusto por la actitud del adolescente no le impide mantener un estilo de comunicación más amable, menos hostil, con Carlos.

En el caso 4, de Daniela, primera del grupo de tarea no resuelta, deja de darse esta condición, como se muestra en la figura 13. De forma parecida a lo que ocurre en el caso de Carlos, Daniela es una adolescente de 15 años de edad cuya tutela legal fue retirada por la Fiscalía de Menores a su madre, quien la maltrataba, y confiada a su abuela materna. Y desde entonces, también como en el caso de Carlos, Daniela vive con su abuela y con su abuelastro en el domicilio de estos. A diferencia del caso de Carlos, y de los otros dos anteriores, sin embargo, ni el abuelastro ni ningún otro miembro de la familia de Daniela muestra una vinculación de apoyo y afecto positivo simultáneamente con Daniela y con su abuela, o al menos, si una figura así existe, ni participa ni llega a ser mencionada siquiera durante las sesiones analizadas. El abuelastro, quien participa en la última de las sesiones incluidas en la muestra, la sexta, muestra en realidad una relación de desapego con la abuela, como esta misma reconoce varias veces y confirma también la adolescente. Y el mismo abuelastro reconoce en dicha sesión sexta que su posición en relación con la adolescente es esquiva o distante, por temor a que esta le reproche, según su perspectiva, que él no tiene derecho a intervenir en su educación.

Figura 13. Genograma del caso 4, Daniela

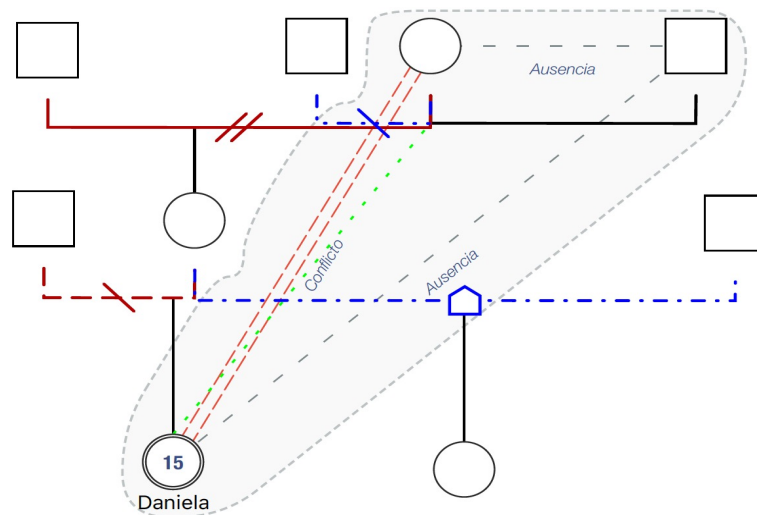
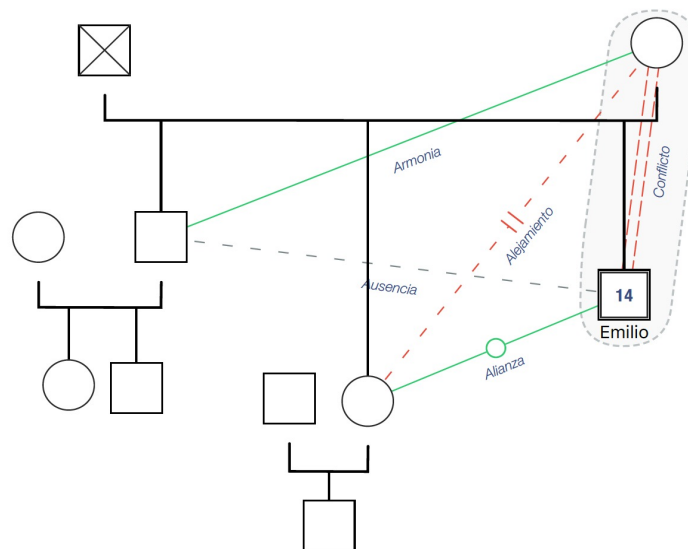


Figura 14. Genograma del caso 5, Emilio

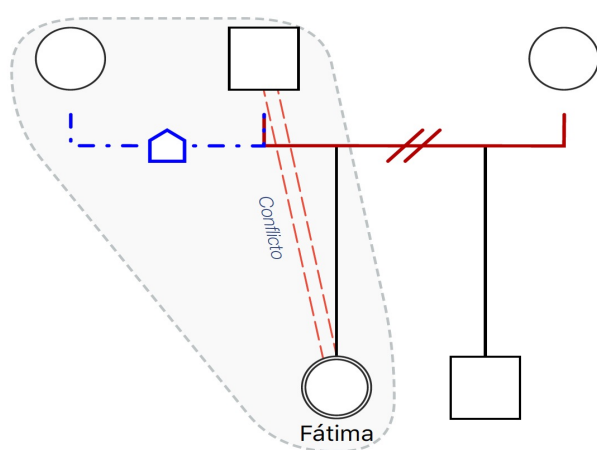


Del mismo modo que hemos establecido antes un paralelismo entre los casos de Carlos y Daniela, en el sentido de que ambos viven en acogimiento por uno de sus abuelos tras haberse retirado la tutela a los padres biológicos y en ambos casos sus abuelastros participaron en el proceso terapéutico como parte del subsistema parental actual, también podemos equiparar el caso 5, de Emilio, adolescente de 14 años, al de Bruno, en tanto que ambos viven solos con sus madres, ambos son los hijos menores de la familia y los hermanos mayores de ambos participan en la terapia. Pero, al igual que

en los casos de Carlos y Daniela sus respectivos abuelastros participaron mostrando actitudes y funciones muy distintas en relación con sus familiares en conflicto, los hermanos mayores de Emilio van diferenciarse de las hermanas mayores de Bruno en tanto que aquellos no muestran los mismos vínculos positivos y simultáneos de alianza con la madre y con su hermano adolescente. La hermana sí muestra una relación de alianza con Emilio, pero solo con él, mientras que con la madre expresa una actitud que puede interpretarse como de desesperanza con respecto a la posibilidad de obtener la aprobación de la madre, quien la sigue cuestionando y criticando como si fuera una adolescente dependiente de ella, del mismo modo que hace con Emilio. El hermano mayor, por su parte, aunque muestra una relación armónica con la madre y un compromiso con sus responsabilidades básicas de cuidado hacia su familia de origen tras el fallecimiento del padre, no expresa complicidad o conexión emocional con su hermano adolescente.

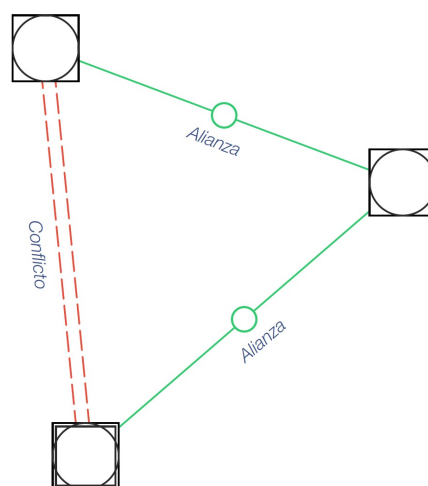
Por último, en el caso 6 de la muestra, el de Fátima, puede verse con más facilidad que en los dos anteriores que no se cumple la condición de los tres primeros, pues en este caso, durante las cuatro primeras sesiones, que son las que se incluyeron en la muestra, ni siquiera llegó a participar algún miembro de la familia distinto a los dos en conflicto: la adolescente, Fátima, de 13 años de edad, y su padre. Podemos decir además que, de la información aparecida a lo largo de las cuatro sesiones analizadas se deduce que no existe dentro del sistema familiar ningún miembro que hubiera podido desempeñar dicho papel en el caso de haber sido citado y haber accedido éste a participar.

Figura 15. Genograma del caso 6, Fátima



Por lo tanto, estos tres últimos casos tienen en común precisamente algo que les diferencia de aquello que sí comparten los tres primeros, la participación en el proceso terapéutico, y más concretamente en las primeras sesiones, de uno o varios miembros de la familia, pertenecientes al mismo subsistema parental o a otro (por ejemplo la fratria), que han desarrollado o construido vínculos afectivos positivos y de colaboración, es decir, alianzas, tanto con el adolescente como con el miembro del subsistema parental con el que este mantiene una relación de conflicto disfuncional que mantiene bloqueado el desarrollo familiar. Esta característica diferencial del grupo de familias en que se resuelve con éxito la tarea se representa en sus respectivos genogramas por la aparición de la estructura que aparece en la figura 16.

Figura 16. Estructura sistémica común en las familias del grupo de casos en que la tarea se resuelve con éxito



8.2.2. Ausencia de cambios en los valores relativos de alianza terapéutica de adolescente y subsistema parental antes de llegar a lograrse la aparición de la alianza terapéutica expandida

Este hallazgo deriva del análisis de datos que realizamos para comprobar el cumplimiento de uno de los supuestos básicos del modelo (apartado 8.1.1.4), concretamente el que afirmaba que “En algún momento de la tarea de construcción de

la alianza terapéutica expandida con éxito, según su concepción en el modelo SOATIF, aparecen tendencias opuestas en las alianzas terapéuticas de algunos miembros de la familia: mientras que las de unos miembros del sistema familiar mejoran o se fortalecen, las de otros empeoran o se debilitan". Como vimos, los datos (tabla 10) desconfirmaron este supuesto para los casos de nuestra muestra, pues no se dio esta condición en los casos del grupo de tarea resuelta. Sin embargo, estos mismos datos resultan igualmente útiles para mejorar el modelo de la tarea, pues revelan que sí se da un patrón homogéneo en la muestra en relación con las oscilaciones de los valores de las alianzas terapéuticas de los diversos miembros o subsistemas familiares en los casos del grupo de tarea no resuelta. Dicho patrón consiste en la aparición de dos cambios sucesivos en el equilibrio de los valores de las alianzas de adolescente y subsistema parental, siendo el segundo de ellos el que termina con una alianza del subsistema parental deteriorada en relación con la que el adolescente muestra hacia el terapeuta. En los tres casos del grupo de éxito en la tarea, en cambio, no aparece ningún cambio en dichos valores relativos de alianza.

8.2.3. La alianza terapéutica del subsistema parental permanece en un valor igual o superior a la del adolescente durante todas las sesiones conjuntas hasta aparecer la alianza terapéutica expandida

Aunque este elemento o está directamente relacionado con el anterior y pudiera pensarse en principio que se trata en realidad del mismo, lo incluimos en esta relación como un hallazgo independiente porque también podría darse el caso de que la alianza terapéutica del subsistema parental tuviera un valor inferior a la del adolescente aun cuando no ocurriera nunca una inversión de los valores de ambos elementos del sistema familiar. Es lo que ocurriría en aquellos casos en los que, desde el principio, la alianza terapéutica del adolescente fuera y permaneciera en un valor superior a la del subsistema parental. Casos así no suelen observarse en la práctica de la terapia familiar con familias afectadas por un conflicto parental-adolescente disfuncional, pero tampoco puede decirse que no sean posibles.

Es una característica, por tanto, de los casos en que la tarea se resuelve con éxito, al menos de los que integran nuestra muestra, el hecho de que la alianza

terapéutica del subsistema parental permanece en un valor igual o superior a la del adolescente durante todas las sesiones conjuntas hasta aparecer la alianza terapéutica expandida

8.2.4. El fracaso en la resolución del conflicto parental-adolescente implica el internamiento del adolescente en un centro institucional

Si comparamos los dos grupos de familias incluidas en la muestra atendiendo a quién ostenta la tutela y custodia de los adolescentes, no se aprecia ninguna diferencia relevante, pues ambos grupos son heterogéneos en este sentido, como puede verse en la tabla 26.

Tabla 26. Situación legal de los adolescentes en el momento de iniciarse la terapia

Caso 1, Alberto	Internado en centro de medidas restrictivas de libertad
Caso 2, Bruno	Internado en centro de medidas restrictivas de libertad
Caso 3, Carlos	Acogimiento por abuelo materno. En seguimiento por servicio protección menores
Caso 4, Daniela	Acogimiento por abuela materna. En seguimiento por servicio protección menores
Caso 5, Emilio	Tutela y custodia: madre biológica. Sin medidas de protección.
Caso 6, Fátima	Tutela: padres biológicos. Custodia asignada al padre. En seguimiento servicio protección menores

Aunque las dos primeras familias del primer grupo tienen en común que los adolescentes, Alberto y Bruno, están internados en un centro de medidas de restricción de su libertad, el tercero, Carlos, vive en su hogar familiar, con su abuelo y abuelastra. Y en el segundo grupo la heterogeneidad en este sentido es completa, pues ninguno de los tres adolescentes tiene la misma situación. Daniela y Fátima están en seguimiento por los servicios de protección de menores, pero mientras que la primera vive con su abuela materna, a quien se asignó su acogimiento tras retirarse la tutela a la madre, la segunda vive con su padre biológico y la pareja de este. Emilio, en cambio, vive con su madre, sin que nunca haya tenido problemas con la justicia ni tampoco haya tenido que intervenir en ningún momento en su caso el servicio de protección de menores.

Partiendo de esta situación, por tanto, no cabe plantearnos que la situación legal de los adolescentes contribuya a explicar la diferencia entre ambos grupos.

Sin embargo, el análisis de los contenidos que aparecen en el proceso terapéutico en relación con esta variable nos revela que en realidad sí es relevante cuando, en lugar de atender a cuál es la situación actual de estos adolescentes y sus familias, atendemos a la expectativa que estos pueden tener en cuanto a la probabilidad de que dicha situación mejore o empeore en función de que persista o se resuelva la situación de conflicto familiar. Desde esta perspectiva podemos apreciar entonces que ambos grupos sí son mucho más homogéneos internamente de lo que parecía (ver tabla 27).

Tabla 27. Expectativas de los adolescentes en relación con la persistencia del conflicto

Caso 1, Alberto	Reducción drástica de permisos para salir del centro. Probable nuevo internamiento.
Caso 2, Bruno	Reducción drástica de permisos para salir del centro. Probable nuevo internamiento.
Caso 3, Carlos	Cese de la tutela y acogimiento por el abuelo, e ingreso en centro de acogida.
Caso 4, Daniela	Volver a vivir con madre. Sin riesgo percibido de internamiento.
Caso 5, Emilio	Seguir viviendo en su hogar, con su madre. Sin riesgo percibido de internamiento.
Caso 6, Fátima	Volver a vivir con la madre. Sin riesgo percibido de internamiento.

En una o varias intervenciones a lo largo de las sesiones analizadas, los adolescentes del primer grupo expresan su preocupación por la pérdida de permisos para salir del centro si su conducta y relación con sus tutores o custodios no mejora. Y en el caso de Carlos, que nunca ha llegado a estar internado en un centro, dado que, en el caso de agudizarse su conflicto con su abuelo, no tiene otro hogar familiar al que menores pueda asignar su acogimiento, el riesgo de terminar siendo trasladado por el servicio de protección de menores a un centro de acogida es alto. Este riesgo, y la preocupación de los miembros de la familia en este sentido, aparece de forma explícita en el contenido de las sesiones.

Esta situación, sin embargo, es muy distinta para los casos del grupo de tarea no resuelta. En los casos de Daniela y Fátima, a pesar de que cabe esperar que ambas sientan la misma preocupación que los adolescentes del grupo de tarea resuelta, pues

están también en seguimiento por los servicios de protección de menores, y Fátima ya fue trasladada a un centro de acogida en el pasado, sus expectativas de terminar en un centro si no se resuelven sus problemas de convivencia actuales son bajas. Ello se debe a que en el caso de ellas dos sí disponen de un hogar familiar alternativo al que ser enviadas si su conflicto actual empeora. Esto puede comprobarse por sus intervenciones en terapia expresando su nostalgia del hogar materno, su “necesidad” de volver con sus madres, a pesar de las experiencias negativas que han tenido en la relación con ellas en el pasado. Este deseo y expectativas de las adolescentes por volver con sus madres se ven, además, alimentados por el hecho de que también sus madres están realizando esfuerzos insistentes porque sus hijas vuelvan con ellas. Sus expectativas, por otro lado, no pueden considerarse irrealistas pues, aunque los servicios de protección de menores retiraron, en ambos casos por igual, la tutela de las adolescentes a las madres en el pasado, en la actualidad se contempla el derecho de adolescentes y madres a encontrarse regularmente. En cuanto al caso de Emilio, quien vive con su madre biológica, la posibilidad de que este pueda verse obligado a abandonar su hogar familiar simplemente no es contemplada por ninguno de los miembros de familia nuclear ni extensa.

8.2.5. Intervención de la Policía y la Justicia por comisión de faltas o delitos por el adolescente

Este factor identificado como muy probablemente relevante para el desenlace de la tarea, está relacionado con el anterior, pero no es equivalente. Consiste en la intervención en el caso de la Policía e incluso la Justicia, no ya por problemas relacionados con la custodia o tutela de los adolescentes sino por la aparición de conductas de los adolescentes que entran en conflicto con las leyes. Como se resume en la tabla 28, en los tres casos que integran el grupo de tarea resuelta con éxito encontramos que los adolescentes han mostrado recientemente conductas ilícitas por las que ha llegado a intervenir la Policía y, en los casos de mayor gravedad, también la Justicia, imponiendo en estos casos medidas de restricción de libertad.

Tabla 28. Conductas ilegales de los adolescentes y problemas con la Justicia

Caso 1, Alberto	Medidas restrictivas de libertad por robos con intimidación a otros menores
Caso 2, Bruno	Medidas restrictivas de libertad por violencia filio-parental
Caso 3, Carlos	Traslado a comisaria por consumo de cannabis en espacio público en presencia de niños
Caso 4, Daniela	Ausencia de conductas en conflicto con la ley
Caso 5, Emilio	Ausencia de conductas en conflicto con la ley
Caso 6, Fátima	Ausencia de conductas en conflicto con la ley

Los tres casos de tarea no resuelta, en cambio, coinciden en que en ningún momento del proceso, a pesar de preguntar el terapeuta específicamente por los comportamientos más disruptivos de los adolescentes, aparece ni en el discurso de los adolescentes ni en el de los miembros del subsistema parental referencia a faltas o delitos por los que los adolescentes hayan sido denunciados ni siquiera reprendidos por la Policía o la Justicia. En los casos de Daniela y Fátima sí aparece alguna referencia a haber consumido porros o haber sisado algo en una tienda, pero todo esto habría ocurrido en un pasado no reciente y, en cualquier caso, en ningún momento habría intervenido la Policía por este motivo. En el caso de Emilio, no se habría dado, según se deriva del análisis de las sesiones, ninguna conducta de este tipo.

Decíamos al principio de este apartado que este quinto factor identificado mediante el análisis inductivo de los casos está relacionado con el anterior para significar que, si bien pueden parecer el mismo, no lo son. Cabe pensar que, al ser los comportamientos infractores del adolescente los que pueden llevarle a ser internado en un centro de medidas restrictivas de su libertad, la presencia de dichas infracciones y el temor a ser o continuar internado son en realidad un mismo y único factor. Este planteamiento, sin embargo, sería erróneo, al soslayar aquellos casos, como es el de Carlos, por ejemplo, en que la expectativa o el temor de ser internado en un centro no deriva de una sentencia judicial por falta o delito alguno, sino de la ausencia de alternativas al acogimiento familiar. El tipo de centro al que nos estaríamos refiriendo en este caso no sería el de medidas privativas de libertad, sino el de acogida. Así, por abundar en esta aclaración, el hecho de que en el caso de Carlos coincidan las condiciones de expectativa de internamiento, por un lado, y de presencia de problemas

recientes con la Policía, por otro, no está directamente relacionado, pues de su traslado a comisaría no derivó ninguna denuncia sino un apercibimiento.

8.3. Revisión y refinamiento del modelo de la tarea: comparación de los resultados con el modelo heurístico y elaboración de un nuevo modelo racional-empírico

En este apartado, realizamos una revisión del modelo heurístico inicial partiendo de los resultados de esta investigación para los diferentes objetivos específicos planteados. Aunque el modelo original sigue siendo reconocible en este revisado que vamos a exponer aquí, el contraste de la versión anterior con casos reales de desarrollo de la tarea da lugar a modificaciones sustanciales. Dichas modificaciones pueden verse globalmente en el diagrama del nuevo modelo revisado (figura 17). Este diagrama no puede recoger todas las modificaciones con detalle, so pena de resultar demasiado complejo, pero sí los cambios principales. Sí hacemos referencia a los detalles en el texto que sigue a continuación.

Dos estrategias terapéuticas del modelo general de la *terapia centrada en la alianza terapéutica* van a formar parte también del nuevo modelo racional-empírico de resolución de la tarea son el *reencuadre sistémico* del problema (*Tercer estrato: Reencuadre para construir una meta terapéutica “de la familia para la familia”* (Escudero, 2011)) y la *facilitación del cambio* en el manejo del conflicto (*Cuarto estrato: Promover cambios mediante actuaciones técnicas*).

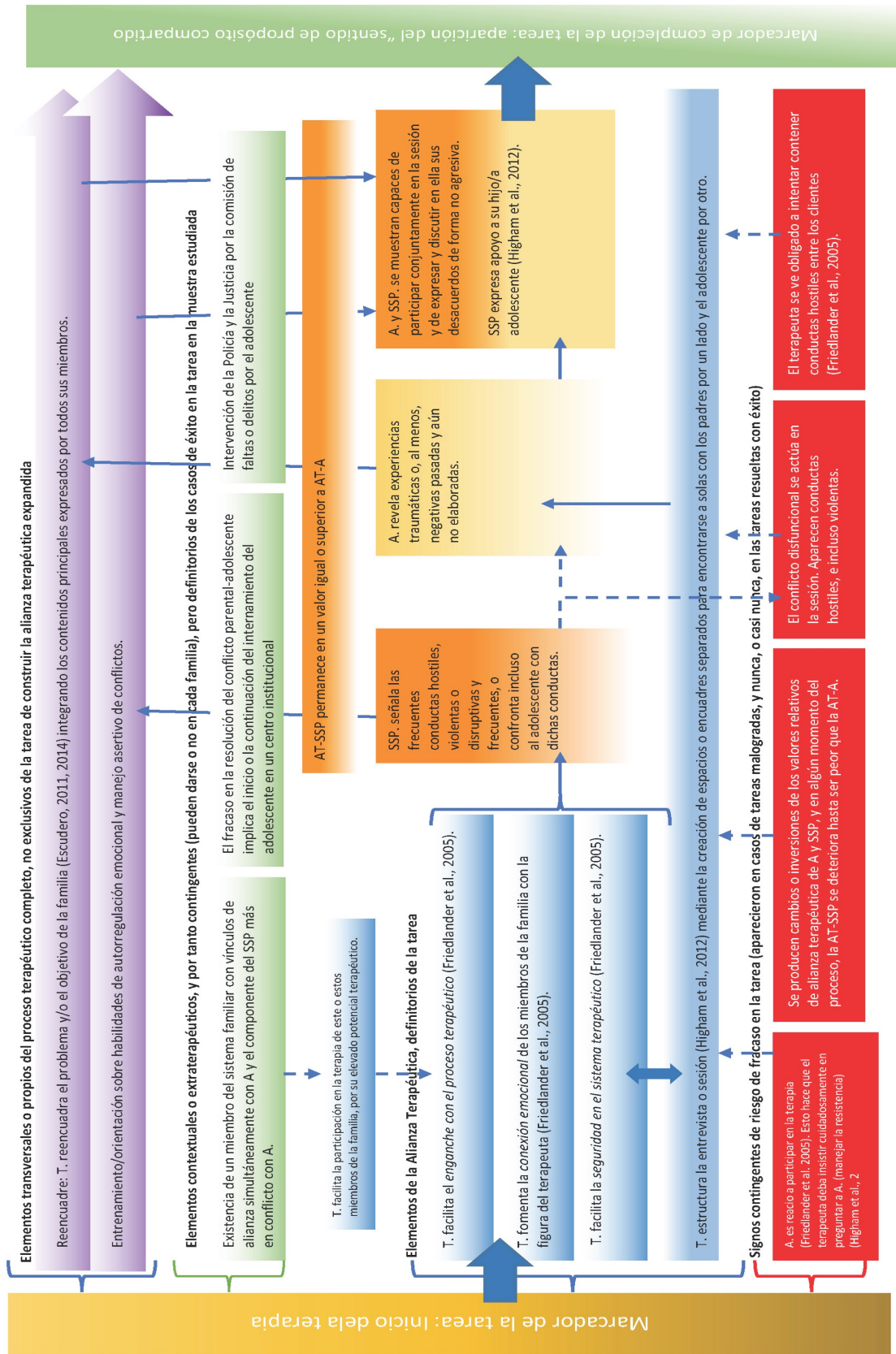
El reencuadre, para ser realmente sistémico, ha de integrar elementos aportados por todos los miembros del sistema o, al menos, de aquellos que participan en la terapia. El terapeuta, como nos han mostrado los casos analizados, habrá de cuidarse activamente de no constreñir el reencuadre a aportaciones realizadas solo por los miembros del sistema en conflicto.

En cuanto a la facilitación activa del cambio en la manera que la familia maneja el conflicto, dicha estrategia puede entenderse también como la facilitación de la

adquisición de nuevas habilidades para que los miembros del sistema familiar superen su bloqueo en un manejo agresivo y disfuncional de los conflictos entre ellos. En los casos de nuestra muestra esta estrategia se ha traducido fundamentalmente en intervenciones de tipo psicoeducativo o de orientación a los miembros de la familia, y principalmente al subsistema parental, sobre cómo prevenir y manejar episodios de interacción hostil en escalada. Dos pautas de acción o habilidades de manejo del conflicto que parecen ser muy relevantes y útiles para que el subsistema parental sea capaz de superar con acierto el conflicto parental-adolescente disfuncional son la capacidad de prevenir o terminar lo antes posibles las interacciones hostiles en escalada (es decir no confundir tener razón con decir la última palabra) y saber diferenciar bien entre afecto y recompensas (ser capaces de establecer las consecuencias adecuadas a los actos de los adolescentes sin que esto de lugar a una retirada del afecto).

El desarrollo de estas dos estrategias terapéuticas generales, el reencuadre y la facilitación del cambio (que no son exclusivas del modelo de terapia centrada en la alianza terapéutica, sino que casi puede decirse de ellas que constituyen factores comunes en terapia familiar) se ve obstaculizado, empero, desde pronto al iniciarse la terapia: tanto las reticencias que la terapia puede haber despertado en los miembros de la familia desde el principio, como la tendencia de todo sistema familiar a actuar sus conflictos en el contexto terapéutico, darán lugar muy pronto a conductas de los clientes que obstaculizarán el avance en el reencuadre del problema y en la adquisición de habilidades o patrones de interacción alternativos, nuevos, más funcionales. Es ante estos obstáculos, que aparecen desde la primera sesión, cuando se activa también la tarea de construir la alianza terapéutica. Durante las intervenciones del terapeuta dirigidas a facilitar el reencuadre y a instaurar nuevos patrones de interacción sistémicos funcionales, aparecerán conductas del cliente que marcarán las oportunidades del terapeuta para facilitar la formación de la seguridad, la conexión emocional y el enganche.

Figura 17. Diagrama del modelo racional-empírico (modelo heurístico revisado)



La necesidad de construir cualquiera de estos tres factores puede aparecer en cualquier momento, sin seguir un orden predeterminado. El terapeuta habrá de centrarse en cada una de ellos según esta necesidad se vaya planteando en el curso de la sesión. Unas veces el terapeuta centrará la intervención en construir la seguridad, la conexión o el enganche reaccionando a conductas de los clientes que señalan la necesidad de su intervención. En otras ocasiones el terapeuta actuará por su iniciativa, anticipándose a las conductas de los clientes que marcarán dicha necesidad.

Uno de los cambios principales que hemos realizado para ajustar el modelo al desarrollo real de la tarea, según ha aparecido esta en nuestra muestra, consiste en dejar de considerar que la presentación de actitudes opuestas de adolescente y subsistema parental hacia la terapia es un elemento definitorio de este tipo de casos. Hemos comprobado que en realidad se trata de un elemento contingente. Que este elemento se dé o no puede depender en gran medida de quién o cuál sea el origen de la demanda de intervención. Cuando es el subsistema parental es más probable que aparezca este factor. Cuando es una instancia judicial o de servicios sociales será, en cambio, mucho menos probable que este elemento aparezca en el proceso terapéutico. Los datos también han mostrado que otro factor influyente en la aparición de este elemento puede ser un comienzo prematuro de las entrevistas conjuntas, o un déficit en el equilibrio entre entrevistas individuales con el adolescente y conjuntas con este y el subsistema parental. En tanto que este elemento, la presentación de actitudes opuestas hacia la terapia, ha aparecido en nuestra muestra asociado al fracaso en la tarea, incluimos en nuestro modelo revisado la recomendación de cambiar la entrevista de un encuadre conjunto a un encuadre individual con el adolescente tan pronto como aparezcan en él estos marcadores conductuales (actitud semimutista en la sesión, reticencia o rechazo a contestar a las preguntas del terapeuta por parte del adolescente). Consideramos, además, que esta recomendación tendría sentido en cualquier momento en que aparezca la reticencia o rechazo del adolescente a participar en la terapia, ya que este rechazo es un indicador de inseguridad del adolescente, y una de las medidas fundamentales del terapeuta para infundir seguridad en adolescentes que se sienten vulnerables en la terapia es facilitarles la posibilidad de encontrarse a solas con el terapeuta, sin la presencia del subsistema parental por el momento.

En cualquier momento del proceso de construcción de la alianza terapéutica expandida puede darse en la sesión la actuación del conflicto parental-adolescente. Normalmente esta actuación del conflicto ocurre cuando el subsistema parental confronta al adolescente con sus conductas problemáticas (desobediencia, incumplimiento de sus obligaciones básicas, conductas violentas) y el adolescente reacciona con enfado ante este señalamiento, iniciándose entonces una interacción hostil en escalada que habitualmente requerirá de la intervención del terapeuta para que cese el sentimiento de inseguridad de los miembros de la familia participantes en la sesión. Nuestro análisis ha mostrado, no obstante, que, si bien dicha confrontación por los padres es un elemento definitorio de la tarea, pues se da en todos los casos, que el adolescente reaccione con ira a este señalamiento no lo es, es decir que puede ocurrir o no.

Si la actuación del conflicto ocurre de modo en que no llega a producirse un episodio de interacción violenta entre el subsistema parental y el adolescente, el terapeuta puede decidir aprovechar esta ocasión para explorar con la familia alternativas de manejo del conflicto en el aquí y ahora (*escenificación*, técnica que puede servir muy útilmente a la estrategia de facilitar el cambio —cuarto estrato del modelo). Si, por el contrario, sí aparecen conductas en la sesión que superan el límite entre la expresión asertiva del enfado y su expresión agresiva, llegará un momento en que al terapeuta no quedará otra opción que intervenir para contener dicha tensión y violencia y proteger a los miembros de la familia más vulnerables. Que el terapeuta llegue a encontrarse en esa tesitura constituye una señal de la necesidad de replantearse el ritmo de avance en el proceso terapéutico y la necesidad de mejorar o fortalecer el sentimiento de seguridad en el contexto terapéutico para los diferentes miembros del sistema. Esto supone principalmente separar los espacios terapéuticos del adolescente y el subsistema parental, ofreciendo a ambos encuadres individuales donde se puedan explorar los temores, expresar la rabia, y adquirir nuevas habilidades de regulación emocional y manejo del conflicto en la seguridad de un encuentro a solas con el terapeuta.

Durante el proceso terapéutico, el terapeuta habrá de monitorizar la evolución de los valores de las alianzas terapéuticas que muestran con él tanto el adolescente como sus padres. Diversas variantes de dicha evolución serán indicadores de que el curso de la tarea está avanzando en la dirección deseada o de que, por el contrario, puede estar

desviándose de esta. Valores equivalentes de las alianzas terapéuticas de adolescente y subsistema parental, o valores superiores de esta última, que se mantienen constantes, sin inversiones de este equilibrio, es decir sin deterioros marcados de la alianza del subsistema parental por debajo de los valores de las alianzas de los adolescentes, nos estarán indicando que el proceso avanza de la manera deseada. Cursos del proceso que se aparten de esto nos estarán señalando lo contrario.

Otro elemento al que hay que prestar atención durante la tarea es la muy probable presencia de experiencias muy negativas o estresantes, e incluso traumáticas, vividas en el pasado por él o la adolescente. Este evento se dio, de hecho, en todos los casos de la muestra. En el caso de Alberto, emergieron en sesión sus recuerdos borrosos de haber sido víctima de malos tratos tanto por parte de su familia de origen como en el orfanato donde vivieron antes de ser adoptados; Bruno, con la ayuda de sus hermanas, expresó su rabia por la manipulación de que fue objeto por sus padres durante la separación de estos, y también por la severidad o hipercontrol que su madre mostró hacia él durante su preadolescencia y adolescencia temprana; Carlos apenas quiso detenerse en narrar su abandono por su madre; Daniela lloró contando los malos tratos recibidos por parte de su madre; Emilio fue testigo directo del suicidio por ahorcamiento del padre; Fátima relató a lo largo de las cuatro sesiones analizadas de su caso diversos episodios en que fue tratada en su infancia de forma negligente, manipuladora o violenta por su padre o su madre alternativamente. Explorar la presencia de este tipo de experiencias traumáticas y facilitar su expresión, además de constituir una de las principales experiencias emocionales correctoras y, por tanto, terapéuticas, es una oportunidad privilegiada para facilitar la aparición en el adolescente de los sentimientos de seguridad y conexión emocional con la figura del terapeuta. Este tipo de revelaciones pueden aparecer en cualquier tipo de encuadres, tanto individual como conjunto. Su identificación y expresión catártica como elemento del proceso terapéutico es también muy importante como una de las fuentes de información significativa para elaborar el reencuadre verdaderamente sistémico del problema.

Un elemento que ya presumimos crucial para la resolución de la tarea, no solo por nuestra experiencia clínica sino también por algunas evidencias previas en la literatura (Higham et al., 2012), y que se ha visto claramente refrendado en nuestras observaciones, es la expresión explícita por los padres de comprensión y apoyo al adolescente. Esta comprensión y apoyo puede adoptar diferentes formas: reconocimiento de los propios errores por el subsistema parental, expresión de afecto incondicional al adolescente, reconocimiento explícito por los padres de comprensión de los motivos, deseos, dificultades, necesidades, etc. de su hija o hijo adolescente. Lo que parece claro es que sin este tipo de intervención por el subsistema parental es difícil llegar a ver una formación sólida de la alianza terapéutica expandida.

Por muy eficaz que sea el equipo terapéutico en sus intervenciones, sin embargo, parece ser que el éxito de la tarea depende también de algunos elementos que no están bajo su control. De forma insospechada, nuestras observaciones nos han revelado que, al menos para las familias de la muestra aquí estudiada, la formación de la alianza expandida ha estado también influida por la presencia de una serie de factores extraterapéuticos: la presencia de miembros de la familia con un vínculo de alianza simultáneo con el adolescente y con el miembro del subsistema parental más atrapado en el conflicto, la expectativa realista de que la no resolución del conflicto derive en el internamiento del adolescente, o la comisión por el adolescentes de faltas o delitos por las que ya ha sido apercibido por la policía o incluso sentenciado por la Justicia.

El terapeuta, no obstante, si no control, sí puede tener cierto margen de acción sobre alguno de estos factores extraterapéuticos: así, por ejemplo, puede explorar activamente si existe o no en el sistema familiar nuclear o extenso, e incluso en la comunidad, terceros miembros del sistema con un vínculo de alianza sobre los clientes en conflicto, y facilitar la participación de estos en la terapia.

Capítulo 9. Discusión

9. Discusión

En este noveno capítulo, interpretamos y reflexionamos acerca de los resultados expuestos en el capítulo anterior, con la finalidad de extraer el mayor provecho posible de ellos para la práctica clínica y la orientación de la investigación futura sobre la tarea que nos ocupa. Para cuidar la claridad de este texto, que se hace ya muy extenso, mantendremos la división del capítulo, como en el anterior, en apartados referidos a cada uno de los objetivos específicos y general.

9.1. Comprobar empíricamente un primer modelo heurístico de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida en una muestra pequeña de casos

9.1.1. *Comprobación empírica de los supuestos básicos del modelo*

9.1.1.1. *H_{1a}: La alianza terapéutica expandida no existe a priori. La alianza terapéutica expandida, medida ésta según el modelo SOATIF, no está presente en la primera sesión*

Interpretamos la confirmación por los resultados de esta hipótesis alternativa como una primera confirmación, si quiera humilde, dada la muestra tan pequeña y sin poder de extrapolación estadísticamente significativa, de nuestro postulado de que la alianza terapéutica, expandida o no, es una modalidad como cualquier otra de relación social o interpersonal, y que, como tal, ha de ser construida. Esto implica que difícilmente pueda observarse en la primera sesión.

9.1.1.2. *H_{1b}: La construcción de la alianza terapéutica expandida es una tarea multisesión: requiere más de una sesión*

La tercera sesión, según hemos observado, ha sido la más temprana en la que ha llegado a aparecer la alianza expandida en los casos de tarea resuelta. Concretamente en

el caso 3 (Carlos), mientras que en los de Alberto (caso 1) y Bruno (caso 2) estas sesiones fueron la 5 y la 4 respectivamente.

Que haya aparecido en la tercera sesión siquiera en un caso ha superado incluso nuestra expectativa en cuanto a cuán pronto puede formarse la alianza expandida, teniendo en cuenta que este tipo de alianza propia de las terapias conjuntas es la más compleja, pues entraña la formación de múltiples vínculos, clientes-terapeuta y clientes-clientes, estando los segundos, además, según el marco teórico del SOATIF, subordinados a los primeros. Una posible explicación de que la alianza expandida haya aparecido tan pronto en el caso de Carlos es que las tres primeras sesiones de este caso han sido, sin excepción, sesiones largas o muy largas (1 hora y 23 minutos, 1 hora y 28 minutos, y 1 hora y 11 minutos), y han comprendido todas ellas al menos un cambio de encuadre, es decir que han supuesto al menos dos entrevistas por sesión. En el resto de los casos, sin embargo, algunas de las primeras sesiones han comprendido un solo encuadre o entrevista, y también las ha habido con menos de 50 minutos de duración. Esta variabilidad en cuanto a la duración y complejidad de encuadres de las sesiones en terapia familiar, que no siempre depende de las decisiones del equipo terapéutico, pues también puede estar condicionada por la situación de los propios miembros de la familia, ha sido lo que nos llevó a plantearnos que tomar el número de sesión como medida del grado de desarrollo del proceso terapéutico puede ser válido para la investigación de procesos en terapia individual, en que la correspondencia entre sesión y entrevista individual, con un mismo y único encuadre, es unívoca. Pero en investigación en terapia familiar esta medida o criterio resulta impreciso, y sería más acertado atenarnos, como de hecho hicimos en esta investigación, al número de entrevistas con el adolescente y con el subsistema parental, conjuntas o individuales.

Por otro lado, a la validez de nuestras observaciones para este supuesto, y también para el anterior, se podría objetar que en el caso 1, de Alberto, la confirmación de ambas hipótesis alternativas (H_{1a} y H_{1b}) estaba garantizada desde el momento en que no fue hasta la sesión cuarta cuando se dio la primera entrevista conjunta con adolescente y subsistema parental. Por supuesto, esta característica de este caso concreto puede haber actuado como un artefacto que sesgue el resultado de nuestras observaciones. Si decidimos incluir este caso en la muestra (grupo de tareas resueltas) a pesar de este posible artefacto fue, principalmente, porque encontrar casos que cumplieran todos los requisitos exigibles para este estudio (motivo de consulta

específico, grabación audiovisual de todas las sesiones sin faltar una, consentimiento informado, terapeuta suficientemente entrenado en un mismo modelo de terapia, etc.) no fue fácil, dado que había también unos plazos que cumplir, no tuvimos la opción de descartarlo y seguir buscando otro caso alternativo. No obstante, hemos de aclarar que, aunque esto no se dice en la sesión, la decisión de posponer la primera entrevista conjunta hasta haber tenido primero dos entrevistas a solas con el adolescente, por un lado, y otras dos con el subsistema parental, por otro, bien puede atribuirse a la percepción por el terapeuta de un riesgo o probabilidad muy elevados de actuación del conflicto ya en las primeras sesiones. Esto puede haber llevado al equipo terapéutico a posponer premeditadamente una primera entrevista conjunta hasta ya avanzado el proceso terapéutico, como medida para garantizar mínimamente que se desarrolle con éxito. Esto, en el caso de ser cierta nuestra hipótesis sobre el motivo de que la primera sesión conjunta fuera en la cuarta sesión, vendría a ser consistente con las hipótesis alternativas H_{1a} y H_{1b} .

9.1.1.3. *H_{1c}: La aparición de una alianza terapéutica expandida sólida, según su concepción en el modelo SOATIF, sigue una secuencia determinada en relación con el orden en que aparecen cada uno de los cuatro factores que la integran. Este orden sería: seguridad en el sistema terapéutico en primer lugar, conexión emocional con el terapeuta después, y en tercer lugar el enganche en el proceso terapéutico, antes de la aparición del sentido de compartir el propósito de la terapia*

Que los tres factores *seguridad*, *conexión*, y *enganche* pueden aparecer en cualquier orden es lo que hemos podido observar en los tres casos del grupo de tarea resuelta con éxito. Esto refuta nuestra hipótesis, sugerida inicialmente por Escudero (2014), sobre un posible orden en la aparición de los factores de la alianza con el terapeuta.

Sí se ha visto confirmada, en cambio, por los tres casos de este grupo, la hipótesis de la aparición de estos tres factores como paso previo a la resolución de la tarea, es decir a la aparición simultánea de los cuatro componentes de la alianza terapéutica expandida.

Los tres casos del grupo de tareas que no llegan a resolverse nos muestran, en cambio, que, si no llegan a aparecer simultáneamente *seguridad, conexión y enganche*, tampoco aparece el *sentido de compartir el propósito*, como puede verse en los casos de Daniela y Emilio. Pero nos muestran también, a través de caso de Fátima, que la presencia simultánea de estos tres componentes tampoco es suficiente por sí misma para el éxito de la tarea, es decir que no precipitan por su mera presencia simultánea el surgimiento del *sentido de compartir el propósito*. Y no parece que el aditivo final necesario para que sí aparezca el marcador final de la tarea sea la *contribución del terapeuta al sentido de compartir el propósito*, pues la relevancia de este elemento para el éxito de la tarea se ha visto refutada en nuestras observaciones. En su lugar, parece que el elemento o elementos finales del que depende la formación de una alianza expandida es la demostración de comprensión y apoyo al adolescente por el subsistema parental, a través del reconocimiento de los errores propios, de la expresión de afecto genuino o del reconocimiento de las razones que el adolescente pudo tener para sentirse lleno de rabia hacia ellos. Y con esto no quiere decirse que no sean también estas demostraciones necesarias por parte del adolescente para el éxito de la intervención o terapia final: lo que decimos aquí es que, para el éxito de nuestra tarea en cuestión, la formación de la alianza expandida, el polo del conflicto cuya expresión de comprensión y afecto explícitos es crucial es el subsistema parental.

9.1.1.4. *H_{1d}: En algún momento de la tarea de construcción de la alianza terapéutica expandida con éxito, según su concepción en el modelo SOATIF, aparecen tendencias opuestas en las alianzas terapéuticas de algunos miembros de la familia: mientras que las de unos miembros del sistema familiar mejoran o se fortalecen, las de otros empeoran o se debilitan*

Ya vimos en los resultados que esta hipótesis no se cumple para los casos de nuestra muestra. Sin embargo, los datos que permiten esta comprobación nos muestran un hallazgo relevante: los cambios en los valores o tendencias de las alianzas de adolescente y subsistema parental con el terapeuta a penas se dieron en los casos de éxito en la resolución de la tarea, en cambio (a) sí se dieron para todos los casos del grupo de tarea no resuelta, para los que (b) se dieron los dos tipos de cambio dentro de

cada caso, es decir tanto hacia una alianza mayor del adolescente como hacia una alianza mayor del subsistema parental, y (c) ambos cambios se dieron siempre en el mismo orden, apareciendo primero un cambio desde una alianza mayor o igual del adolescente hacia una alianza mayor del subsistema parental (siempre en las sesiones segunda o tercera), para darse después una nueva inversión de las tendencias hacia una alianza de nuevo mayor del adolescente (en las sesiones cuarta o posterior).

Este hallazgo, si bien no fue el esperado, resulta igualmente útil de cara a la revisión y mejora del modelo de resolución de la tarea. El patrón de cambios sucesivos en los valores relativos de las alianzas terapéuticas de adolescentes y padres, madres o tutores legales parece ser, según nuestras observaciones, un patrón definitorio de los procesos terapéuticos en los que no se llega a conseguir una alianza terapéutica expandida sólida. En los casos en los que sí llega a conseguirse, en cambio, el patrón característico en relación con esta variable parece ser la ausencia de cambios en estos valores relativos de alianza terapéutica (casos de Alberto y Bruno), o acaso la aparición de un único tipo de cambio (caso de Carlos), antes de llegar a lograrse la aparición de la alianza terapéutica expandida. Y, en cualquier caso, parece definitorio de las tareas con éxito que la alianza terapéutica del subsistema parental tenga, desde el inicio de la terapia o, desde pronto en las primeras sesiones, igual o superior fuerza o calidad que la que se construya con el adolescente.

9.1.2. Confirmación empírica de la relevancia de los diferentes elementos del modelo heurístico comprobando su presencia en una pequeña muestra de casos de tarea resuelta y no resulta con éxito

Nos ocupamos ahora de los resultados referidos a los elementos del modelo heurístico sometido a prueba.

9.1.2.1. Elemento 1. Marcador de la tarea: inicia de la terapia

Puesto que dicho elemento, como ya se ha dicho, viene dado por nuestra definición de la tarea, su presencia en los casos de tarea resuelta estaba garantizada de antemano, por seleccionarse y asignarse los casos a un grupo u otro (tarea resuelta con

éxito o no) precisamente en función de la presencia de este elemento. Así que los resultados no se refieren a él, como tampoco al elemento final (el 15) o marcador de resolución de la tarea.

9.1.2.2. *Elemento 2. Inicialmente, adolescente y subsistema parental muestran actitudes opuestas hacia la terapia*

El segundo elemento del modelo analizado fue la presentación de actitudes opuestas hacia la terapia por parte del adolescente y del subsistema parental. En nuestro análisis se ha observado que este elemento no es definitorio de la tarea. De hecho, no ha estado presente para ninguno de los tres casos de éxito. Cuando ha aparecido, se ha dado asociado a los casos de tarea no resuelta. Esto puede indicar que la aparición de este elemento en el curso inicial del tratamiento constituye un signo de alerta de mayor dificultad o de pronóstico negativo para la resolución de la tarea, y que, por tanto, el equipo terapéutico ha de intervenir específicamente para abordarlo y resolverlo, principalmente intentando aumentar la percepción de seguridad del adolescente en el sistema terapéutico.

Al incluir este elemento en el modelo hipotético inicial, lo hicimos basándonos en nuestra propia experiencia en el tratamiento de familias que responden al perfil aquí estudiado y que acuden a terapia por su propia iniciativa, es decir por iniciativa del subsistema parental, a dispositivos de salud mental públicos, más concretamente a unidades de salud mental infanto-juveniles. Los casos de la muestra analizada en esta investigación, sin embargo, han sido tratados en dispositivos de intervención familiar concertados con la administración pública donde la mayor parte de las familias atendidas son derivadas por los servicios de protección de menores en riesgo, o por el sistema judicial como parte de las medidas dictadas en una sentencia. Esta situación diferente entre el tipo de casos en que se basa nuestra experiencia y el tipo de casos finalmente predominante en la muestra puede explicar que en cuatro de los seis casos analizados no se apreciara el elemento 2 del modelo heurístico. En cinco casos de la muestra (todos menos el número 5, de Emilio) la asistencia a terapia no fue por la iniciativa del subsistema parental (aunque este subsistema pudiera estar de acuerdo con esta medida), sino impuesta externamente desde una instancia de mayor autoridad aún

que la de los padres. Esto puede hacer que el o la adolescente asuma con más facilidad su obligatoriedad de participar en la terapia y, por tanto, deja de tener sentido para ella o él oponerse a la terapia.

Otro posible factor contribuyente a esta diferencia entre lo esperado y lo encontrado podría ser también, según nuestras observaciones, la cantidad de tiempo de entrevistas individuales con el adolescente previas al momento en que aparecen las conductas de reticencia o rechazo a participar en la sesión. En los casos de Alberto, Bruno y Emilio (no así en el de Carlos), en los que no aparecieron las conductas semimutistas que sí mostraron Daniela y Fátima, sus respectivos terapeutas iniciaron la intervención con una o varias entrevistas prolongadas individuales con el adolescente. En los casos de ellas dos, en cambio, sus primeras entrevistas fueron directamente conjuntas con sus subsistemas parentales (la abuela en el caso de Daniela y el padre en el de Fátima). Y el tiempo de entrevista individual previo a la aparición de este marcador fue claramente inferior al de los casos en que no llegó a aparecer. Realizar entrevistas individuales prolongadas con los adolescentes, sobre todo al inicio de la terapia, antes de pasar a un encuadre conjunto, podría ser, según lo observado en la muestra, una fórmula útil para reducir la probabilidad de aparición de conductas de oposición a la terapia, que, por otro lado, en nuestro análisis han estado claramente asociadas al fracaso en la tarea.

9.1.2.3. *Elemento 3. El terapeuta facilita que los miembros de la familia sientan “seguridad en el sistema terapéutico”*

Que este elemento aparezca en todos los casos del grupo de tarea resuelta, muy confirmado además por la presencia de casi todos los marcadores conductuales a través de los que se manifiesta, viene a confirmar nuevamente que la seguridad es uno de los pilares de la alianza terapéutica expandida.

No solo se ha visto confirmado en esta investigación este tercer elemento en general, sino también cada uno de los tres elementos específicos que hemos distinguido en nuestro modelo: *(elemento 3.1) el terapeuta, o equipo terapéutico, garantiza la confidencialidad a la familia (Escudero, 2014); (3.2.) el terapeuta ayuda a los miembros de la familia a sentirse cómodos y aceptados (Thompson, Bender, Lantry, &*

Flynn, 2007), crea un ambiente no defensivo (Escudero, 2014); y (3.3) el terapeuta protege a los miembros vulnerables de la familia frente a las intervenciones intrusivas o descalificaciones de otros, crea un ambiente de interacción no intrusiva (Escudero, 2014).

Se repite en el análisis de este tercer elemento, como pasó con el segundo (2.2.3. *El/la adolescente-PI muestra mutismo u otras conductas negativistas o de falta de colaboración con la entrevista./ El cliente rechaza o es reticente a responder al terapeuta*), el hallazgo de un marcador conductual que, a pesar de considerarse una intervención potencialmente facilitadora de la alianza terapéutica expandida, no solo no aparece en ninguno de los casos resueltos con éxito, sino que además se da con cierta regularidad en los casos de tarea no resuelta. Nos referimos en este caso al marcador 3.3.3, *el terapeuta intenta contener, controlar, o manejar la hostilidad explícita entre los clientes, no permite que el conflicto familiar se escale hacia el abuso verbal, amenazas, o intimidación*. Consideramos que esta coincidencia no es casual y que, en realidad, en lugar de significar que ambas conductas son irrelevantes para la tarea, lo que nos estarían enseñando estos hallazgos contrarios a lo esperado es que ciertos marcadores conductuales del modelo, como es el caso de estos dos, constituyen en realidad señales de que aquellos casos en los que aparecen van a entrañar una dificultad especial. En consecuencia, al detectarlos, el terapeuta debería de replantearse continuar con su estrategia terapéutica en curso en ese momento y dar un paso atrás, si quiera transitoriamente, para reasegurar la solidez de avances previos. Esto, en este momento incipiente del proceso terapéutico, implicaría cuidar aún más si cabe el sentimiento de seguridad del adolescente, pues su defensividad y rabia en la sesión bien pueden estar indicando su vulnerabilidad frente a las mismas experiencias de interacción hostil que haya venido viviendo en su vida cotidiana. En tal caso, reasegurar al adolescente implica facilitarle un espacio de comunicación privado con el terapeuta. Y también, cuando sea posible, un encuadre separado para ayudar a los padres a prevenir nuevas interacciones de este tipo en la sesión.

9.1.2.4. *Elemento 4. El terapeuta fomenta la “conexión emocional” con los miembros de la familia*

También todos los elementos específicos de este elemento general del modelo propuesto estuvieron presentes en los tres casos de tarea resuelta. En todos los casos se observó que el *terapeuta escuchó activamente* (Thompson et al., 2007) a los clientes (4.1), *hizo que los miembros de la familia se sintieran entendidos y validó la experiencia subjetiva de estos* (Escudero, 2014) (4.2), *se adaptó y se unió a los miembros de la familia en la sesión como si fuera “parte de la familia”* (Muntigl & Horvath, 2016; Thompson et al., 2007) (4.3), *se condujo con autenticidad, mostrándose a sí mismo abiertamente* (Thompson et al., 2007) (4.4), y *evitó comportarse de un modo muy formal* (Thompson et al., 2007) (4.5).

A diferencia de lo que ocurre con otros elementos del modelo, la mayor parte de estos elementos o estrategias terapéuticas bien pueden considerarse en realidad factores comunes de toda psicoterapia eficaz, es decir que su inclusión en el modelo no implica que sean aquí propuestos como exclusivos de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida.

En cuanto al marcador conductual mencionado en los resultados por haber aparecido asociado exclusivamente a los casos de tarea no resuelta y haber estado completamente ausente en los casos de tarea resuelta (*elemento 4.3.1. El terapeuta se adapta al uso de los términos o expresiones que usan habitualmente los miembros de la familia en su discurso*), no encontramos una interpretación o explicación de dicha aparición por la que su inclusión en el modelo revisado pudiera tener alguna utilidad en la construcción de la alianza terapéutica expandida. Obviamente, que el terapeuta decida en un momento dado usar coloquialismos singulares habituales en una familia depende también de que la familia los muestre en su discurso, lo que no ocurre en todos los casos. Pudiera pensarse por ello en una posible asociación entre la presencia de estas expresiones y una mayor dificultad para alcanzar la alianza terapéutica expandida. Consideramos, no obstante que esta hipótesis es poco plausible, y por este motivo optamos por obviar este resultado y no incluir este marcador como señal o indicador de peor pronóstico de cara a la tarea (al contrario de lo que hemos hecho con los marcadores 2.2.3 y 3.3.3).

9.1.2.5. *Elemento 5. Bloqueo del proceso terapéutico por la actuación del conflicto parental-adolescente disfuncional en la sesión*

Como vimos en el apartado de resultados, solo el primero de los tres elementos específicos de este quinto elemento del modelo se ha visto confirmado en el conjunto de los casos de nuestra muestra. Es decir que parece ser inherente al desarrollo de la tarea (tanto en los casos de éxito como en el resto) el hecho de que, llegado cierto momento de la terapia, el subsistema parental termina confrontando al adolescente con sus comportamientos más problemáticos (desobediencia persistente, violencia, absentismo escolar, etc.).

Basándonos en nuestra propia experiencia, esperábamos también que otro de los momentos más delicados de la tarea habría sido los *intentos de coalición con el terapeuta que a veces madre y padres muestran en la terapia (elemento 5.2)*. Sin embargo, esta expectativa ha quedado del todo refutada si a los casos aquí analizados nos remitimos. Muy probablemente esta desconfirmación puede deberse a la diferente naturaleza de los dispositivos en los que hemos observado dicha conducta de los padres (dispositivos sanitarios o de servicios sociales que tienen en común la iniciativa de los padres para solicitar y acudir a la terapia) y el tipo de centro del que proceden los casos aquí analizados (centros concertados que atienden principalmente casos remitidos desde servicios de protección o juzgados de menores y al que las familias acuden en gran parte de los casos por imposición y para evitar medidas de institucionalización de los adolescentes). Se puede deducir de esto que el hecho de que la iniciativa o derivación del caso sea externa al subsistema parental es una variable que determina de forma muy significativa la aparición de dichos intentos de coalición: a mayor iniciativa del subsistema parental para asistir a terapia, mayor probabilidad de que aparezcan.

Con respecto a la *reacción de enfado, o incluso ira, del adolescente (elemento 5.3)* ante estas conductas del subsistema parental (5.1 y 5.2) lo que hemos observado en los casos de nuestra muestra es que, al contrario de lo que predecía nuestro modelo heurístico inicial, no puede decirse que una reacción sistemáticamente airada del adolescente ante el señalamiento de los padres sea un elemento definitorio de la tarea en cuestión. La gama de reacciones posibles de los adolescentes observadas ante dicho

señalamiento o confrontación ha sido bastante diversa: aceptación de los señalamientos, como cuando Alberto reconoce que la madre tiene razón al describirlo como un provocador (sesión 5); enfados contenidos, como los de Daniela o Carlos ante los reproches reiterados de sus abuelos; enfados intensos en los que los adolescente tensan el clima de la sesión elevando el tono de voz y haciendo aspavientos, pero sin llegar a cruzar el límite hacia conductas violentas, como en algún momento muestran Bruno y Emilio; o enfados iracundos expresados con violencia verbal, como los de Fátima ante los reproches de su padre. Estas dos últimas variantes son las que habitualmente derivan en una interacción hostil en escalada entre adolescente y tutores que avocan al terapeuta a intervenir para cuidar la seguridad en el sistema terapéutico. En nuestro análisis hemos comprobado que en un mismo caso pueden darse diferentes tipos de reacciones del adolescente en diferentes momentos ante los señalamientos de sus conductas problemáticas.

9.1.2.6. *Elemento 6. El terapeuta elude el intento de coalición por el subsistema parental*

Este elemento ha resultado no ser definitorio de la tarea. De hecho, ha sido uno de los elementos esperados más drásticamente refutados por nuestras observaciones. En tanto que consiste en la reacción esperada al *elemento 5.2*, al no darse, como acabamos de ver en el apartado anterior, el intento de coalición por los padres, queda sin sentido esperar que se dé la evitación de dicha coalición por el terapeuta.

No debe confundirse, no obstante, esta ausencia de conductas de evitación activa por el terapeuta de una coalición con el subsistema parental, con la ausencia de marcadores conductuales de neutralidad del terapeuta. Esta neutralidad, que es uno de los pilares técnicos de la terapia familiar reconocido desde sus inicios (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980), está contemplada en el modelo de resolución como un elemento de la tarea que es importante como actitud básica y permanente del terapeuta, no ya como reacción a una conducta específica de los miembros de la familia. Concretamente el *elemento 3.3.1* es el que alude a dicha neutralidad. Y como hemos visto ya algunas páginas atrás, esta neutralidad, como

actitud general del terapeuta, ha sido observada en todos los casos de la muestra, tanto en los del grupo de éxito como en los del grupo de fracaso en la resolución de la tarea.

9.1.2.7. *Elemento 7. Las tendencias de las alianzas terapéuticas de los padres y del adolescente se invierten, haciéndose la alianza del adolescente con el terapeuta superior a la del subsistema parental*

Este elemento constituye una de las dos variantes en que puede manifestarse uno de los supuestos básicos del modelo heurístico (ver tercera o última fila de la tabla 10, y también tabla 17). Nos referimos al supuesto de que “*En algún momento de la tarea de construcción de la alianza terapéutica expandida con éxito, según su concepción en el modelo SOATIF, aparecen tendencias opuestas en las alianzas terapéuticas de algunos miembros de la familia: mientras que las de unos miembros del sistema familiar mejoran o se fortalecen, las de otros empeoran o se debilitan*”. La otra variante sería que la alianza del subsistema parental pasa, de ser inferior, a ser superior a la del adolescente (fila segunda de la tabla 10). Para la discusión del resultado en relación con este elemento del modelo, remitimos a lo dicho anteriormente en la discusión sobre el resultado referido a este supuesto (apartado 9.1.1.4).

9.1.2.8. *Elemento 8. El terapeuta maneja de forma adecuada la resistencia*

El resultado obtenido para este octavo elemento es un nuevo ejemplo de que algunos de los elementos incluidos en el modelo hipotético inicial, aun cuando cabe esperar de ellos, desde un planteamiento racional o teórico, que contribuyan a la resolución de la tarea, de hecho no llegan a darse en aquellas tareas que están evolucionando de forma positiva hacia su resolución, y solo se observan cuando aparecen problemas en la tarea, como un intento razonable, esperable, del terapeuta por enmendar el curso de la sesión. Es por esto que es más probable observarlos en los casos de tarea no resuelta.

9.1.2.9. *Elemento 9. Emergen y se abordan contenidos no elaborados de experiencias traumáticas o negativas pasadas del adolescente.*

Este elemento no ha sido nunca investigado ni propuesto hasta el presente como parte relevante de la tarea de construcción de la alianza terapéutica expandida con familias estancadas en el conflicto parental-adolescente. La decisión de incluirlo en el modelo hipotético inicial puesto aquí a prueba deriva de nuestra experiencia clínica atendiendo a familias de este tipo. Este estudio apoya esta decisión al mostrarnos cómo en todos los casos incluidos en la muestra han aparecido revelaciones de esta naturaleza por los adolescentes.

El hecho de que las revelaciones de este tipo de experiencias se hayan dado en todos los casos de la muestra y no solo en los de tarea resuelta nos indica, o así lo interpretamos nosotros, que, por un lado, dichas experiencias son muy probablemente uno de los factores etiológicos o explicativos del conflicto-parental adolescente, y que, por otro lado, su revelación es un requisito necesario, pero no suficiente, para la formación de la alianza terapéutica expandida.

Se ha observado variabilidad en cuanto a la forma de aparecer y a la gravedad de las experiencias negativas informadas por los adolescentes. En algunos casos los adolescentes las revelaron solo cuando estuvieron a solas con el terapeuta, como en el caso de Fátima, por ejemplo, cuando cuenta a la terapeuta, en la primera entrevista individual que tiene con ella (45'46''), experiencias traumáticas de diversa naturaleza que vivió durante su infancia, en relación con su padre.

-Terapeuta: Pero yo veo que... tú viviste situaciones así... muy complicadas, ¿no?

-Adolescente: Sí... Mi padre hasta me pegaba, ¿sabes?

-T: ¿Sí?

-A: [La adolescente asiente con la cabeza.]

-T: A mí me dio la sensación, ¿no? Cuando... Cuando os preguntaba, por eso también quería así hablar un poquito contigo.

-A: *Claro.*

-T: *¿Con qué... con qué edad no te... recuerdas que él ya te pegaba? Cuéntame.*

-A: *Con cuatro o cinco años... en plan... Yo lo último que me acuerdo fue... que estaba delante del ordenador y me salió un video porno.*

-T: *Uhum.*

-A: *Sí, y era una... una chavala que estaba con una cuerda y estaba bailando, y yo “¿qué es eso?, ¿qué va a hacer?”, y tal. Y apareció mi padre y cogió y me tira de los pelos y me pega.*

-T: *Uhum. ¿Y con... cuántos años tenías?*

-A: *Cuatro o cinco. Era pequeñita. Y cogí, ¿sabes?, y... y dije yo “pero ¿por qué me pegas?, a ver”. Y lo único que hice fue ponerme al lado de la puerta, de mi habitación, ¿sabes?, en plan... y poner a llorar...*

En otros casos, sin embargo, tales experiencias emergieron en la entrevista durante sesiones conjuntas, como en el caso de Bruno, cuando, estando en sesión también su madre y sus hermanas, se hizo evidente cómo este adolescente había estado sujeto a un fuerte estrés al verse envuelto en el conflicto entre sus padres cuando estos se separaron.

Que el trauma haya aparecido en el proceso terapéutico en una sesión conjunta en lugar de en una sesión individual del adolescente, sin embargo, no debe tomarse como índice de que su gravedad es menor, a pesar de que esta interpretación parecería razonable si se presupone que, a mayor gravedad del trauma, más temor puede tener el adolescente a posibles represalias o reproches por sus tutores. Por el contrario, lo que hemos comprobado en esta investigación es que, precisamente en aquellos casos en que el trauma puede tener características más nocivas, bien por su gravedad, bien por no ser el adolescente consciente de su existencia o de su efecto pernicioso, es cuando resulta crucial la presencia de familiares en la sesión para ayudar al adolescente a que hable sobre este asunto. Este hallazgo es, por otro lado, del todo congruente, con el publicado

recientemente por Cuevas-Escorza & Garrido-Fernández (2015), quienes, en un estudio exploratorio de la aparición del llanto del cliente en terapia familiar encontraron que este aparecía más frecuentemente cuando había otro familiar en la sesión.

El siguiente es un ejemplo de la importancia que puede tener la presencia de otros miembros de la familia para la facilitación de la emergencia y abordaje en la sesión de experiencias traumáticas. Pertenece al caso de Alberto (caso 1). En una primera sesión, en entrevista individual, Alberto revela al terapeuta que fue adoptado tras ser retirada su tutela a sus padres biológicos, por el trato negligente que estos le daban. Alberto, sin embargo, solo informa de esto vagamente en este momento. No es hasta la sesión quinta, conjunta con sus padres, cuando estos le ayudan a revelar y a recordar o conocer más información sobre lo ocurrido en su primera infancia.

(Sesión 1, 10'37'')

-Terapeuta: ... Entonces, tú te acuerdas... que no sabes por qué, pero te acuerdas que estabas viviendo en un internado... con tus hermanas vivías, me imagino...

-Adolescente: No, no. Eso fue el año pasado.

-T: Entonces, en Colombia ¿cómo fue?

-A: En Colombia... que yo sepa... Yo, cuando nací, ¿sabes?, viví con mis padres biológicos dos años. A los dos años me mandaron a una... a una casa de acogida y... y a los... a los cinco, que iba a cumplir seis, ya me adoptaron, y vine para aquí.

-T: Y... en esos años en la casa de acogida, ¿tú recuerdas... así...? ¿Tienes buenos recuerdos?, ¿tienes malos?, ¿no tienes ninguno?

-A: Malos todos.

-T: Todos malos... Pero allí sí estabas con tus hermanas...

-A: Estaba con las dos mayores. La otra vivía en otra casa de acogida.

-T: Vale. Y ¿sabes si ellas también tienen buenos recuerdos?, ¿malos? ¿Cómo lo pasaron ellas?

-A: *No lo sé. Es que no les gusta hablar de eso tampoco.*

...

(Sesión 5, 11'35'')

-T: *Y cuando piensas así en cuando vivías en Colombia, ¿cuál es la primera imagen que te viene a la cabeza?*

-A: *... Pues no sé... Pues... lo... lo que sufrí allí.*

-P: *Pero qué... qué... no sé, ¿qué... qué es lo que... así, que te viene lo primero lo primero?, ¿sabes? Lo que más te marcó.*

-A: *Cuan... cuando me pegaban.*

-T: *¿Tú te acuerdas de todo eso?*

-A: *De algunas.*

-T: *De algunas.*

-A: *Lo que dice él [el padre adoptivo, presente, con la madre también, en la sesión], tampoco me acuerdo de mucho, porque fue hace mucho tiempo.*

...

(19'49'')

-Madre adoptiva: *... por lo que nos dijeron allí, en Bienestar Familiar, y también la jueza, o no sé quién había sido, que había sido el caso más complicado [refiriéndose al de Alberto y sus hermanas, en Colombia, antes de ser adoptados] de un abandono de niños, para sacar a los niños. Porque ese señor [padre biológico de Alberto]... nada, que tenía muchos conocimientos, y otra: que conocía a mucha gente... y bueno, era increíble las vueltas que le había dado y la cantidad de papeleo... Dijo que la cantidad de papeles que había de este caso era algo bestial.*

-A: *[Preguntando, por vez primera en la sesión, directamente a la madre sobre lo que esta está diciendo] Pero ¿por qué?*

-M: Porque tu padre biológico no quería... entregaros, por ejemplo, pero no os atendía, ¿entiendes? Vosotros vivíais de la caridad de la gente. No teníais ni para comer ni para vestir ni nada.

-T: ¿Tú te acuerdas de eso, Alberto?

-A: No, no.

-M: No, porque cuando... Yo creo que tú, de hecho, con ellos estuviste muy poquito tiempo. Tú eras pequeño. De hecho, el que te cambiaba los pañales y todo eso era tu hermana [...] que te lleva cuatro años, justo. Imagínate [al terapeuta], una niña de cuatro años...

En cuanto a las intervenciones del terapeuta dirigidas a facilitar la elaboración o asimilación de estas experiencias traumáticas, se ha comprobado que no es este un elemento específico que se dé necesariamente en el proceso de construcción de la alianza terapéutica expandida. No debemos confundir esto, sin embargo, con una ausencia de relevancia de esta elaboración de cara al resultado final de la terapia. Recordemos que esta investigación no estudia directamente qué elementos del proceso terapéutico son relevantes para el éxito de la terapia, sino para el éxito de una tarea específica dentro de la terapia, la construcción de la alianza terapéutica expandida. Es posible que, si bien la elaboración de las experiencias negativas no asimiladas reveladas por los adolescentes no es relevante para esta tarea, sí lo sea para que la terapia genere el cambio buscado. De hecho, la tarea específica de facilitar la elaboración del trauma ha sido considerada como una tarea psicoterapéutica independiente investigada también mediante análisis de tareas (Breighner, 2008; Kanters, 2002).

9.1.2.10. Elemento 10. El terapeuta entrena u orienta al subsistema parental para la mejora de la autorregulación emocional y el manejo asertivo de los conflictos

La práctica totalidad de las intervenciones de este tipo registradas en las veintisiete sesiones de la muestra han consistido en informar, aclarar u orientar a los

tutores de los adolescentes, y a los miembros de la familia en general, acerca de cómo actuar para prevenir, manejar o reparar interacciones hostiles en escalada entre padres e hijos adolescentes.

Aunque este tipo de intervenciones no son propuestas de forma explícita en el modelo de *terapia familiar centrada en la alianza terapéutica* (Escudero, 2011), entendemos que estén presentes en las intervenciones de este modelo, pues se trata de intervenciones psicoterapéuticas tan básicas que difícilmente dejarán de darse en cualquier intervención psicoterapéutica, individual o conjunta, y adscrita al modelo que fuere. Este modelo de terapia familiar, sin embargo, sí que contempla el uso de técnicas psicoterapéuticas específicas, tales como la *escenificación* (p. 115) y otras técnicas activas (p. 124) que bien pueden considerarse idóneas para el entrenamiento en nuevas habilidades de interacción como a las que aquí nos referimos. Sin embargo, casi no hemos observado intervenciones de este tipo en los casos analizados. Casi la totalidad de las intervenciones dirigidas a facilitar activamente el cambio en los patrones de interacción que hemos observado consistieron básicamente en orientaciones o instrucciones dadas verbalmente, sin plantear otro tipo de técnicas en la sesión que sí son contempladas en el manual del modelo de terapia (véase el apartado 4.4. *Cuarto estrato. Promover cambios mediante actuaciones técnicas*, p. 90). Puede que estas intervenciones activas sí se hayan dado en los tratamientos analizados, pero en sesiones posteriores a las incluidas a la muestra. Si esto no fue así, entendemos que puede haber aquí una oportunidad de aumentar la eficacia de los tratamientos mediante una mayor adhesión al manual o protocolo del modelo de terapia en lo que se refiere a las técnicas de facilitación del cambio, de adquisición de nuevas habilidades, y más concretamente para mejorar la capacidad del subsistema parental de ser un modelo de autorregulación de las emociones negativas como la ira, así como de afrontamiento asertivo de los conflictos, evitando la escalada hostil.

9.1.2.11. *Elemento 11. El terapeuta facilita el compromiso con el proceso terapéutico, genera motivación hacia el cambio terapéutico*

Que las intervenciones del terapeuta dirigidas a fomentar la *implicación de los miembros de la familia en la terapia* hayan resultado ser uno de los componentes

definitorios del modelo según lo observado en esta muestra era de esperar teniendo en cuenta que, como vimos al comprobar el cumplimiento de los supuestos básicos del modelo de la tarea, la aparición del *sentido de compartir el propósito de la terapia* exige la formación previa de los otros tres componentes de la alianza terapéutica expandida: *seguridad, conexión y enganche*⁶.

El principal cambio que nuestras observaciones sobre este componente nos sugieren para la mejora del modelo de la tarea es dejar de considerar el *enganche* como un pilar de la alianza expandida que necesariamente ha de aparecer después de la *seguridad* y la *conexión emocional con el terapeuta*. En los tres casos del grupo de tarea resuelta pudimos comprobar que el *enganche* en el proceso terapéutico puede aparecer en cualquier orden con respecto a la *seguridad* o la *conexión emocional*. Por este motivo, en el modelo revisado de la tarea consideramos más acertado no sugerir orden esperado alguno para la facilitación y aparición de estos elementos.

9.1.2.12. *Elemento 12. Reencuadre sistémico del problema y de los objetivos de la familia*

El reencuadre es una estrategia terapéutica en terapia familiar asumida también como una fase elemental en la terapia familiar centrada en la alianza terapéutica (Escudero, 2011, p. 84). Puede decirse que el reencuadre es una tarea psicoterapéutica en sí mismo, como la tarea de la construcción de la alianza terapéutica. De hecho, así se dice explícitamente en el manual que describe el modelo. El concepto de tarea psicoterapéutica, perteneciente al ámbito de la investigación de procesos, sería el equivalente a lo que en el modelo de terapia centrada en la alianza terapéutica se denomina *estrato*. El modelo de terapia familiar propone cinco tareas psicoterapéuticas o estratos fundamentales del proceso terapéutico: junto a la *formación y mantenimiento de la alianza terapéutica expandida* y el *reencuadre* estarían también *conocer y potenciar el sistema familiar, promover cambios mediante actuaciones técnicas* y la

⁶ El concepto de *enganche* es también referido en la literatura sobre este tema como *compromiso* o *implicación* en el proceso terapéutico.

terminación. El reencuadre aparece, por tanto, en los tratamientos observados en esta investigación no por ser una intervención exclusivamente destinada a facilitar la construcción de la alianza terapéutica expandida, sino por considerarse otra tarea esencial para éxito general de la terapia, es decir para facilitar el cambio terapéutico en el sistema familiar. Sin embargo, es razonable pensar que las intervenciones dirigidas a cambiar la concepción que la familia tiene del problema (cómo se formó, cómo se mantiene, quienes participan de él, etc.) juegan también su papel para hacer posible la formación de la alianza terapéutica expandida. Queremos decir pues que consideramos que no se trata de tareas independientes, sino mutuamente influyentes. Así, por ejemplo, sin cierto grado de avance en la tarea del reencuadre es difícil que se produzcan elementos fundamentales para la formación de la alianza expandida tales como la seguridad. De hecho, una de las intervenciones que más seguridad puede aportar al adolescente en cuanto que paciente identificado, acostumbrado a ser objeto de críticas y culpabilización, es comprobar que, de repente, el terapeuta no solo describe el problema como ‘familiar’, sino que además connota positivamente (como parte de la tarea de reencuadrar) alguna de sus conductas. Por otro lado, sin un mínimo de alianza terapéutica la terapia podría acabarse mucho antes de haberse formulado un reencuadre sistémico del problema suficientemente sólido.

En el manual del modelo, el reencuadre aparece presentado como el *tercer estrato*. Ello no debe entenderse que esta tarea terapéutica no tiene lugar hasta satisfechas las dos anteriores (*crear de la alianza y conocer y potenciar el sistema familiar*). Todos los tratamientos observados en este estudio muestran que, excepto la fase o tarea de terminación, las diferentes tareas o estratos inician su desarrollo más o menos simultáneamente desde el comienzo de la terapia. Así lo prueba el hecho de que para los seis casos analizados hay ya intervenciones de reencuadre por el terapeuta desde la primera sesión. En el caso de Bruno, por ejemplo, la primera de estas intervenciones llega ya en el momento 14’25’’ de la primera sesión, al poco de empezar el terapeuta a explorar la percepción que el adolescente tiene del problema por el que fue enviado a terapia.

-Terapeuta: Vale. Entonces... Bueno, sí que parece que hay cosas que empeoraron un poco de la relación con tu madre en el momento de separarse, ¿no? Y entre tus padres también, ¿no?, así un poco... Bueno, o lo posterior. Porque claro, esto de... como que me dices del... las primeras veces, de que si... iba [el padre] para el

instituto... bueno, estas cosas... debía ser un poco confuso, ¿no?, para ti. Aparecer tu padre allí y decirte “¿por qué... te vas?”.

-Adolescente: ¡No, no, pero yo sabía!... Sabía que mi madre no estaba bien, o sea que no... no estaba a gusto con mi padre. Y yo tampoco, en parte, estaba muy a gusto con él. Cuando venía le daba ya la razón alguna vez, otras, pasaba de él... bueno.

-T: Porque... no sé si te pasó a ti, pero eso es... vemos muchos chicos cuando sus padres se separan, eh... a veces los padres intentan... como un poco... aliarse así, ¿no? Tener de... de... en su equipo a... a los hijos, pues eso...

-A: No, no, pero.

-T: ... de... de que les den la razón un poco cuando discuten, o cosas de esas.

-A: No, eso no

-T: Vale. Pues eso está bien, porque cuando... si no, al final... luego los chavales... están metidos en medio de cosas de adultos, y no es justo.

Aunque el adolescente insiste en negar en esta sesión que crea que la separación de sus padres tuvo algo que ver en el deterioro de su relación posterior con ellos, en sesiones posteriores esta hipótesis se verá confirmada. El terapeuta no impone esta hipótesis, solo la sugiere. Pero al hacerlo, aunque el adolescente, de entrada, la rechace, el terapeuta está consiguiendo que esta nueva visión del problema, que ya es sistémica porque no solo habla de él, sino también de sus padres, amplíe el repertorio de nuevas explicaciones posibles del problema al que la familia acudirá más tarde para sustituir su visión (puntuación) individualista, unidireccional, del problema.

9.1.2.13. Elemento 13. El subsistema parental expresa comprensión y apoyo a su hijo/a adolescente

Dado que este elemento ha sido uno de los más claramente refrendados por nuestras observaciones, estaría justificado que el equipo terapéutico desarrollara

intervenciones diseñadas *ex profeso* con tal fin. Por supuesto, dichas intervenciones deberían trascender la simple incitación a un gesto puntual de los padres hacia el paciente identificado con el fin de hacer aparecer determinados marcadores conductuales. Se trata, en cambio, de facilitar la toma de conciencia por los adultos del sistema familiar de la importancia crucial de ejercer la función afectiva, propia de todo subsistema parental competente. Se trata de instaurar nuevos patrones de interacción familiar en que se muestre reconocimiento y cariño al adolescente con independencia del mayor o menor cumplimiento de sus obligaciones escolares o domésticas; de no confundir, en definitiva, afecto con recompensas. Observamos con demasiada frecuencia esta confusión en nuestra práctica clínica.

¿Y por qué no también intervenir para facilitar la misma expresión afectiva del adolescente a los padres? ¿Por qué no hacer esta intervención más equilibrada reclamando también del adolescente que haga lo propio en relación con sus padres? Esta duda es razonable. Pero implica soslayar que la relación parental-adolescente no es una relación entre iguales, sino jerárquica. De un sistema familiar sano y saludable se espera que haya un desequilibrio entre subsistemas parental y filial en cuanto a la ostentación del poder y la asignación de las funciones afectiva y socializadora o educativa (para una exposición de las diversas funciones parentales véase, por ejemplo, Barudy y Dantagnan, 2005). Estas funciones deben desempeñarse desde arriba hacia abajo. Una de las características que frecuentemente se observan en las familias bloqueadas en un conflicto parental-adolescente es el equilibrio, igualitarismo o reciprocidad en las exigencias y críticas entre adolescentes y padres: “tú quieres que yo haga esto por ti, pero tú no lo haces por mí”, se escucha a menudo decir a padres y madres a sus hijas e hijos adolescentes, como si hubieran perdido de vista que no se espera lo mismo de los adolescentes y de sus padres. Esta regla, según la cual los subsistemas parental y filial estarían en un mismo nivel, gobierna muchas de estas familias, y explica las escaladas hostiles que uno esperaría encontrar entre cónyuges o entre hermanos en conflicto (que sí están en un mismo plano dentro de la jerarquía familiar), pero no entre adultos y sus hijos.

La solución del conflicto parental-adolescente, si partimos de lo que la investigación empírica nos enseñó, hace varias décadas ya (Beavers & Hampson, 1990; Olson, 2000), sobre los atributos de los sistemas familiares funcionales, no requiere de una negociación competitiva entre iguales a los que solo importa ganar, sino de una

transmisión de afecto, reconocimiento, y contención emocional desde una instancia que dispone de dichos recursos, es decir una instancia madura, a otra inmadura que empieza a demandarlos con urgencia. Que esta madurez previa necesaria en una de las partes en conflicto sea deficiente es, a nuestro entender, uno de los principales factores de riesgo de enquistamiento del inevitable conflicto parental-adolescente. Y dicha insuficiencia da sentido a su vez a la necesidad de facilitar, mediante orientación o entrenamiento, la adquisición por el subsistema parental de algunas de estas competencias básicas: ofrecer afecto y reconocimiento, por un lado, y autorregulación o contención emocional (que se manifiesta, por ejemplo, cuando el adulto es capaz de disminuir la tensión familiar desescalando un episodio de interacción hostil con el adolescente, como vimos en el apartado 9.1.2.10).

9.1.2.14. *Elemento 14. El terapeuta facilita que los miembros de la familia compartan un mismo sentido del propósito de la terapia*

Este es el único tipo de intervenciones fundamentales del terapeuta de entre los cuatro tomados del modelo SOATIF que no se ha visto refrendado en nuestras observaciones. Las intervenciones del terapeuta dirigidas a facilitar la *seguridad*, la *conexión emocional* y el *enganche en el proceso terapéutico* sí se han visto confirmadas, en cambio, en nuestro análisis como necesarias para el éxito de la tarea, ya que han estado presentes en todos los casos del grupo de tarea resuelta.

Por otro lado, veíamos en el resultado del análisis de la presencia de este elemento en la muestra que uno de sus marcadores conductuales (que aparece valorado con números negativos en la tabla porque su aparición debilita, en lugar de fortalecer, la formación de la alianza expandida), apareció en dos casos del grupo de no resolución y ninguna en el grupo de éxito, lo que hemos venido interpretando en esta investigación como indicativo de que dicho marcador puede ser útil como alerta de un desvío del curso adecuado de la tarea. Se trata del *marcador conductual 14.1.9, el terapeuta no atiende las preocupaciones explicitadas por un cliente, discutiendo únicamente las preocupaciones de otro cliente (Sentido de Compartir el Propósito)* (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF). Hay que decir aquí que en los seis casos de la muestra hemos observado muy frecuentes muestras del interés y atención de los terapeutas por asuntos

relevantes para todos los miembros de la familia al margen del problema que motiva la intervención (*marcador 4.2.2* del modelo). Pero también es cierto que en las cuatro ocasiones que hemos observado lo contrario, han sido en los dos mismos casos, pertenecientes los dos al mismo grupo de tarea no resuelta con éxito. Este resultado puede ser casual, ya que esta investigación es de tipo cualitativo y las observaciones no garantizan significación estadística alguna. Pero también es razonable, y útil como hipótesis por contrastar en una investigación ulterior, la posibilidad de que el reencuadre, para ser realmente sistémico y terapéutico, haya de integrar no solo los contenidos aportados por los miembros de la familia en conflicto (adolescentes y sus madres y padres) y que estén directamente relacionados con el problema. Que el reencuadre cumpla con la condición de ser realmente sistémico implica que haga referencia al modo en que se relacionan con el problema el núcleo familiar de forma global (sistémica), y no solo algunos de sus miembros. E incluir a todos los miembros en un reencuadre global puede implicar entonces también que el reencuadre integre contenidos que quizá solo toquen el problema de forma indirecta o tangencial, como observamos, por ejemplo, en el caso 2, de Bruno. En este caso, el terapeuta dio un espacio en la sesión para escuchar las quejas (planteadas en tono irónico e incluso chistoso, pero quejas, al fin y al cabo) de las hermanas mayores del adolescente sobre cómo la madre, influida por el padre, sí permitió conductas y concedió privilegios al paciente identificado, “el pequeño de la casa”, que ni por asomo les consintió a ellas. La aportación por las hermanas de este contenido, al ser atendida y reconocida por tanto por el terapeuta como un aporte también útil para el reencuadre del problema, permitió, por ejemplo, que el adolescente pudiera percibir un aspecto de su relación pasada con la madre que había pasado siempre desapercibido para él, pues Bruno siempre vio a la madre como una “sargento” que nunca le consentía nada.

9.1.2.15. *Elemento 15. Marcador de resolución de la tarea: alcanzar el sentido de propósito compartido de la terapia entre los miembros de la familia (Escudero, 2014)*

Véase lo dicho para el elemento 1, en el apartado 9.1.2.1.

9.2. Identificación de otros elementos relevantes para la construcción de la alianza terapéutica expandida no incluidos en el modelo inicial de la tarea

De los cinco nuevos elementos relevantes para la tarea identificados mediante el procedimiento de análisis inductivo aplicado al contenido de las sesiones, dos de ellos pueden considerarse de naturaleza *intraterapéutica*. Es decir que consisten en factores o eventos que ocurren, se realizan, en el contexto terapéutico, dentro de la sesión. Estos dos elementos son (a) *la permanencia de la alianza terapéutica del subsistema parental en un valor igual o superior a la del adolescente durante todas las sesiones conjuntas hasta aparecer la alianza terapéutica expandida*, y (b) *la ausencia de cambios en los valores relativos de alianza terapéutica de adolescente y subsistema parental antes de llegar a lograrse la aparición de la alianza terapéutica expandida*.

Los otros tres, en cambio, y ha sido esto un hallazgo inesperado para nosotros pues hemos de reconocer que no pensamos inicialmente en esta posibilidad, son de naturaleza que podemos denominar *extraterapéutica*, en el sentido de que tienen su origen en la historia previa de la familia, en su contexto e historia anteriores a su ‘entrada en la terapia’.

El primero de estos tres elementos que consideramos extraterapéuticos es (c) *la participación en el proceso terapéutico de un miembro del sistema familiar que muestra un vínculo de alianza simultáneamente con el adolescente y el miembro del subsistema parental más en conflicto*. Sobre este patrón compartido por los tres casos de tarea resuelta puede pensarse que no es en realidad extraterapéutico, pues dicho tercer componente de la familia participa en la terapia y el terapeuta tiene control sobre dicha participación (puede facilitarla o no). Sin embargo, lo cierto es que las familias pueden contar con un miembro de este tipo o no, y en los casos en los que no, no hay nada que pueda hacer el equipo terapéutico por su aparición. De hecho, esto es lo que ocurre en los casos 4 y 5, en los que por mucho que los terapeutas facilitan la participación de la pareja de la abuela de Daniela o de los hermanos mayores de Emilio, al no tener estos dichos vínculos de alianza con los miembros en conflicto, su participación no llega a influir en un sentido tan positivo como sí lo hicieron las hermanas de Bruno y la abuelastra de Carlos (casos 2 y 3).

Los otros dos factores extraterapéuticos descubiertos en nuestra muestra han sido (d) *la expectativa del adolescente de que el fracaso en la resolución del conflicto parental-adolescente implica el inicio o la continuación de su internamiento en un centro institucional*, y (e) *la intervención de la policía y la Justicia en el caso por comisión de faltas o delitos por el adolescente*. Que este tipo de elementos hayan resultado ser característicos precisamente de los casos en que la tarea se resuelve con éxito es claramente paradójico. Pues es de esperar que en aquellos casos en que llega a ser necesaria la intervención de jueces y policías, y la adopción de medidas tan serias como la restricción de libertad, ello se deba a la mayor gravedad del conflicto parental-adolescente y una disfuncionalidad familiar más grave. Sin embargo, quizás debamos pedir aquí prestada su famosa navaja a Ockham, y no empeñarnos en ver tras esta paradoja aparente un fenómeno complejo; quizá la explicación es bien simple: ciertamente estos casos son casos graves, y por eso tuvieron que intervenir policías, servicios de protección del menor y jueces, y su intervención simplemente funcionó. Y funcionó porque aportó al sistema familiar la dosis de autoridad, límites, contención, regulación, calma, que solo desde un nivel jerárquico superior podía ofrecerse a estas familias. Esto se traduciría, de acuerdo con lo observado en nuestra muestra, en una predisposición positiva de los miembros de la familia en conflicto hacia cualquier opción que revierta su situación de conflicto y permita un clima familiar menos tenso. Lo cual no debe interpretarse como que esta intervención policial o judicial es suficiente para solucionar el conflicto parental-adolescente disfuncional: lo es solo para detener la escalada del conflicto y para modificar las actitudes de adolescentes y tutores hacia posibles soluciones como, por ejemplo, iniciar un proceso terapéutico. La autoridad detiene el conflicto hostil o violento, pero por sí sola no lo soluciona. La solución requerirá también otros ingredientes. La psicoterapia familiar puede aportar alguno de ellos.

9.3. Revisión y refinamiento del modelo de la tarea: comparación de los resultados con el modelo heurístico

Un resultado de esta investigación que nos parece llamativo es la ausencia de diferencias notables entre grupos en relación con la mayor parte de los elementos del

modelo inicial. Por una parte, el análisis cualitativo de los datos ha mostrado escasas diferencias entre los dos grupos (categorías escritas en rojo en las tablas 11 a 25). Por otro lado, el análisis estadístico de las frecuencias registradas para cada categoría indicó, como dijimos al final del apartado 8.1., la ausencia de diferencias estadísticamente significativas. Que no se encontraran diferencias significativas en el contraste estadístico inferencial de los dos grupos no es de extrañar teniendo en cuenta el pequeñísimo tamaño de la muestra. Pero la principal explicación para el hecho de que no se hayan encontrado muchas diferencias intergrupales en relación con los elementos de modelo heurístico es, en nuestra opinión, otra: el elevado grado de entrenamiento de todos los terapeutas participantes en la muestra en un mismo modelo de terapia familiar que, además, está enfocado precisamente en la construcción y cuidado de la alianza terapéutica expandida. De hecho, los tres terapeutas participantes forman parte de uno de los principales grupos de investigación que han creado y desarrollado el SOATIF, y son también docentes en las actividades de formación en este modelo de psicoterapia. Ello garantiza un grado muy alto de adhesión de sus intervenciones al manual de aplicación del modelo por parte de todos ellos, con la consiguiente homogeneidad en la calidad de sus intervenciones en los casos de ambos grupos.

¿Cómo explicar entonces que el resultado en la resolución de la tarea haya sido distinto para los dos grupos? La primera explicación que hemos de plantearnos es simple: el modelo inicial necesitaba ser mejorado; era necesario buscar nuevos elementos relevantes para la construcción de la alianza terapéutica expandida que puedan agregarse a los ya identificados por la investigación previa y mejora así el poder explicativo y predictivo de este modelo inicial. Eso es precisamente lo que hemos pretendido con esta investigación.

Por otro lado, debe considerarse también que, incluso cuando las intervenciones realizadas sean de la mayor calidad posible, contemplando y siguiendo al máximo los manuales de terapia, siempre habrá cierto porcentaje de casos resistentes a las intervenciones. Esta resistencia al éxito de la tarea mostrada por algunas familias en iguales condiciones de la calidad de los tratamientos ha de ser atribuida necesariamente a características propias de las familias ya presentes antes de la intervención, es decir a factores extraterapéuticos, fuera del control del terapeuta, que harían las intervenciones mucho más onerosas y con peor pronóstico en relación con la construcción de la alianza terapéutica expandida. Y creemos que esto es precisamente lo que hemos encontrado en

el segundo tipo de análisis practicado a las sesiones de la muestra, el análisis inductivo dirigido a identificar elementos no considerados previamente por la investigación, y al que ya nos hemos referido en el apartado anterior (9.2).

9.3.1. Identificación de indicadores pronósticos de resolución de la tarea

El análisis de los seis casos de intento de construcción de la alianza terapéutica expandida realizado en esta investigación ha permitido la identificación de varias características de las familias participantes en la terapia que pueden funcionar como indicadores de mejor o peor pronóstico, o de mayor o menor dificultad, en cuanto a la resolución de la tarea. En la tabla 29 presentamos una relación de estos indicadores.

Tabla 29. Indicadores pronósticos de resolución de la tarea de construir la alianza terapéutica expandida

Menor dificultad de la tarea. Mejor pronóstico	INDICADORES	Mayor dificultad de la tarea. Peor pronóstico
Ausencia	Actitudes del adolescente y de los padres hacia la terapia marcadamente opuestas. El adolescente es reacio o rechaza participar en la terapia.	Presencia
Ausencia	Cambios o inversiones en los valores relativos de las alianzas de adolescente y subsistema parental con el terapeuta.	Presencia
Presencia	La alianza terapéutica del subsistema parental permanece en un valor igual o superior a la del adolescente durante todas las sesiones conjuntas hasta aparecer la alianza terapéutica expandida.	Ausencia
Ausencia	El conflicto disfuncional se actúa en la sesión. Aparecen conductas hostiles, e incluso violentas.	Presencia
Ausencia	El terapeuta se ve obligado a intervenir para contener las conductas hostiles o violentas entre los miembros de la familia. Estos no son capaces de desescalar el conflicto por sí mismos siquiera en presencia del terapeuta.	Presencia
Presencia	Participación en la terapia de un miembro del sistema familiar que muestre un vínculo positivo (alianza) simultáneamente con el adolescente y el miembro del subsistema parental en conflicto con este.	Ausencia

Presencia	Expectativa del sistema familiar de que la no resolución del conflicto parental-adolescente puede conllevar muy probablemente el inicio o continuación del internamiento del adolescente en algún tipo de centro, bien de acogimiento, bien de medidas de restricción de la libertad	Ausencia
Ausencia	Intervención de la policía o la Justicia por la comisión de faltas o delitos por el adolescente.	Presencia

Conocer estos indicadores es valioso por dos motivos. El primero es anticipar las dificultades que probablemente aparecerán en el desarrollo de la tarea. Esto será útil para el manejo específico de dichas dificultades. La aparición de actitudes opuestas hacia la tarea en el inicio de la terapia, señalado aquí como indicador de peor pronóstico en relación con la construcción de la alianza terapéutica expandida, está directamente relacionada con el sentimiento de inseguridad por aquel miembro de la familia que rechaza participar en el tratamiento. En nuestro caso este miembro sería el o la adolescente. Dicha actitud de rechazo suele estar relacionada con la anticipación de un riesgo, de un posible daño por el simple hecho de participar en la terapia. Que el equipo advierta desde el principio la presencia de este indicador le resultará útil para intervenir de forma temprana en la construcción de la seguridad del o de la adolescente. Esto mejoraría la probabilidad de éxito en la formación final de la alianza terapéutica expandida.

Por otro lado, en el caso de algunos de estos factores que se asocian al éxito de la tarea, el terapeuta podría influir de algún modo en que aparecieran. Así, por ejemplo, aunque a las primeras sesiones solo acudan de forma espontánea los miembros del sistema familiar en conflicto, el terapeuta puede explorar la existencia o no en la familia nuclear o extensa de otros miembros que pudieran cumplir la condición de mantener un vínculo de alianza simultáneamente con los familiares en conflicto, y facilitar su participación en la terapia (llamándoles por teléfono, facilitando que el horario de las citas sea compatible con sus obligaciones laborales o familiares, etc.).

Capítulo 10. Conclusiones

10. Conclusiones

10.1. Limitaciones de esta investigación

Consideramos que hay que tener en cuenta dos limitaciones principales a la hora de sacar conclusiones de los resultados obtenidos en esta investigación.

Con respecto a la primera de estas dos limitaciones, poco se puede hacer por evitarla, porque es propia de la naturaleza de este estudio, de su objetivo y método, y, por tanto, es consustancial no solo a esta investigación sino a todas las de su mismo tipo. Nos referimos aquí al hecho de ser esta una investigación de naturaleza observacional, orientada al descubrimiento, y perseguir por tanto únicamente la obtención de datos empíricos sólidos a partir de los cuales formular hipótesis lo suficientemente bien sustentadas como para que esté justificada su puesta a prueba ulterior en una nueva investigación, esta vez sí, experimental o cuasi-experimental en que se ponga a prueba la relación causal entre procesos y resultados. Solo en este tipo último de investigación, que exige muestras mayores, cabría hacer inferencia acerca de la representatividad de los resultados obtenidos en la muestra para el resto de la población. Esta inferencia pues, no puede hacerse a partir de los datos obtenidos aquí, en este estudio, y no solo porque la muestra haya sido pequeña, sino porque no es su objetivo. Si la muestra fue pequeña lo fue porque así era ya lo bastante extensa como para servir a nuestro fin: la observación minuciosa, en profundidad, de casos reales, para tener los mejores argumentos a la hora de formular un modelo hipotético de la tarea. Aceptamos el riesgo de resultar redundantes al dar otra vez aquí esta explicación, que ya se incluyó en el capítulo 7, si con ello disminuimos el riesgo de que se malinterpreten los resultados encontrados. Y es que estimamos este riesgo alto, acostumbrados como estamos a que casi toda investigación empírica concluya con alguna inferencia estadística.

La segunda limitación importante de este estudio es que todo el análisis expuesto hasta ahora ha sido realizado por un único investigador. Lo deseable en investigación de procesos en Psicoterapia es que, tanto los sistemas de categorías para la clasificación de

las conductas de clientes y terapeuta como dicho proceso de clasificación, sean realizados en equipo y mediante procedimientos de acuerdo o consenso. Detrás de esta investigación, sin embargo, hay más bien un único investigador, y no un equipo que haya hecho posible dicho consenso. Este investigador sí ha contado con la colaboración, para algunas tareas concretas, de otros investigadores o equipos profesionales, como por ejemplo a la hora de seleccionar la muestra, o de comprobar la fiabilidad entre jueces de los resultados en la aplicación del SOATIF-o. La confirmación de dicha fiabilidad, según los datos mostrados en el apartado 7.3.1, en tanto que los ítems del SOATIF-o componen la mayor parte de los ítems también del sistema de categorías diseñado en este estudio para comprobar el cumplimiento del modelo heurístico inicial, puede tomarse, si se quiere, como una aproximación a la fiabilidad suficiente en la aplicación de este sistema de categorías general. Pero se trataría solo de eso, de una aproximación, no de una prueba cierta de que su aplicación haya sido de hecho fiable.

Con el fin de contrarrestar esta ausencia de una prueba de fiabilidad del análisis de las sesiones en que se sustentan nuestros resultados, hemos realizado un registro pormenorizado del mismo en el que no solo señalamos minuciosamente la localización de los segmentos del proceso identificados y clasificados, sino que hemos añadido también una explicación o justificación en muchos casos del motivo por el que se les asignaba una categoría y no otra. Si no incluimos en este texto dicho registro es por su gran extensión (más de 1.300 registros). Sí hemos tomado la precaución, no obstante, de incluir en este texto bastantes ejemplos de las categorías analizadas, lo que puede dar más o menos una idea de la precisión de dicho análisis, y en el anexo 5 de esta tesis hemos incluido también, a modo de ejemplo, el registro de categorización de una de las sesiones integrantes de la muestra.

Entendemos, no obstante, que la publicación o difusión de los resultados de esta investigación puede exigir una tarea previa de mejora de la fiabilidad, o de la prueba de fiabilidad, de los diversos análisis en que se sustenta.

Debemos mencionar también una posible tercera limitación de esta investigación que no pudimos intuir inicialmente, al diseñarla, pues deriva de la composición final de la muestra. Aunque no se pretendió en ningún momento que así fuera, en la muestra

analizada encontramos una sobrerrepresentación de casos de conflicto parental-adolescente graves hasta el punto de haber tenido que intervenir la policía o la Justicia. Creemos que es probable que esto haya dado lugar a un sesgo de los resultados hacia la confirmación o identificación de elementos del modelo de construcción de la alianza expandida que puede ser especialmente representativo de este tipo de casos, más que representativos de aquellos otros conflictos parental-adolescentes que, aun siendo disfuncionales, no han llegado a serlo tanto como para pasar los adolescentes por la experiencia de ser llevados a comisaría, o denunciados, juzgados e internados.

Recuérdese, por último, a sacar conclusiones de este estudio, que todo lo dicho en él está referido no al éxito de la terapia, sino al de una fase inicial de esta: la tarea de construcción de la alianza terapéutica expandida.

10.2. Conclusiones

La forma más directa de conocer las conclusiones de la presente investigación quizá sea ojear el diagrama del modelo racional-empírico, o modelo refinado, de la tarea psicoterapéutica de construir la alianza terapéutica expandida con familias atrapadas en el conflicto parental-adolescente. Este diagrama se muestra en la figura 17, en el capítulo 8 de esta tesis.

El primero objetivo específico planteado en esta investigación era la puesta a prueba del cumplimiento o presencia, en una muestra pequeña de casos, de algunos de los postulados fundamentales del modelo de construcción de la alianza terapéutica expandida propuesto en esta tesis. De los cuatro postulados aquí investigados, dos se han visto confirmados en los casos de la muestra, un tercero se vio confirmado en parte, y el cuarto se vio refutado.

Los dos primeros, refrendados por nuestras observaciones, son los que afirman que la alianza terapéutica expandida no existe a priori, ha de ser construida; y que su construcción supone una tarea terapéutica que puede requerir un mínimo de tres

sesiones, siempre que estas incluyan, obviamente, alguna entrevista conjunta con el o la adolescente y el subsistema parental.

Los tres factores de la alianza con el terapeuta, *seguridad en el sistema terapéutico*, *conexión emocional con el terapeuta*, y *enganche en el proceso terapéutico*, pueden aparecer en cualquier orden, pero hasta que no se han formado los tres no se forma el cuarto factor que conlleva la alianza terapéutica expandida: el *sentido de compartir el propósito de la terapia*. Aun así, la formación de los tres factores de la alianza con el terapeuta para todos los miembros de la familia, si bien es un requisito para la aparición del *sentido de compartir el propósito de la terapia*, no garantiza por sí sola que este último se forme.

Por último, en nuestra muestra pudimos comprobar que la aparición de tendencias contrapuestas en las alianzas terapéuticas de subsistema parental y adolescente puede darse a lo largo de la tarea, pero no es un elemento necesario de la misma, ni mucho menos definitorio del grupo de tareas resueltas con éxito, en las que precisamente este elemento estuvo ausente.

En cuanto a los elementos generales que integraban el modelo heurístico propuesto en la parte teórica de esta tesis, se ha confirmado la relevancia de seis de los trece elementos del modelo heurístico inicial (descontados los elementos primero y último, es decir los marcadores de inicio y finalización de la tarea, que forman parte de esta por definición) para la resolución de la tarea en los tres casos analizados en los que se dio el éxito en la tarea. La relevancia del resto de elementos ha quedado refutada o, cuanto menos, cuestionada para su inclusión en el modelo definitivo de la tarea.

Los seis elementos confirmados son:

Elemento 3. El terapeuta facilita que los miembros de la familia sientan *seguridad en el sistema terapéutico* (Escudero, 2014) (Friedlander et al., 2005, escala del SOATIF)

Elemento 4. El terapeuta fomenta la *conexión emocional* con los miembros de la familia (Escudero, 2014) (Friedlander et al., 2005, escala del SOATIF).

Elemento 10. El terapeuta entrena u orienta al subsistema parental para la mejora de la autorregulación emocional y el manejo asertivo de los conflictos

Elemento 11. El terapeuta facilita el compromiso o *enganche en el proceso terapéutico* (Escudero, 2014) (Friedlander et al., 2005, escala del SOATIF), genera motivación hacia el cambio terapéutico (Escudero, 2014)

Elemento 12. Reencuadre sistémico del problema y de los objetivos de la familia (Escudero, 2014)

Elemento 13. El subsistema parental expresa comprensión y apoyo a su hijo/a adolescente (Higham et al., 2012)

Entre aquellos elementos generales del modelo heurístico que no se han visto refrendados en su totalidad, sí se han confirmado, sin embargo, dos de sus elementos específicos:

Elemento 5.1. El subsistema parental, o al menos uno de sus miembros, señala las frecuentes conductas hostiles, violentas o disruptivas, o confronta incluso al adolescente con dichas conductas.

Elemento 9.1. El adolescente revela, por su iniciativa o preguntado por el terapeuta, experiencias traumáticas o, al menos, negativas pasadas.

Se ha identificado además una serie de elementos cuya inclusión en el modelo revisado de la tarea puede ser útil aun no tratándose de elementos definitorios de las tareas resueltas con éxito, puesto que pueden funcionar como signos de alerta de que el curso de la tarea se está desviando del proceso adecuado hacia su resolución. Estos signos son:

- Actitudes del adolescente y de los padres hacia la terapia marcadamente opuestas. El adolescente es reacio o rechaza participar en la terapia.
- Cambios o inversiones en los valores relativos de las alianzas de adolescente y subsistema parental con el terapeuta.

- La alianza terapéutica del subsistema parental es o deviene inferior a la del adolescente.
- El conflicto disfuncional se actúa en la sesión. Aparecen conductas hostiles, e incluso violentas.
- El terapeuta se ve obligado a intervenir para contener las conductas hostiles o violentas entre los miembros de la familia. Estos no son capaces de desescalar el conflicto por sí mismos siquiera en presencia del terapeuta.

Además de la revisión de los elementos del modelo inicial de la tarea, el presente estudio ha identificado cinco nuevos factores que pueden ser también relevantes para la misma. De estos factores, dos son de naturaleza *intraterapéutica*, es decir que pertenecen al contexto de la terapia:

- Permanencia de la alianza terapéutica del subsistema parental en un valor igual o superior a la del adolescente durante todas las sesiones conjuntas hasta aparecer la alianza terapéutica expandida
- Ausencia de cambios en los valores relativos de alianza terapéutica de adolescente y subsistema parental antes de llegar a lograrse la aparición de la alianza terapéutica expandida

Los otros tres nuevos elementos identificados que pueden considerarse potencialmente relevantes para la resolución de la tarea, pues se observaron en los tres casos del grupo de éxito en la tarea, y en ninguno del otro grupo, son factores previos e inherentes a los sistemas familiares a los que se dirige la intervención, por lo que pueden considerarse de naturaleza *extraterapéutica*. Estos tres son los siguientes:

- Participación en el proceso terapéutico de un miembro del sistema familiar que muestra un vínculo de alianza simultáneamente con el adolescente y el miembro del subsistema parental más en conflicto.
- La expectativa del sistema familiar de que el fracaso en la resolución del conflicto parental-adolescente implica el inicio o la continuación del internamiento del adolescente en un centro institucional.
- Intervención de la policía y la Justicia en el caso por comisión de faltas o delitos por el adolescente.

Todos los hallazgos expuestos en los puntos anteriores de estas conclusiones han permitido una revisión y ajuste global de modelo de la tarea propuesto, que inicialmente consideramos como modelo racional o heurístico y que ahora, en su versión actualizada, entendemos que puede considerarse también fundado en observaciones empíricas. Este modelo revisado es el que se muestra en la figura 17.

10.3. Implicaciones para la investigación futura sobre la tarea de construir la alianza terapéutica expandida con familias atrapadas en el conflicto parental-adolescente

Una primera orientación que esta investigación nos ha aportado, y que sería válida para la investigación de procesos en terapia familiar en general y no solo para la centrada en la alianza expandida, es la que ya expusimos y justificamos en el apartado 9.1.1.2, en el capítulo anterior. Nos referimos allí a la conveniencia de tomar como criterio o medida del grado de desarrollo o avance en el proceso terapéutico en un caso no el número de sesión sino el número de entrevistas con cada uno de los diferentes miembros o subsistemas familiares implicados y participantes en la terapia.

Consideramos oportuno también aquí, partiendo de nuestra experiencia adquirida en esta investigación, proponer un cambio que en cuanto a la evaluación o monitorización de la alianza terapéutica expandida para la investigación de procesos. Se trata de un cambio en el uso de las medidas de alianza con fines de investigación en terapia familiar o cualquier tipo de terapia conjunta. Normalmente, cuando se mide la alianza y se presentan los resultados, bien como medida de variable dependiente bien como medida de variable mediadora o de procesos, dichas mediciones se realizan, presumiblemente por imitación de los procedimientos en investigación en terapia individual, para segmentos del proceso terapéutico que se corresponden con una sesión completa de terapia. Puede tener sentido también que esto sea así en investigación en terapia familiar para aquellas sesiones en que el encuadre permanece invariable para toda sesión. Muy a menudo ocurre, sin embargo, que, en las sesiones de terapia familiar, sobre todo en aquellas de mayor duración, el terapeuta no mantenga un encuadre único

a lo largo de toda la sesión. En lugar de esto, la posibilidad de cambiar o combinar encuadres dentro de una misma sesión es aprovechada con frecuencia por el terapeuta, sobre todo por el potencial de esta medida para generar seguridad en el sistema terapéutico. Cuando esto último es lo que ocurre, presentar las puntuaciones en SOATIF para toda la sesión reducirá el valor interpretativo y revelador de estos resultados. Ello se debe a que estaríamos mezclando indicadores de alianza que proceden de contextos terapéuticos diferentes. De este modo no podremos conocer exactamente cómo transcurrieron las dos entrevistas o encuadres distintos, sino que tendríamos una visión distorsionada de una sesión única. En este sentido proponemos que, en el futuro, al evaluar la alianza terapéutica mediante sistemas de observación como el SOATIF, se use y presenten los resultados para cada tipo de entrevista distinta, y no para cada sesión. Esto supondría una mayor complejidad en el registro y análisis de los datos, pero consideramos que estaría justificada por la mayor validez de los datos que se obtendrían por este camino.

Centrándonos ya en el área específica de la investigación sobre la formación de la alianza expandida con familias bloqueadas en el conflicto parental-adolescente, entendemos que la primera investigación pertinente para avanzar a partir de la que aquí hemos expuesto es una replicación del presente estudio, con objeto de confirmar la precisión de este modelo de la tarea que proponemos. Esta replicación está contemplada en el método general de análisis de tareas. Según este método general, antes de pasar a la fase de validación del análisis de tareas global, el modelo de la tarea ha de ser revisado y refinado tantas veces como sea necesario hasta saturarse las opciones de mejora. Este que hemos expuesto aquí constituye el primer intento de refinamiento del modelo, y no debería, por tanto, darse ya por suficientemente preciso.

En el caso de que dicha replicación de este estudio se realice, consideramos necesario tomar la precaución de comparar dos tipos de familia afectadas por el conflicto que aquí nos ocupa. Estaría justificado, según nuestros resultados, formar un grupo de familias en las que el conflicto, aun siendo disfuncional, no ha llegado aún a serlo tanto como para intervenir instituciones como la policía, servicios sociales o juzgados. El otro grupo sería el de familias en las que esto último sí hubiera llegado ya a

ocurrir. Así podría comprobarse si la construcción de la alianza expandida con ambos tipos de familia sigue un mismo modelo o modelo diferentes.

Por último, el presente estudio ha atendido fundamentalmente a comprobar la presencia y relevancia de elementos de la tarea identificados por la investigación previa, y a identificar otros nuevos que puedan contribuir a hacer el modelo de la tarea más preciso. Este tipo de investigación no abarca, por tanto, otra dimensión de la tarea que, sin duda, puede ser también muy relevante para avanzar en la mejora del modelo: la secuencia en la que se ordenan dichos elementos para que la tarea se resuelva con éxito. Sí se ha comprobado que, en contra de lo esperado, la resolución de la tarea no exige un orden prefijado en la formación de la *seguridad*, la *conexión* y el *enganche*. Pero el modelo de la tarea está compuesto por otros muchos elementos sobre los que se desconoce si importa o no el orden en que aparezcan en relación con la formación de la alianza expandida. Ello implica realizar nuevas investigaciones en las que se contemple y analice la dimensión secuencial de la tarea.

Referencias

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5 (5ª)*. Barcelona: Masson. <http://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596.295735>
- American Psychological Association. (2015). Effective Child Therapy. Evidence-based mental health treatment for children and adolescents. Retrieved June 23, 2017, from <http://effectivechildtherapy.org/content/ebp-options-specific-disorders>
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. B. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: a preliminary task analysis. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(6), 699–710. <http://doi.org/10.1080/10503300802291463>
- Barber, B. K. (1994). Cultural, Family, and Personal Contexts of Parent-Adolescent Conflict. *Journal of Marriage and Family*, 56(2), 375–386.
- Barber, J. G., & Delfabbro, P. (2000). Predictors of adolescent adjustment: Parent–peer relationships and parent–child conflict. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 17(4), 275–288. <http://doi.org/10.1023/A:1007546023135>
- Barudy, J., & Dantagnan, M. (2005). *Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Gedisa.
- Beavers, W. R., & Hampson, R. B. (1990). *Successful families. Assessment and intervention*. New York, NY, US: W W Norton & Co.
- Beck, M., Friedlander, M. L., & Escudero, V. (2006). Three perspectives on clients experiences of the therapeutic alliance, 32(3), 2006.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320. <http://doi.org/10.1037/0003-066X.35.4.320>
- Benítez-Ortega, J. L., & Garrido-Fernández, M. (2015a). Review of Task Analysis

Research of Significant Events in Psychotherapy. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 159–184.

Benítez-Ortega, J. L., & Garrido-Fernández, M. (2015b). Revisión de la investigación de eventos significativos en psicoterapia mediante análisis de tareas. *Revista de Psicoterapia*, 26(100), 159–184.

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.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252–260. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>

Branje, S. J. T., van Doorn, M., van der Valk, I., & Meeus, W. (2009). Parent-adolescent conflicts, conflict resolution types, and adolescent adjustment. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(2), 195–204. <http://doi.org/10.1016/j.appdev.2008.12.004>

Breighner, E. S. (2008). *A phase 2 task analysis study of the Process-Experiential Narrative Trauma Retelling Task in a clinical sample*. ProQuest Dissertations and Theses. Retrieved from http://search.proquest.com/docview/304459494?accountid=14553%5Cnhttp://openurl.library.uiuc.edu/sfxlc13?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&genre=dissertations+%26+theses&sid=ProQ:ProQuest+Dissertations+%26+Theses+Full+Text&a

Buehler, C., & Gerard, J. M. (2002). Marital conflict, ineffective parenting, and children's and adolescents' maladjustment. Retrieved from <http://gateway.isiknowledge.com/gateway/Gateway.cgi?&GWVersion=2&SrcAuth=EBSCO&SrcApp=EDS&DestLinkType=CitingArticles&KeyUT=000173835400008&DestApp=WOS>

Burt, S. A., Krueger, R. F., McGue, M., & Iacono, W. (2003). Parent-child conflict and the comorbidity among childhood externalizing disorders. *Archives of General Psychiatry*, 60(May 2003), 505–513. <http://doi.org/10.1001/archpsyc.60.5.505>

- Carter, E., & McGoldrick, M. (Eds.). (1980). *The family life cycle: A framework for family therapy*. New York: Gardner Press. New York, NY, US: Gardner Press.
- Cava, M. J., Buelga, S., & Musitu, G. (2014). Parental communication and life satisfaction in adolescence. *The Spanish Journal of Psychology*, *17*, 1–8. <http://doi.org/10.1017/sjp.2014.107>
- Cuevas-Escorza, L., & Garrido-Fernández, M. (2015). Client crying in the context of family therapy: an exploratory study. *Journal of Family Therapy*, *37*(3), 308–321. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2012.00596.x>
- Diamond, G. M., Liddle, H. A., Hogue, A., & Dakof, G. A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy*, *36*(4), 355–368. <http://doi.org/10.1037/h0087729>
- Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (1996). Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(3), 481–488. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.481>
- Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (1999). Transforming negative parent-adolescent interactions: From impasse to dialogue. *Family Process*. <http://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1999.00005.x>
- Eadeh, H.-M., Bouchtein, E., Langberg, J. M., Eddy, L. D., Oddo, L., Molitor, S. J., & Evans, S. W. (2017). Longitudinal Evaluation of the Role of Academic and Social Impairment and Parent-Adolescent Conflict in the Development of Depression in Adolescents with ADHD. *Journal of Child and Family Studies*, 1–11. <http://doi.org/10.1007/s10826-017-0768-7>
- Ehrlich, K. B., Richards, J. M., Lejuez, C. W., & Cassidy, J. (2016). When Parents and Adolescents Disagree About Disagreeing: Observed Parent-Adolescent Communication Predicts Informant Discrepancies About Conflict. *Journal of Research on Adolescence*, *26*(3), 380–389. <http://doi.org/10.1111/jora.12197>
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: the process-experiential approach to change*.

Washington, DC: American Psychological Association.

Escudero, V. (2009). *Guía Práctica para la Intervención Familiar*. Junta de Castilla y León.

Escudero, V. (2011). *Adolescentes y familias en conflicto. Terapia familiar centrada en la alianza terapéutica. Manual de tratamiento*. La Coruña. Retrieved from www.meniños.org

Escudero, V. (2012). Reconsidering the “heresy” of using treatment manuals. *Journal of Family Therapy*, 34(1), 106–113. <http://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00581.x>

Escudero, V. (2013). *Guía práctica para la intervención familiar II. Contextos familiares cronificados o de especial dificultad*. Junta de Castilla y León.

Escudero, V. (2014). Building the therapeutic alliance in family therapy: how to integrate systemic complexity and contradictions. *Connessioni*, 32, 7–25.

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. <http://doi.org/10.1037/a0026747>

Escudero, V., & Friedlander, M. L. (2003). El sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar (SOATIF): Desarrollo trans-cultural, fiabilidad, y aplicaciones del instrumento. *Mosaico*, 25, 32–36.

Escudero, V., Friedlander, M. L., & Heatherington, L. (2011). Using the e-SOFTA for video training and research on alliance-related behavior. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(2), 138–47. <http://doi.org/10.1037/a0022188>

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. <http://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x>

Ettinger, D. (2001). *Therapeutic alliance rupture and resolution processes in multidimensional family therapy: A grounded theory approach to the study of therapeutic events*. Temple University.

- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., Deihl, L., Field, N., Lehman, P., ... Cutting, M. (2005). *System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o). Training manual (Revised 2005)*.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. M. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 25–33. <http://doi.org/10.1037/a0022060>
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., Field, N., Lehman, P., Mckee, M., & Cutting, M. (2005). *Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o). Manual de Entrenamiento (Revisado 2005) (Vol.)*.
- 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. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.214>
- Friedlander, M. L., Heatherington, L., Johnson, B., & Skowron, E. A. (1994). Sustaining engagement: A change event in family therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41(4), 438–448. <http://doi.org/10.1037/0022-0167.41.4.438>
- Galambos, N. L., Sears, H. A., Almeida, D. M., & C., K. G. (1995). Parents' Work Overload and Problem Behavior in Young Adolescents. *Journal of Research on Adolescence*, 5(2), 201–223.
- Garrido-Fernández, M., & Benítez-Ortega, J. L. (2015). Psicoterapia Familiar Integradora con Equipo Reflexivo en casos de Violencia Filioparental. In *Congreso Euro-Latinoamericano de Intervención en Justicia Juvenil*. (p. 37). Almería: Universidad de Almería.
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: theoretical models and the preliminary data, 10(3 OP-Journal of Family Psychology. Sept, 1996, Vol. 10 Issue 3, p243, 26 table), 243. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&site=eds-live&db=edsgao&AN=edsgcl.18800538>

- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1997). *Meta-emotion: How families communicate*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- Greenberg, L. S. (1975). *Task analysis of psychotherapeutic events*. Unpublished doctoral dissertation, York University.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*(1), 4–9.
- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research*, *17*(1), 15–30. <http://doi.org/10.1080/10503300600720390>
- Higham, J. E., Friedlander, M. L., Escudero, V., & Diamond, G. M. (2012). Engaging reluctant adolescents in family therapy: An exploratory study of in-session processes of change. *Journal of Family Therapy*, *34*(1), 24–52. <http://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2011.00571.x>
- Hoffman, L. (1981). *Foundations of family therapy*. New York, NY, US: Basic Books.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness*, *48*(1), 9–16. <http://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0002>
- Inglés, C. J., Estévez, E., Piqueras, J., & Musitu, G. (2012). Los conflictos padres-adolescentes. In L. M. Llavona-Uribelarrea & F. X. Méndez-Carrillo (Eds.), *Manual del Psicólogo de Familia* (pp. 169–187). Madrid: Pirámide.
- Jeammet, P. (2011). Innovaciones en clínica y psicopatología de la adolescencia. *Psicopatología Y Salud Mental*, *17*, 47–53.
- Jeammet, P., & Boucherau, D. (2007). *La souffrance des adolescents*. Paris: Ed. La Découverte.
- Jensen, M. R., Wong, J. J., Gonzales, N. A., Dumka, L. E., Millsap, R., & Coxe, S. (2014). Long-Term Effects of a Universal Family Intervention: Mediation Through Parent-Adolescent Conflict. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*,

- 43(3), 415–427. <http://doi.org/10.1080/15374416.2014.891228>
- Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Ramos, P., & Rivera, F. (2015). What family dimensions are important for health-related quality of life in adolescence? *Journal of Youth Studies*, 18(1), 53–67. <http://doi.org/10.1080/13676261.2014.933191>
- Kanters, A. L. (2002). *Resolution of symbolic play therapy narratives of traumatic events: Exposure play therapy*. Retrieved from <http://0-search.proquest.com.fama.us.es/psycinfo/results?accountid=14744>
- Kiani, B., Hojatkah, S. M., & Torabi-Nami, M. (2016). Family Functioning, Identity Formation, and the Ability of Conflict Resolution Among Adolescents. *Contemporary School Psychology*, 20(4), 392–401. <http://doi.org/10.1007/s40688-016-0097-7>
- Laursen, B. (1993). The perceived impact of conflict on adolescent relationships. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*, 39(4), 535–550. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/23087248>
- Laursen, B., & Collins, W. (2009). Parent–child relationships during adolescence. In R. Lerner & L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology: Vol. 2. Contextual influences on adolescent development* (3rd ed., pp. 3–42). New York, NY, US: Wiley.
- Liddle, H. A. (2015). Multidimensional Family Therapy. In T. L. Sexton & J. Lebow (Eds.), *Handbook of Family Therapy* (2nd Editio, pp. 1–19). New York, NY, US: Routledge.
- Maggs, J. L., & Galambos, N. L. (1993). Alternative structural models for understanding adolescent problem behavior in two-earner families. *The Journal of Early Adolescence*, 13(1), 79–101. <http://doi.org/10.1177/0272431693013001005>
- Mahrer, A. R. (1988). Discovery-Oriented Psychotherapy Research: Rationale, Aims, and Methods. *American Psychologist*, 43(9), 694–702.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1983). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

- Moed, A., Gershoff, E. T., Eisenberg, N., Hofer, C., Losoya, S., Spinrad, T. L., & Liew, J. (2015). Parent – Adolescent Conflict as Sequences of Reciprocal Negative Emotion : Links with Conflict Resolution and Adolescents ' Behavior Problems. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(8), 1607–1622. <http://doi.org/10.1007/s10964-014-0209-5>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., & Robinson, L. R. (2007). The Role of the Family Context in the Development of Emotion Regulation Amanda. *Soc Dev*, 16(2), 1–26. <http://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>.The
- Multisystemic Therapy Services. (2017). *Multisystemic Therapy*® (MST®) *Research at a Glance*. Mount Pleasant, SC: Multisystemic Therapy Services. <http://doi.org/10.1111/1467-6427>
- Olson, D. H. (2000). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22, 144-167. *Journal of Family Therapy*, 22, 144–167.
- Pascual-Leone, A., Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, J. (2009). Developments in task analysis: new methods to study change. *Psychotherapy Research : Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 19(4–5), 527–542. <http://doi.org/10.1080/10503300902897797>
- Pelton, J., & Forehand, R. (2001). Discrepancy between mother and child perceptions of their relationship: I. Consequences for adolescents considered within the context of parental divorce. *Journal of Family Violence*, 16(1), 1–15. <http://doi.org/10.1023/A:1026527008239>
- Pérez, J. C., Cumsille, P., & Martínez, M. L. (2016). Brief report: Agreement between parent and adolescent autonomy expectations and its relationship to adolescent adjustment. *Journal of Adolescence*, 53, 10–15. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.08.010>
- 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. <http://doi.org/http://0-dx.doi.org.fama.us.es/10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x>

- Prinz, R. J., Foster, S., Kent, R. N., & O’Leary, K. D. (1979). Multivariate assessment of conflict in distressed and nondistressed mother-adolescent dyads. *Journal of Applied Behavior Analysis*, *12*(4), 691–700. <http://doi.org/10.1901/jaba.1979.12-691>
- Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*. New York, NY US: Guilford Press.
- Robin, A. L., & Foster, S. L. (2003). *Negotiating parent-adolescent conflict: a behavioral-family systems approach*. London : The Guilford Press,. Retrieved from [http://encore.fama.us.es/iii/encore/record/C__Rb1688551__Sa:\(robin\)t:\(negotiating\)__Orightresult__U__X4?lang=spi&suite=cobalt](http://encore.fama.us.es/iii/encore/record/C__Rb1688551__Sa:(robin)t:(negotiating)__Orightresult__U__X4?lang=spi&suite=cobalt)
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, *48*(1), 80–7. <http://doi.org/10.1037/a0022140>
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing--circularity--neutrality: three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, *19*(1), 3–12. <http://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1980.00003.x>
- Shek, D. T. L. (1997). The relation of parent-adolescent conflict to adolescent psychological well-being, school adjustment, and problem behavior. *Social Behavior and Personality*, *25*(3), 277–290. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=sph&AN=8771940&site=eds-live>
- Sibley, M. H., Ross, J. M., Gnagy, E. M., Dixon, L. J., Conn, B., & Pelham, W. E. (2013). An intensive summer treatment program for ADHD reduces parent-adolescent conflict. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *35*(1), 10–19. <http://doi.org/10.1007/s10862-012-9314-5>
- Slonim, D. A., Shefler, G., Slonim, N., & Tishby, O. (2013). Adolescents in psychodynamic psychotherapy: changes in internal representations of relationships with parents. *Psychotherapy Research*, *23*(2), 201–17. <http://doi.org/10.1080/10503307.2013.765998>
- Smerud, P. E., & Rosenfarb, I. S. (2008). The therapeutic alliance and family

- psychoeducation in the treatment of schizophrenia: An exploratory prospective change process study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 505–510. <http://doi.org/10.1037/0022-006X.76.3.505>
- Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common Factors and Our Sacred Models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113–129. <http://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x>
- Steinberg, L., & Silk, J. S. (2002). Parenting adolescents. In M. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Volume 1. Children and parenting* (2nd ed., pp. 103–133). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Stiles, W. B. (1995). Levels of therapists' intended meaning. In J. Siegfried (Ed.), *Therapeutic and everyday discourse as behavior change: Towards a micro-analysis in psychotherapy process research*. (pp. 93–97). Norwood, New Jersey: Ablex Publishing Corporation. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc3&NEWS=N&AN=1995-97237-004>
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Stubbs, J., Crosby, L., Forgatch, M. S., & Capaldi, D. M. (1998). *Family and peer process code: A synthesis of three oregon social learning center behavior codes*. Eugene, OR: Social Learning Center.
- Symonds, D., & Horvath, a. O. (2004). Optimizing the alliance in couples therapy. *Family Process*, 43(4), 443–455.
- Thompson, S. J., Bender, K., Lantry, J., & Flynn, P. M. (2007). Treatment engagement: Building therapeutic alliance in home-based treatment with adolescents and their families. *Contemporary Family Therapy*, 29(1–2), 39–55. <http://doi.org/10.1007/s10591-007-9030-6>
- Tschacher, W., Junghan, U. M., & Pfammatter, M. (2014). Towards a Taxonomy of Common Factors in Psychotherapy-Results of an Expert Survey. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21(1), 82–96. <http://doi.org/10.1002/cpp.1822>

- Tucker, C. J., Mchale, S. M., & Crouter, A. C. (2003). Conflict Resolution: Links with Adolescents' Family Relationships and Individual Well-Being. *Journal of Family Issues*, 24(6), 715–736. <http://doi.org/10.1177/0192513X03251181>
- Vickers, M. I. (2015). Chapter 23: Crisis management. In R. W. (Ed. . Guise (Ed.), *Study Guide for the Marriage and Family Therapy National Licensing Examination* (6th ed.). Jamaica Plain, MA 02130: The Family Solutions Corporation.
- von Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory: Foundations, development, applications* ((rev. ed.)). New York, NY, US: Braziller.
- Wasserman, G. A., Miller, L. S., Pinner, E., & Jaramillo, B. (1996). Parenting predictors of early conduct problems in urban, high-risk boys. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1227–36. <http://doi.org/10.1097/00004583-199609000-00020>
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fish, R. (1974). *Change, Principles of Problem Formation and Problem Resolution*. New York, NY, US: W. W. Norton, Inc.
- Weymouth, B. B., Buehler, C., Zhou, N., & Henson, R. A. (2016). A meta-analysis of parent-adolescent conflict: Disagreement, hostility, and youth maladjustment. *Journal of Family Theory and Review*, 8(1), 95–112. <http://doi.org/10.1111/jftr.12126>
- Ziv, Y., Cassidy, J., & Ramos-Marcuse, F. (2002). The conflict task coding system. *Unpublished Manuscript*.
- Znaniecki, F. (1934). *The method of sociology*. New York, NY, US: Farrar and Rinehart.

Anexos

ANEXO 1. Formulario de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Art. 10 de la Ley General de Sanidad (25/4/1986).

Art. 8 de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

D/Dña. mayor de edad, con D.N.I.,
vecino/a de calle
..... teléfono

MANIFIESTO:

Que he sido informado/a de forma verbal por.....
..... en fecha/...../20__ y que me ha sido entregada por escrito la información sobre las características referidas al servicio ofrecido en la “Unidad de Intervención y Cuidado familiar” e igualmente de los beneficios y los inconvenientes que se espera de mi participación en las sesiones.

He comprendido toda la información que se me ha proporcionado, habiendo sido aclaradas mis dudas satisfactoriamente, y también que mi participación en las sesiones es libre y voluntaria. Entiendo que el consentimiento de que se me informa es requisito para todas las personas que participen en este servicio.

Por lo tanto, **CONOZCO Y CONSIENTO:**

- 1) Participar en las sesiones con uno de los profesionales de la Unidad y su equipo en las condiciones establecidas y según me han explicado de forma verbal y por escrito.
- 2) Cubrir y responder a los cuestionarios que se utilizan para la investigación que se desarrolla en la Unidad.
- 3) A que las sesiones que se desarrollan con el terapeuta y su equipo se graben en video con el fin de recoger mejor la información y de hacer posible un trabajo de equipo y supervisión.
- 4) A que el material grabado pueda ser utilizado para la investigación y formación de profesionales, siempre de forma confidencial y sujeto a secreto profesional.

- 5) A la presencia en el equipo, junto con los profesionales y docentes, de estudiantes de postgrado o de titulaciones como enfermería, psicopedagogía, psicología y trabajo social.
- 6) Sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento.
- 7) Aclaro que he leído y entendido cada párrafo de este documento, y para que así conste:

Firmo dos ejemplares en: a de de 20.....

Firma

Firma del terapeuta

Fdo.....

Fdo.....

El día de de 20..... he decidido **REVOCAR** el consentimiento para la realización del procedimiento referido en este documento.

Firma
(o persona autorizada)

Firma testigo

Firma terapeuta

ANEXO 2. Contrato de confidencialidad como investigador



CONTRATO DE CONFIDENCIALIDAD COMO INVESTIGADOR

El abajo firmante.....Con D.N.I.....

y dirección en

INVESTIGADOR que forma parte del equipo de la Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar, de la Universidad de A Coruña, en el proyecto

Por el presente documento ME COMPROMETO a cumplir estrictamente un CÓDIGO DE CONFIDENCIALIDAD en relación con cualquier material escrito, o en grabación de vídeo o audio relativo a familias o sujetos particulares, en los términos siguientes:

1. No haré público en ningún ámbito externo al propio equipo de investigación del proyecto NINGUNA INFORMACIÓN relativa, directa o indirecta, a familias o sujetos que hayan participado o simplemente mencionados en el estudio.
2. En ningún caso haré mención ni reproduciré cualquier material que sea utilizado en la investigación o formación y en el que se mencionen o aparezcan familias o sujetos particulares, comprometiéndome a no hacer uso de ese material en ningún ámbito ni siquiera el de actividades de carácter profesional o científico.
3. Me comprometo a no grabar, ni almacenar el material utilizado en la investigación o formación. Además, borraré de mi ordenador personal u otro soporte digital (pendrive, Dropbox, etc...) cualquier vídeo o documento utilizado inmediatamente después de ser usado.
4. Pondré en conocimiento de la dirección de la UIICF cualquier relación personal, profesional o de otro tipo que pueda vincularme con las familias o sujetos que aparezcan o sean mencionados en el material utilizado (vídeos, documentos, etc...).
5. Acepto las responsabilidades profesionales, administrativas y penales que se puedan derivar del incumplimiento del presente compromiso de confidencialidad.

En _____, a _____ de _____ de 20____

Firmado:

Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar – Universidad de A Coruña

**ANEXO 3. Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en
Intervención Familiar (SOATIF-o). Versión para la
observación del cliente**

Sistema de Observación de la Alianza en Terapia Familiar

SOATIF-o (cliente)

INSTRUCCIONES: Lea por favor la definición de cada uno de los cuatro constructos encuadrados más abajo. A continuación, identifique en la parte superior de las columnas de anotación a los miembros de la familia que van a ser observados. Comience a observar la sesión marcando en la columna correspondiente aquellas conductas que ocurran. Al finalizar la sesión ha de realizar una valoración sobre una escala, para cada miembro de la familia, acerca del nivel en que ha percibido Enganche Terapéutico, Conexión Emocional con el Terapeuta, y Seguridad dentro del Sistema Terapéutico. También hará una valoración similar para la dimensión de Sentido de Compartir el Propósito, pero para esta dimensión el juicio se realiza sobre la totalidad del sistema familiar como grupo. Ha de sustentar su estimación para dichas escalas en el registro conductual que ha ido realizando en el proceso de observación. No olvide que los items que están escritos en *itálica* reflejan la falta de Enganche, pobre Conexión Emocional, carencia de Sentido de compartir el propósito, y falta de Seguridad.

Utilice la siguiente escala:

- 3 = muy problemática
- 2 = bastante problemática
- 1 = ligeramente problemática
- 0 = no reseñable o neutral
- +1 = ligera
- +2 = bastante fuerte
- +3 = muy fuerte

<p>ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO:</p> <p>El cliente le ve sentido al tratamiento, se transmite la sensación de estar involucrado en la terapia y trabajando coordinadamente con el terapeuta, que los objetivos y las tareas en terapia pueden discutirse y negociarse con el terapeuta, que tomarse en serio el proceso es importante, que el cambio es posible.</p>	<p>SEGURIDAD DENTRO DEL SISTEMA TERAPÉUTICO:</p> <p>El cliente ve la terapia como un lugar en el que puede arriesgarse, estar abierto a nuevas cosas, ser flexible; sensación de confort y expectativa hacia las nuevas experiencias y aprendizajes que pueden ocurrir, de que hay cosas buenas que provienen de estar en terapia, que el conflicto dentro de la familia puede manejarse sin hacerse daño, que no es necesario estar a la defensiva.</p>
<p>CONEXIÓN EMOCIONAL CON EL TERAPEUTA:</p> <p>El cliente ve al terapeuta como una persona importante en su vida, casi como a un miembro de la familia; sensación de que la relación se basa en la confianza, afecto, interés y sentido de pertenencia; de que al terapeuta le importa de verdad y que "está ahí" para el cliente, de que el cliente y el terapeuta comparten una visión del mundo (por ejemplo, que tienen perspectivas vitales o valores similares), que la sabiduría y experiencia del terapeuta son relevantes.</p>	<p>SENTIDO DE COMPARTIR EL PROPÓSITO:</p> <p>Los miembros de la familia se ven a sí mismos como trabajando en colaboración para mejorar la relación familiar y conseguir objetivos comunes para la familia; sentido de solidaridad en relación con la terapia ("estamos juntos en esto"), de que valoran el tiempo que comparten en la terapia; esencialmente un sentimiento de unidad dentro de la familia en relación con la terapia.</p>

MIEMBRO DE LA FAMILIA

ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO:

El cliente indica su acuerdo con las metas propuestas por el terapeuta	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente describe o discute un plan para mejorar la situación	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente introduce un problema para discutirlo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente acepta hacer las tareas para casa que se le sugieren	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente indica que ha hecho una tarea o la ha visto como útil	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente expresa optimismo o indica que ha tenido lugar un cambio positivo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente cumple las peticiones del terapeuta para discutir entre ellos o representar alguna interacción delante de él	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente se inclina hacia delante (postura corporal)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente menciona el tratamiento, el proceso de terapia, o una sesión en concreto	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<i>El cliente expresa sentirse "atascado" o afirma que la terapia no ha sido o no es útil</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<i>El cliente muestra indiferencia acerca de las tareas o del proceso de terapia</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Puntúe Enganche en el Proceso	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
para cada miembro de la familia:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

CONEXIÓN EMOCIONAL CON EL TERAPEUTA:

El cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente verbaliza su confianza en el terapeuta	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente expresa interés en aspectos de la vida personal del terapeuta	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente indica que se siente entendido o aceptado por el terapeuta	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente imita, reproduce, la postura corporal del terapeuta	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<i>El cliente evita el contacto ocular con el terapeuta</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<i>El cliente rechaza o es reticente a responder al terapeuta</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<i>El cliente tiene interacción hostil o sarcástica con el terapeuta</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<i>El cliente hace comentarios sobre la incompetencia o inadecuación del terapeuta</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Puntúe Conexión Emocional con el Terapeuta para cada miembro de la familia:	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

SEGURIDAD DENTRO DEL SISTEMA TERAPÉUTICO:

El cliente indica o afirma que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente varía su tono emocional durante la sesión (por ej., se ríe o llora)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente "abre" su intimidad (por ej., comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, llora, etc.)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente tiene una postura corporal abierta (relajada; se ha de observar fundamentalmente la parte superior del cuerpo: tronco y brazos)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente revela un secreto o algo que ningún miembro de la familia sabe	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente anima a otro miembro de la familia a abrirse o decir la verdad	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente pregunta directamente a los demás miembros de la familia que opinen de él como persona o de sus conductas	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<i>El cliente expresa ansiedad de forma no verbal (por ej., da golpecitos, se agita, se mueve)</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente se protege de forma no verbal (por ej., cruza los brazos sobre el pecho, no se quita la ropa de abrigo o el bolso, se sienta lejos del grupo, etc.)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<i>El cliente rechaza o es reticente a la hora de responder cuando otro miembro de la familia le habla</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<i>El cliente responde defensivamente a otro miembro de la familia</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<i>El cliente menciona de forma ansiosa/incómoda la cámara, los observadores, la supervisión, o los procedimientos de investigación.</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Puntúe Seguridad para cada miembro de la familia:	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

SENTIDO DE COMPARTIR EL PROPÓSITO EN LA FAMILIA:

Los miembros de la familia ofrecen un acuerdo de compromiso	_____	_____	_____	_____			
Los miembros de la familia comparten entre ellos una broma o un momento gracioso	_____	_____	_____	_____			
Los miembros de la familia se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista	_____	_____	_____	_____			
Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista	_____	_____	_____	_____			
Los miembros de la familia reflejan-reproducen posturas corporales similares	_____	_____	_____	_____			
Los miembros de la familia evitan el contacto ocular entre ellos	_____	_____	_____	_____			
Los miembros de la familia se culpan unos a otros	_____	_____	_____	_____			
Unos miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros	_____	_____	_____	_____			
Miembros de la familia tratan de aliarse con el terapeuta en contra de otros miembros de la familia	_____	_____	_____	_____			
El cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia	_____	_____	_____	_____			
Algunos miembros de la familia no están de acuerdo entre sí sobre el valor, el propósito, las metas, o las tareas de la terapia, o sobre quien debe ser incluido en las sesiones	_____	_____	_____	_____			
Puntúe Compartir el Propósito	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

para la familia globalmente: _____

© Escudero & Friedlander, 2001. Reproduced by permission of the authors.

**ANEXO 4. Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en
Intervención Familiar (SOATIF-o). Versión para la
observación del terapeuta**

Sistema de Observación de Alianza Terapéutica en Intervención Familiar

SOATIF-0 (terapeuta)

INSTRUCCIONES: Por favor, antes que nada lea detalladamente las definiciones de los siguientes cuatro constructos. Durante la observación de la sesión, marque cada conducta que ocurra. Cuando concluya la sesión, utilice las marcas realizadas para valorar la contribución del terapeuta al Enganche, Conexión emocional, Seguridad dentro del Sistema Terapéutico, y Sentido de Compartir el Propósito. Utilice las directrices del Manual de Entrenamiento para inferir las puntuaciones de escala a partir de los registros de conductas. Observe que los descriptores en *itálica* reflejan contribuciones negativas para el enganche, conexión emocional, compartir el propósito y seguridad.

Utilice la siguiente escala:

- 3 = muy problemática
- 2 = bastante problemática
- 1 = ligeramente problemática
- 0 = no reseñable o neutral
- +1 = ligera
- +2 = bastante fuerte
- +3 = muy fuerte

CONTRIBUCIÓN DEL TERAPEUTA AL ENGANCHE EN EL PROCESO DE TERAPIA:

El terapeuta explica cómo funciona la terapia	_____
*El terapeuta pregunta al cliente acerca qué quiere hablar en la sesión	_____
El terapeuta estimula que el cliente defina sus metas en la terapia	_____
*El terapeuta pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión	_____
*El terapeuta pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación-sugerencia o hacer una tarea	_____
*El terapeuta pregunta al cliente por el impacto o valor de una tarea asignada previamente	_____
*El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir.	_____
El terapeuta captura la atención del cliente (por ej. inclinándose hacia delante, usando el nombre del cliente, dirigiéndose a él/ella directamente, etc.)	_____
El terapeuta pregunta si el cliente tiene alguna duda o pregunta que hacer	_____
El terapeuta elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar	_____
<i>El terapeuta define metas terapéuticas o impone tareas o procedimientos sin pedir la colaboración del cliente</i>	_____
*El terapeuta discute con el cliente acerca de la naturaleza, propósito o valor de la terapia	_____
<i>El terapeuta critica cómo hizo (o por no hacerla) el cliente una tarea para casa</i>	_____
Puntúe la contribución del terapeuta para Enganche:	
	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

CONTRIBUCIÓN DEL TERAPEUTA A LA SEGURIDAD

*El terapeuta reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir cuestiones privadas	_____
El terapeuta proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad	_____
*El terapeuta propicia la discusión sobre elementos del contexto de terapia que pueden intimidar al cliente (por e.j., equipos de grabación, informes a terceras partes, equipo terapéutico, espejo unidireccional, investigaciones, etc.)	_____
El terapeuta ayuda al cliente a hablar sinceramente y a no estar a la defensiva con los demás	_____
El terapeuta intenta contener, controlar, o manejar la hostilidad abierta entre clientes	_____
El terapeuta protege activamente a un miembro de la familia de otro (por e.j., de acusaciones, hostilidad, o intrusividad emocional)	_____
El terapeuta cambia la conversación hacia algo agradable o que no genera ansiedad (programas de la tele, diversión, elementos de la sala, etc.) cuando parece que hay tensión o ansiedad	_____
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	_____
<i>El terapeuta permite que el conflicto familiar se escale hacia el abuso verbal, amenazas, o intimidación</i>	_____
<i>El terapeuta no atiende a expresiones claras de vulnerabilidad de un cliente (por ej., llanto, defensividad, etc.)</i>	_____
Puntúe la contribución del terapeuta para Seguridad en el sistema terapéutico:	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

CONTRIBUCIÓN DEL TERAPEUTA AL SENTIDO DE COMPARTIR EL PROPÓSITO:

- *El terapeuta alienta acuerdos de compromiso entre los clientes _____
- *El terapeuta anima a los clientes a preguntarse entre ellos por sus puntos de vista respectivos _____
- *El terapeuta elogia a los clientes por respetar los puntos de vista de los otros _____
- El terapeuta subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o solución _____
- El terapeuta destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades, o sentimientos _____
- El terapeuta anima al cliente a mostrar afecto, interés o apoyo a otro cliente _____
- *El terapeuta anima a un cliente a pedir confirmación y opinión (feedback) a otro/s _____
- *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 _____
- *El terapeuta ignora las preocupaciones explicitadas por un cliente discutiendo únicamente las preocupaciones de otro cliente _____

Puntúe la contribución del terapeuta para Sentido de Compartir el Propósito: -3 -2 -1 0 +1 +2 +3

_____ **indica que hay un descriptor similar en la versión del cliente*

© Escudero, Friedlander, & Deihl, 2004. Reproduced by permission of the authors.

ANEXO 5. Ejemplo de categorización de una sesión de psicoterapia

Sesión/Localización temporal en la sesión del evento	Elementos intrasesión relevantes para el desarrollo y resolución de la tarea	Escala publicada o sistema de categorías a la que pertenece el elemento	Conductas concretas relevantes para la interpretación del segmento
5FC1405_3/00:20	El cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta (Conexión Emocional) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	
5FC1405_3/00:20	El terapeuta comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente (Conexión Emocional) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	
5FC1405_3/04:06	El cliente expresa ansiedad de forma no verbal (por ej., da golpecitos, se agita, se mueve) (Seguridad) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	El padre, mientras la adolescente narra un evento conflictivo reciente entre ambos, se da golpecitos rápidos con un bolígrafo en la mano.
5FC1405_3/10:23	El terapeuta explora qué es eso que el/la adolescente encuentra en su padre, en su madre o en ambos que no le gusta, que rechaza o que supone para él algún tipo de problema.	Elemento mod. heurístico no en SOFTA	La terapeuta pregunta a la adolescente cómo se sintió al oír a la madre, a través del teléfono del primo con el altavoz encendido, que no estaba dispuesta a ir a recogerla a la casa del padre.
5FC1405_3/12:07	El terapeuta expresa explícitamente empatía (verbal o no-verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes (por ejemplo, "Se lo duro que debe ser", "Siento tu dolor", o llorar con el cliente) (Conexión Emocional) (Friedlander et al., 2005, ítem de	SOFTA-o	La terapeuta expresa su comprensión de que tener que trasladarse toda la familia por motivos laborales es una decisión muy fastidiosa.
5FC1405_3/12:14	El terapeuta pregunta si el cliente tiene alguna duda o pregunta que hacer, o algo más que decir (Enganche en el Proceso Terapéutico) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	
5FC1405_3/13:07	El terapeuta elogia a los clientes por respetar los puntos de vista de los otros (Sentido de Compartir el Propósito) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	El terapeuta elogia al padre por haber sido este capaz de respetar la larga exposición de la adolescente de su visión de un evento conflictivo reciente.
5FC1405_3/14:09	El subsistema parental, o al menos uno de sus miembros, señala las frecuentes conductas hostiles, violentas o disruptivas, o confronta incluso al adolescente con dichas conductas.	Elemento mod. heurístico no en SOFTA	
5FC1405_3/15:40	El cliente responde defensivamente a otro miembro de la familia (Seguridad) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	El padre responde a esta acusación diciendo que la culpa es de ella porque no cumple las normas.
5FC1405_3/15:40	Los miembros de la familia se culpan unos a otros (Sentido de Compartir el Propósito) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	La adolescente culpa al padre del problema porque él le habla mal, la margina.
5FC1405_3/15:52	Los miembros de la familia se culpan unos a otros (Sentido de Compartir el Propósito) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	El padre culpa ahora a la adolescente de los conflictos porque "cuando no se le bailan las aguas, todo es terrible".
5FC1405_3/16:15	El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir (Enganche en el Proceso Terapéutico) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF)	SOFTA-o	La terapeuta felicita al padre por haber conseguido que la adolescente fuera al instituto pese a su negativa inicial.
5FC1405_3/17:23	El cliente responde defensivamente a otro miembro de la familia (Seguridad) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	El padre vuelve a defenderse de la acusación de la adolescente culpando a esta de no entender nada.
5FC1405_3/17:23	Los miembros de la familia se culpan unos a otros (Sentido de Compartir el Propósito) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	La adolescente culpa al padre de haberle dicho primero que finalmente no irían a Valencia y después volverse atrás. Se lo dice con tono de enfado.
5FC1405_3/18:54	Los miembros de la familia se culpan unos a otros (Sentido de Compartir el Propósito) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	El padre culpa a la adolescente de manipular la situación.

5FC1405_3/20:39	El subsistema parental o uno de sus miembros expresan explícitamente que pueden comprender por qué el adolescente se siente enfadado, con ellos mismos o con otras personas. Es decir que pueden comprender los motivos que le han llevado a sentirse así.	Elemento mod. heurístico no en SOFTA	El padre reconoce que se equivocó al decirle a la madre que le regalaba a la paciente.
5FC1405_3/21:04	El subsistema parental reconoce su parte de responsabilidad en la formación o mantenimiento del problema.	Elemento mod. heurístico no en SOFTA	El padre reconoce que se equivocó al decirle a la madre que le regalaba a la paciente.
5FC1405_3/21:10	El cliente cumple las peticiones del terapeuta para discutir entre ellos o representar alguna interacción delante de él (Enganche en el Proceso Terapéutico) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	El padre reconoce que se equivocó al decirle a la madre que le regalaba a la paciente.
5FC1405_3/22:09	Los miembros de la familia se culpan unos a otros (Sentido de Compartir el Propósito) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	El padre reconoce que se equivocó al decirle a la madre que le regalaba a la paciente.
5FC1405_3/22:09	Signos de triangulación perversa del adolescente.	Elemento no previsto en modelo heurístico	La adolescente vuelve a salir aquí en defensa de la madre. Y lo hace como si la madre hablara a través de ella. La paciente media entre la madre y el padre representando a la madre.
5FC1405_3/22:22	Reencuadre: la implicación de la familia en el proceso terapéutico permite las intervenciones del terapeuta dirigidas a construir una consciencia sistémica (Hijlam et al., 2012), un reencuadre sistémico del problema y de los objetivos de la familia (Escud	Elemento mod. heurístico no en SOFTA	La terapeuta señala como la adolescente "se mete en medio de los padres", indicando uno de los elementos del problema, y como el problema se agrava porque el padre no es capaz de no tomarlo como algo personal y no responder a esa provocación.
5FC1405_3/22:49	Los miembros de la familia se culpan unos a otros (Sentido de Compartir el Propósito) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	El padre culpa a la adolescente de "hablar por boca de la madre" cuando quiere fastidiarle o "joderle".
5FC1405_3/23:15	El terapeuta expresa explícitamente empatía (verbal o no-verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes (por ejemplo, "Se lo duro que debe ser", "siento tu dolor", o llorar con el cliente) (Conexión Emocional) (Friedlander et al., 2005, ítem de	SOFTA-o	La terapeuta reconoce al padre que debe ser cierto lo que él dice de que es muy difícil tirar adelante siendo acusado de algo que no ha hecho.
5FC1405_3/23:55	Unos miembros de la familia devalúan la opinión de otros (Sentido de Compartir el Propósito) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	La adolescente corrige la versión del padre. Aunque al instante puede comprobarse que tiene razón en su corrección, la paciente la realiza con un evidente tono de enfado y falta de respeto.
5FC1405_3/24:34	El cliente responde defensivamente a otro miembro de la familia (Seguridad) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	La adolescente se defiende de la acusación del padre acusando a este de haberle pegado a ella delante del hermano.
5FC1405_3/25:41	El cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia (Sentido de Compartir el Propósito) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	La adolescente dice que el padre "es malo con ganas".
5FC1405_3/25:41	El terapeuta protege activamente a un miembro de la familia de otro (por e.j., de acusaciones, hostilidad, o intrusividad emocional) (Seguridad) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	La terapeuta permite la discusión entre la adolescente y el padre mientras no se cruza el límite de los insultos o descalificaciones. Cuando la adolescente cruza esta línea llamando al padre "malo con ganas", la terapeuta protege al padre diciendo que "no es malo, el padre...".
5FC1405_3/27:58	El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir (Enganche en el Proceso Terapéutico) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF)	SOFTA-o	La terapeuta señala como, sin darse cuenta, el padre y la adolescente acaban de ponerle un ejemplo de una negociación extensa entre ambos.




5FCL405_3/28:16	El cliente cumple las peticiones del terapeuta para discutir entre ellos o representar alguna interacción delante de él (Enganche en el Proceso Terapéutico) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	Tanto adolescente como padre siguen sin oposición alguna la indicación de la terapeuta de realizar un cambio de sitio y roles en la sesión.
5FCL405_3/28:16	El terapeuta ayuda al cliente a hablar sinceramente, y a no estar a la defensiva con los demás (Seguridad) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	La intervención de la terapeuta prescribiendo el cambio de roles es coherente también con este ítem, al centrarse en las emociones propias de quien habla.
5FCL405_3/28:16	El terapeuta cambia la conversación hacia algo agradable o que no genera ansiedad (programas de la tele, diversión, elementos de la sala, etc.) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	Equivale al registro anterior. Ambos factores o variables del modelo habrán de ser unificados.
5FCL405_3/28:16	El terapeuta facilita un cambio en el dominio o contenido de la conversación, de uno centrado en la conducta a otro enfocado a las emociones y sentimientos (G. S. Diamond y Liddle, 1999).	Elemento mod. heurístico no en SOFTA	La intervención prescribiendo el cambio de roles en la sesión supone, además, que la terapeuta propicia un cambio en el foco de la conversación, pasando esta de estar centrada en las conductas a estar centrada en los sentimientos, pues empieza preguntando "¿qué es lo que te hizo sentir peor...?".
5FCL405_3/27:32	El cliente "abre" su intimidad (por ej., comenta sentimientos dolorosos, comparte su intimidades, llora, etc.) (Seguridad) (Friedlander y cols., 2005, SOATIF).	SOFTA-o	La adolescente refiere que se siente mal y comienza a llorar aclarando que es porque echa de menos a la madre y al hermano.
5FCL405_3/27:32	El cliente varía su tono emocional durante la sesión (por ejemplo, se ríe o llora) (Seguridad) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	La adolescente se emociona y empieza a llorar.
5FCL405_3/28:19	Unos miembros de la familia devalúan la opinión de otros (Sentido de Compartir el Propósito) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	La adolescente dice "mentira", varias veces ante la versión que da el padre de cómo era su vida cuando ella estaba con su madre.
5FCL405_3/28:51	Reencuadre: la implicación de la familia en el proceso terapéutico permite las intervenciones del terapeuta dirigidas a construir una conciencia sistémica (Higham et al., 2012), un reencuadre sistémico del problema y de los objetivos de la familia (Escud)	Elemento mod. heurístico no en SOFTA	Reencuadre de la idea que tiene el padre sobre la relación de los adolescentes con los hermanos.
5FCL405_3/40:53	Los miembros de la familia se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista (Sentido de Compartir el Propósito) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF)	SOFTA-o	El padre le pregunta a la adolescente si es cierto o no que se encuentra ahora mejor, y a qué atribuye el estar mejor, si a estar con él o a haber estado en un centro.
5FCL405_3/41:50	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 (Seguridad) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	
5FCL405_3/45:30	El terapeuta expresa explícitamente empatía (verbal o no-verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes (por ejemplo, "Se lo duro que debe ser", "Siento tu dolor", o llorar con el cliente) (Conexión Emocional) (Friedlander et al., 2005, ítem de	SOFTA-o	En relación con la adolescente.
5FCL405_3/48:23	Reencuadre: la implicación de la familia en el proceso terapéutico permite las intervenciones del terapeuta dirigidas a construir una conciencia sistémica (Higham et al., 2012), un reencuadre sistémico del problema y de los objetivos de la familia (Escud)	SOFTA-o	Pregunta reflexiva de la terapeuta ofreciendo a la adolescente una interpretación alternativa de cómo se puede estar sintiendo el padre.
5FCL405_3/50:03	El terapeuta explora y presenta alternativas a los miembros de la familia (Escudero, 2014)	Elemento mod. heurístico no en SOFTA	
5FCL405_3/51:52	El terapeuta estimula que el cliente defina sus metas en terapia (Enganche en el Proceso Terapéutico) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	

5FC1405_3/54:20	El adolescente revela, por su iniciativa o preguntado por el terapeuta, experiencias traumáticas o, al menos, negativas pasadas.	Elemento mod. heurístico no en SOFTA	La adolescente revela experiencias negativas del pasado viviendo con la madre en que esta la descalificaba de forma humillante: "me das asco".
5FC1405_3/59:09	El terapeuta explora y presenta alternativas a los miembros de la familia (Escudero, 2014)	Elemento mod. heurístico no en SOFTA	
5FC1405_3/60:14	El terapeuta no llega a entrenar específicamente a los miembros del sistema, pero sí da orientaciones concretas y claras para la evitación de interacciones hostiles.	Elemento no previsto en modelo heurístico. A la adolescente.	
5FC1405_3/63:30	El cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta (Conexión Emocional) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	
5FC1405_3/63:30	El terapeuta comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente (Conexión Emocional) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	
5FC1405_3/63:52	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 (Seguridad) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	
5FC1405_3/65:30	El terapeuta expresa explícitamente empatía (verbal o no-verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes (por ejemplo, "Se lo duro que debe ser", "Siento tu dolor", o llorar con el cliente) (Conexión Emocional) (Friedlander et al., 2005, ítem de	SOFTA-o	
5FC1405_3/67:34	El cliente menciona el tratamiento, el proceso de terapia, o una sesión en concreto (Enganche) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	
5FC1405_3/67:55	El terapeuta interviene de modo que, explícita o implícitamente, si reconoce el diferente grado de responsabilidad que padres y adolescentes tienen en la capacidad de finalizar las discusiones: pone a ambos subsistemas en el mismo nivel de responsabilidad	Elemento no previsto en modelo heurístico.	
5FC1405_3/68:58	El terapeuta expresa explícitamente empatía (verbal o no-verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes (por ejemplo, "Se lo duro que debe ser", "Siento tu dolor", o llorar con el cliente) (Conexión Emocional) (Friedlander et al., 2005, ítem de	SOFTA-o	La terapeuta muestra al padre que puede darse cuenta de que él puede estar sintiéndose utilizado por la adolescente.
5FC1405_3/69:40	Reencuadre: la implicación de la familia en el proceso terapéutico permite las intervenciones del terapeuta dirigidas a construir una consciencia sistémica (Higham et al., 2012), un reencuadre sistémico del problema y de los objetivos de la familia (Escud	Elemento mod. heurístico no en SOFTA	Ofrece la terapeuta al padre una forma distinta de percibir la afirmación vehemente de la adolescente de que ella es de menos a la madre.
5FC1405_3/80:01	El terapeuta estimula que el cliente defina sus metas en terapia (Enganche en el Proceso Terapéutico) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	
5FC1405_3/80:51	El cliente introduce un problema para discutirlo (Enganche en el Proceso) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	El padre abre un nuevo tema de discusión, cómo manejar los castigos.
5FC1405_3/81:21	El terapeuta no llega a entrenar específicamente a los miembros del sistema, pero sí da orientaciones concretas y claras para la evitación de interacciones hostiles.	Elemento no previsto en modelo heurístico. Al SSP.	
5FC1405_3/82:43	El cliente introduce un problema para discutirlo (Enganche en el Proceso) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	SOFTA-o	


5FC1405_3/84:04	El terapeuta no llega a entrenar específicamente a los miembros del sistema, pero sí da orientaciones concretas y claras para la evitación de interacciones hostiles.	Elemento no previsto en modelo heurístico. Al SSP.
5FC1405_3/89:18	El terapeuta no llega a entrenar específicamente a los miembros del sistema, pero sí da orientaciones concretas y claras para la evitación de interacciones hostiles.	Elemento no previsto en modelo heurístico. Al SSP.
5FC1405_3/91:57	El cliente expresa optimismo o indica que ha tenido lugar un cambio positivo (Enganche en el Proceso Terapéutico) (Friedlander et al., 2005, ítem del SOATIF).	El padre dice que "ve que algunas cosas [en referencia al tratamiento] le van funcionando".
5FC1405_3/91:59	El cliente "abre" su intimidad (por ej., comenta sentimientos dolorosos, comparte su intimidades, llora, etc.) (Seguridad) (Friedlander y cols., 2005, SOATIF).	El padre expresa su desconcierto y preocupación por los alibajos, inesperados para él, el adolescente.
5FC1405_3/92:48	El terapeuta normaliza o acoge la vulnerabilidad emocional del cliente (por ej., llorar, mostrar sentimientos dolorosos) (Conexión Emocional) (Friedlander y cols., 2005, ítem del SOATIF).	El terapeuta normaliza los alibajos en el proceso terapéutico, por los que el padre se muestra desconcertado y dolido.
5FC1405_3/93:03	El subsistema parental reconoce su parte de responsabilidad en la formación o mantenimiento del problema.	El padre reconoce que recientemente la madre y él pusieron a la adolescente en una situación muy difícil que puede explicar el comportamiento problemático de esta.

ANEXO 6. Símbolos de los genogramas


Individuos:

-  Hombre
-  Hombre (fallecido)
-  Mujer


Patologías:

-  Ninguna patología física o psicológica




Adicción a las drogas:

-  No hay abuso de sustancias

Otros:

-  Paciente identificado (IP)




Parejas:

-  Matrimonio
-  Matrimonio - Divorcio
-  Cohabitación formalizada

Emocionales:

-  Ausencia / Insatisfacción
-  Separación / Alejado
-  Discordia / Conflicto
-  Afecto

Símbolos de relación Hijo/Padres

-  Hijo natural
-  Adopción
-  Guarda

