

**La interacción entre la Alianza Terapéutica y el Ajuste Diádico en Terapia de Pareja para la Depresión: Aproximación al proceso terapéutico desde el Diálogo Abierto**

**Lourdes Artigas Miralles**

<http://hdl.handle.net/10803/404791>

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

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

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

## TESIS DOCTORAL

# **La interacción entre la Alianza Terapéutica y el Ajuste Diádico en Terapia de Pareja para la Depresión: Aproximación al proceso terapéutico desde el Diálogo Abierto**

Lourdes Artigas Miralles

Dirigida por la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens

Co-dirigida por el Dr. Guillem Feixas Viaplana

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

Universitat Ramon Llull

Barcelona, marzo de 2017



## TESIS DOCTORAL

Título	<b>La interacción entre la Alianza Terapéutica y el Ajuste Diádico en Terapia de Pareja para la Depresión: Aproximación al proceso terapéutico desde el Diálogo Abierto</b>
Realizada por	<b>Lourdes Artigas Miralles</b>
en el Centro	<b>Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna</b>
y en el Departamento	<b>Psicología</b>
Dirigida por	<b>Dra. Anna Vilaregut Puigdesens</b>
Co-dirigida por	<b>Dr. Guillem Feixas Viaplana</b>



*A mis padres y a mis hermanos,  
gracias por estar junto a mí  
y acompañarme en todos los momentos de mi vida.*

*A mis abuelos, gracias por guiarme.*

*It is not 'the answer' that we must seek  
but rather a continuous 'process of answering'.*

**(Kenneth Gergen)**



---

Esta Tesis Doctoral ha recibido el apoyo del *Fons Social Europeu* y de la *Secretaria d'Universitats i Recerca del Departament d'Economia i Coneixement* de la *Generalitat de Catalunya* a través de la ayuda pre-doctoral para la formación y contratación de personal investigador novel (FI-DGR; 2014FI\_B 00819; 2015FI\_B1 00055; 2016FI\_B2 00108).

---





## Agradecimientos

Me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que me han apoyado y motivado para avanzar en el desarrollo de esta tesis doctoral. Durante mi estancia en Jyväskylä tuve claro que el puente de Alvar Aalto sería un lugar importante al que querría hacer referencia en este punto de la tesis. Sin duda fue uno de mis lugares favoritos, y mi refugio, donde disfrutar las vistas más bonitas de toda la ciudad. Y para mí, la tesis ha sido como la travesía del puente que durante ese tiempo recorría diariamente; durante el proceso sales de un punto y llegas a otro, para al final, disfrutar de las vistas desde otra perspectiva. Y si ahora miro hacia atrás, al otro lado del puente de donde partí, tomo perspectiva al valorar lo afortunada que he sido al contar con todas y cada una de las personas que me han acompañado en este camino.

Gracias a mi directora de tesis, la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens, por su entrega y dedicación en la dirección de esta investigación. Gracias por haberme introducido al modelo sistémico en mi último curso de carrera, por confiar desde entonces en mí y por haberme ayudado a crecer tanto personal como profesionalmente. Por haberme guiado en todo momento, haberme transmitido tu saber hacer en la práctica clínica e investigadora, y ser un referente del que aprender que no hay nada como ser perseverante, valiente y vivir la vida con pasión para lograr lo que uno se proponga.

Gracias a mi co-director de tesis, el Dr. Guillem Feixas Viaplana, por su generosidad al compartir conmigo un camino lleno de saber y conocimiento, que sin duda, me ha ayudado a llegar hasta aquí. Estaré siempre agradecida por la confianza que has depositado en mí y en nuestro equipo, sin tu implicación el desarrollo de esta tesis no hubiera sido posible.

Dedico un especial agradecimiento al Dr. Carles Pérez-Testor, investigador principal del *Grup de Recerca de Parella i Família* (GRPF). Desde mis inicios como alumna en la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna*, he tenido la verdadera suerte de que me transmitiera su experiencia y pasión por la docencia, la familia y la investigación. Gracias también por ofrecerme un lugar entre los miembros del *Grup de Recerca de Parella i Família* (GRPF). Gracias a cada uno de los compañeros del grupo, quienes me han hecho sentir arropada en todo momento y han favorecido que, entre todos, hayamos creado un contexto óptimo en el que formarme en

el ámbito de la pareja y de la familia, y en el que iniciarme en la investigación y en la docencia.

En particular, gracias al equipo de investigación en psicología sistémica, Anna Vilaregut, Anna Gilabert, Berta Vall, Clara Mateu, Cristina Günther, Eduard Carratalà, Laura Mercadal, Mariona Roca, Meritxell Campreciós, Mireia Salvador y Núria Ibáñez; gracias por formar un equipo que va más allá de la investigación y se convierte en un apoyo esencial. Qué decir, cada uno de vosotros sabe los momentos que hemos vivido y lo importantes que habéis sido para mí. Querría hacer dos menciones especiales. A ti, Clara, gracias por ser mi compañera, en el trabajo y en la amistad. Por conformar junto a mí este ‘tándem’ que ya tiene un largo recorrido y, seguro, seguirá pedaleando con fuerza. Gracias por ser un gran apoyo y compartir conmigo los buenos y malos momentos. Y a ti, Laura, gracias por demostrarme que siempre puedo contar contigo. Es un orgullo mirar hacia atrás y ver todo lo que hemos vivido juntas, y todavía lo es más ver que lo mejor está por llegar. Gracias de corazón por hacer que la amistad no entienda de distancias.

Gracias a la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna*, por acompañarme a lo largo de toda mi formación universitaria y carrera investigadora. Más que una Facultad, se ha convertido en un hogar donde he podido crecer y desarrollarme como profesional, pero sobre todo como persona, en la trayectoria de estos años. En su contexto he obtenido una beca pre-doctoral para la formación y contratación de personal investigador novel (FI-DGR). Gracias por su apoyo a través de los *Ajuts per a estades de recerca a altres universitats (2016-2017)* que me permitió complementar mi formación investigadora realizando una estancia internacional.

En el mismo contexto universitario, no podría seguir de otro modo que mencionando a los becarios del aula de investigación, quienes han sido grandes compañeros de esta aventura, la de investigar; Anna, Ana Luisa, Cristina M., Cristina O., Cristina T., Elena, Eva, Frederic, Irene, Marta, Natasha, Núria, Silvia y Susana. Con ellos, durante estos años, he compartido mucho más que un espacio de trabajo y ha habido lugar para risas, cafés, abrazos y conversaciones irrepetibles.

Gracias al Dr. Ignasi Cifre por su asesoramiento y ayuda en aquellos aspectos metodológicos a los que no encontraba respuesta. Gracias por tu paciencia y por encontrar siempre el momento para tener una actitud colaborativa.

Un agradecimiento especial al Dr. Valentín Escudero por transmitirme en todas las ocasiones su pasión y dedicación en el campo de la alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja, por mostrarme la necesidad de la investigación para enriquecer nuestra práctica clínica y por enseñarme la importancia de la relación terapéutica en el trabajo con familias y parejas. Su trabajo, tanto a nivel clínico como de investigación, ha sido un referente clave para el desarrollo de esta tesis doctoral. Gracias también a todo su equipo de la *Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar* (UIICF), en especial al Dr. Alberto Abascal y la Dra. Nuria Varela, por su generosidad y apoyo, y por acoger con tanto cariño a nuestro equipo desde el primer momento.

Me siento muy agradecida al Dr. Juan Luis Linares y a Carmen Campo, así como a todo el equipo docente, por el aprendizaje adquirido en mis años de formación en el *Màster de Teràpia Familiar Sistèmica de l'Escola de Teràpia Familiar de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*. Ha sido un verdadero privilegio aprender de su gran experiencia clínica durante estos años. Dedico un afectuoso agradecimiento a Susana Vega y a Ana Pérez, con quienes realicé los espacios vivenciales, y de los que me llevo innumerables momentos y aprendizajes que me han ayudado a crecer y a conocerme más a mí misma.

Dedico un cordial agradecimiento a cada una de las parejas y a todos los terapeutas que han participado en este proyecto de investigación, sin ellos nada de esto hubiera sido posible. Gracias a las parejas por darnos la oportunidad de conocerlas un poco más y a los terapeutas por compartir con nosotros su trabajo clínico en beneficio de la investigación por la salud mental.

*I would like to thank all the members of the research group at the University of Jyväskylä for offering me the opportunity to carry out my pre-doctoral stay with them. In particular, I dearly thank Dr. Jaakko Seikkula, Dr. Juha Holma, Dr. Virpi-Liisa Kykyri, Dr. Helena Päivinen, Dr. Berta Vall, Anu Karvonen and Petra Nyman-Salonen for helping and supporting me in many different ways during these months. Thanks to the resources, trust and support they offered me, I was able not only to complete my stay requirements but to also learn in an inspiring way in the Relational Mind Research*

*Project while continuing and completing my dissertation. I also thank Dr. Jaakko Seikkula and Dr. Berta Vall for accepting to be my supervisors at the University of Jyväskylä. Specially, I strongly want to thank Dr. Jaakko Seikkula for receiving me in Jyväskylä and for giving me the great opportunity to learn about the Dialogical approach, which it has enriched in a meaningful way my understanding of couple and family psychotherapy. Your supervision and guidance has been very enriching. I have also had the pleasure of working under Dr. Berta Vall guidance as my supervisor. Gràcies, Berta, per acollir-me a Jyväskylä des del primer dia, per introduir-me al mètode DIHC, per donar-me sempre suport, i en definitiva, per compartir amb mi aquesta "Finnish experience" de la que m'emporto moments inolvidables i la nostra amistat. Gràcies per fer-me sentir com a casa.*

Con mucho afecto, quiero dar las gracias a todas las personas junto con las que he vivido este proceso en mi día a día. Gracias a mis compañeras de equipo del Club Voleibol Mataró, por los momentos geniales que me han ayudado a desconectar y a recuperar energías, y por mostrarme durante tantas temporadas todo lo que se puede lograr trabajando en equipo. Gracias a Nacho, porque ya son muchos años y siempre has estado ahí. Gracias a mis amigos y amigas, en especial a Aina, Marta y Miriam, por crecer siempre juntas y hacer que para nosotras el paso del tiempo sólo sume. Gracias a Jordi, por haber vivido junto a mí este camino y enseñarme tantas cosas.

No podría terminar de mejor forma que dando las gracias a mi familia. A mis padres, gracias por ser mi principal apoyo, por confiar siempre en mí y por ser el mejor referente en mi vida. Por transmitirme la importancia del esfuerzo y de la constancia en aquello que a uno le apasiona. Esta tesis es también vuestra. A mis hermanos, Carlos y Javier, y a mis cuñadas, Alicia y Jessica, gracias por acompañarme, animarme incluso en los momentos más difíciles y ser el mayor soporte que podría tener. Gracias a mis sobrinos, por alegrar todos mis días, por darme la suerte de veros crecer y por sorprenderme, cada día más, de todo lo que aprendo de vosotros. Gracias, familia, por enseñarme a querer.

## Méritos científicos

### Publicaciones

Artigas, L., Vall, B., Nyman-Salonen, P., Seikkula, J., & Vilaregut, A. *Embodied Responsiveness and Therapeutic Alliance in Couple Therapy*. Manuscrito en preparación.

Artigas, L., Vall, B., Seikkula, J., & Vilaregut, A. *Combining Dialogue Analysis and Therapeutic Alliance in Couple Therapy: A pilot study*. Manuscrito en preparación.

Mateu, C., Vilaregut, A., Escudero, V., Artigas, L., Feixas, G., Cifre, I., & Quera, V. *Construcción de la Alianza Terapéutica en Terapia de Pareja con Trastorno Depresivo Mayor: Análisis Secuencial del Proceso Terapéutico*. Manuscrito en preparación.

Artigas, L., Mateu, C., Vilaregut, A., Feixas, G., & Escudero, V. (2017). Couple Therapy for Depression: Exploring how the Dyadic Adjustment determines the Therapeutic Alliance in two contrasting cases. *Contemporary Family Therapy*. Manuscrito en revisión.

Vilaregut, A., Artigas, L., Mateu, C., & Feixas, G. (2017). The construction of the Therapeutic Alliance in Couple Therapy in two contrasting cases with Depression. *Journal of Marital and Family Therapy*. Manuscrito en revisión.

Mateu, C., Vilaregut, A., Campo, C., Artigas, L., & Escudero, V. (2014). Construcción de la Alianza Terapéutica en la Terapia de Pareja: Estudio de un caso con dificultades de manejo terapéutico. *Anuario de Psicología*, 44, 95-115.

### Contribuciones en congresos y jornadas

Artigas, L., Mateu, C., Vilaregut, A., Feixas, G., & Escudero, V. (2016, septiembre). The construction of the therapeutic alliance in couple therapy in two contrasting cases with depression. Póster presentado en el 9<sup>th</sup> Conference of the European Family Therapy Association (EFTA), Origins and Originality in Family Therapy and Systemic Practice, Atenas, Grecia.

Artigas, L., Vall, B., & Seikkula, J. (2016, junio). Analysing the therapeutic alliance in couple and family therapy: Making connections between SOFTA-o and the Relational Mind Research Project. Workshop presentado en la University of Jyväskylä, Jyväskylä, Finlandia.

Mateu, C., Artigas, L., & Vilaregut, A. (2016, junio). The construction of the therapeutic alliance in couple therapy with Major Depressive Disorder. Ponencia presentada en el SOFTA Research Meeting, Bolonia, Italia.

Mateu, C., Artigas, L., & Vilaregut A. (2014, noviembre). Construcción de la alianza terapéutica en un caso de terapia de pareja con Trastorno Depresivo Mayor sin mejora sintomática. Ponencia presentada II Congreso Nacional de Psicoterapia FEAP 2014, La psicoterapia en el siglo XXI: Investigación y eficacia, organizado por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), Barcelona, España.

Artigas, L., Mateu, C., Vilaregut, A., Feixas G., & Escudero, V. (2014, julio). Construction of the therapeutic alliance in couples' therapy in cases of Major Depression and Dysthymia. Ponencia presentada en el SOFTA Research Meeting, Santiago de Compostela, España.

Mateu, C., Vilaregut, A., Campo, C., Artigas, L., & Escudero, V. (2013, octubre). Constructing the Therapeutic Alliance in Couple Therapy: an illustrative case study. Ponencia presentada en 8<sup>th</sup> Congress of the European Family Therapy Association (EFTA), Opportunities in a Time of Crisis: The Role of the Family, organizado en cooperación con la Asociación de Terapias Familiares y de Pareja de Turquía (*Aile ve Evlilik Terapileri Dernegi*, AETD), Estambul, Turquía.

Mateu, C., Vilaregut, A., Campo, C., Artigas, L., & Escudero, V. (2013, junio). Construcción de la Alianza Terapéutica. Estudio de un caso de Terapia de Pareja de orientación sistémica con dificultades de manejo terapéutico. Ponencia presentada en el IX Congreso Internacional Relaciones, la Red Española y Latinoamericana de Escuelas Sistémicas, Transitando por el ciclo vital, crisis evolutivas de las familias, Bilbao, España.

## Índice

Introducción.....	23
<b>PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO</b>	
<b>1. Alianza terapéutica y ajuste diádico en terapia de pareja.....</b>	<b>35</b>
1.1 Conceptualización de la alianza terapéutica .....	35
1.2 Investigación sobre alianza terapéutica en la terapia de pareja y familia .....	44
1.2.1 Alianza terapéutica y resultado final de la terapia .....	44
1.2.2 Alianza intrasistema y resultado final de la terapia .....	58
1.3 Ajuste diádico y su relación con la alianza terapéutica .....	68
<b>2. Terapia de pareja desde el modelo sistémico .....</b>	<b>77</b>
2.1 Conceptualización de la pareja desde el modelo sistémico .....	77
2.2 Conceptualización de la pareja con depresión desde el modelo sistémico...	86
2.3 Investigación en terapia de pareja desde el modelo sistémico y depresión..	97
<b>3. MODELO SOATIF: Sistema para la Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar .....</b>	<b>111</b>
3.1 Conceptualización y desarrollo del Modelo SOATIF .....	111
3.2 Dimensiones de la alianza terapéutica según el Modelo SOATIF .....	116
3.2.1 Enganche en el proceso terapéutico .....	116
3.2.2 Conexión Emocional con el terapeuta .....	119
3.2.3 Seguridad dentro del contexto terapéutico.....	121
3.2.4 Sentido de Compartir el Propósito de la terapia en la familia .....	123
<b>4. Enfoque dialógico .....</b>	<b>129</b>
4.1 Aproximación del Diálogo Abierto en la terapia de pareja y familia.....	129
4.2 Método de Investigaciones Dialógicas de Cambio.....	136
4.2.1 Concepto de “voz” y “polifonía” .....	140
4.2.2 Concepto de “posicionamiento” .....	143
4.2.3 Concepto de “destinatario” .....	145
4.2.4 Concepto de “momento presente” .....	147



## SEGUNDA PARTE. APLICACIÓN EMPÍRICA

<b>5. Objetivos e hipótesis</b> .....	159
5.1 Objetivos generales .....	159
5.2 Objetivos específicos .....	159
5.3 Hipótesis .....	160
<b>6. Método</b> .....	165
6.1 Diseño .....	165
6.2 Participantes .....	166
6.3 Instrumentos .....	179
6.4 Procedimiento .....	182
6.5 Análisis de datos .....	195
<b>7. Resultados</b> .....	201
7.1 Análisis descriptivo de las puntuaciones globales de las dimensiones de la alianza terapéutica de los casos de terapia de pareja .....	201
7.2 Análisis correlacional del ajuste diádico con el resultado final de la terapia y con la dimensión de Compartir Propósito .....	203
7.3 Análisis dialógico .....	207
7.3.1 Análisis macro del caso con bajo ajuste diádico .....	207
7.3.1.1 Paso I: Exploración de los Episodios Temáticos. ....	209
7.3.1.2 Paso II: Exploración de las respuestas a las intervenciones. ....	210
7.3.1.3 Paso III: Exploración del proceso de narración y del área de lenguaje. ....	212
7.3.2 Análisis macro del caso con alto ajuste diádico .....	213
7.3.2.1 Paso I: Exploración de los Episodios Temáticos. ....	215
7.3.2.2 Paso II: Exploración de las respuestas a las intervenciones. ....	216
7.3.2.3 Paso III: Exploración del proceso de narración y del área de lenguaje. ....	218

7.3.3 Análisis de alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos.....	223
7.3.3.1 Análisis de la alianza en función de los Episodios Temáticos del caso con bajo ajuste diádico. ....	223
7.3.3.2 Análisis de la alianza en función de los Episodios Temáticos del caso con alto ajuste diádico. ....	232
7.3.4 Análisis micro de los dos casos de terapia de pareja .....	243
7.3.4.1 Elección de los Episodios Temáticos. ....	244
7.3.4.2 Análisis micro del caso con bajo ajuste diádico.....	254
7.3.4.3 Análisis micro del caso con alto ajuste diádico. ....	276
<b>8. Discusión.....</b>	<b>293</b>
<b>9. Conclusions .....</b>	<b>347</b>
<b>10. Referencias .....</b>	<b>351</b>
<b>11. Apéndice .....</b>	<b>377</b>
Apéndice A: Resúmenes.....	377
Apéndice B: Certificación de la estancia de investigación en la University of Jyväskylä, Finlandia .....	387
Apéndice C: Descriptores y conductas de los clientes (SOATIF-o) .....	389
Apéndice D: Descriptores y conductas de los terapeutas (SOATIF-o) .....	391
Apéndice E: Títulos de los Episodios Temáticos del caso con bajo ajuste diádico (Método de IDC).....	395
Apéndice F: Títulos de los Episodios Temáticos del caso con alto ajuste diádico (Método de IDC).....	397
Apéndice G: Comparación de las voces y posiciones de las parejas.....	399
Apéndice H: Comparación de las estrategias terapéuticas .....	401

## Listado de Tablas

Tabla 1.	Descriptivos sociodemográficos.....	170
Tabla 2.	Datos sociodemográficos respecto al estado civil, años de relación y convivencia de las parejas.....	171
Tabla 3.	Características descriptivas y principales conflictos de las parejas.....	172
Tabla 4.	Asignación al grupo de este estudio según la definición operacional del cambio clínico valorada a partir de las puntuaciones obtenidas en el BDI-II y los criterios planteados por Jacobson y Truax (1991).....	185
Tabla 5.	Asignación al grupo de este estudio según los resultados del nivel de ajuste diádico de las parejas en base a las puntuaciones en la EAD-13 al inicio y al final de la terapia.....	186
Tabla 6.	Objetivos específicos y análisis de datos efectuados en la investigación.....	198
Tabla 7.	Puntuaciones globales obtenidas en las dimensiones de la alianza de los pacientes, cónyuges y terapeutas en la primera y última sesión para los casos de alto y bajo nivel de ajuste diádico.....	203
Tabla 8.	Correlaciones bivariadas entre las variables de ajuste diádico, dimensión de Compartir Propósito y resultado final de la terapia.....	206
Tabla 9.	Descripción general del análisis mediante el método IDC del caso con bajo ajuste diádico para la primera sesión.....	208
Tabla 10.	Descripción general del análisis mediante el método IDC del caso con bajo ajuste diádico para la última sesión.....	208
Tabla 11.	Resultados del Paso II del método IDC para el caso con bajo nivel de ajuste diádico.....	211
Tabla 12.	Resultados del Paso III del método IDC para el caso con bajo nivel de ajuste diádico, porcentajes generales de cada modo narrativo.....	212
Tabla 13.	Resultados del Paso III del método IDC para el caso con bajo nivel de ajuste diádico, porcentajes por participante de cada modo narrativo y de la tipología de lenguaje.....	213

Tabla 14.	Descripción general del análisis mediante el método IDC del caso con alto ajuste diádico para la primera sesión.....	214
Tabla 15.	Descripción general del análisis mediante el método IDC del caso con alto ajuste diádico para la última sesión.....	215
Tabla 16.	Resultados del Paso II del método IDC para el caso con alto nivel de ajuste diádico.....	217
Tabla 17.	Resultados del Paso III del método IDC para el caso con alto nivel de ajuste diádico, porcentajes generales de cada modo narrativo.....	218
Tabla 18.	Resultados del Paso III del método IDC para el caso con alto nivel de ajuste diádico, porcentajes por participante de cada modo narrativo y de la tipología de lenguaje.....	219
Tabla 19.	Frecuencias de los indicadores de la alianza terapéutica de la pareja del caso con bajo ajuste diádico para la primera sesión.....	226
Tabla 20.	Frecuencias de los indicadores de la alianza terapéutica del terapeuta del caso con bajo ajuste diádico para la primera sesión.....	227
Tabla 21.	Frecuencias de los indicadores de la alianza terapéutica de la pareja del caso con bajo ajuste diádico para la última sesión.....	230
Tabla 22.	Frecuencias de los indicadores de la alianza terapéutica del terapeuta del caso con bajo ajuste diádico para la última sesión.....	232
Tabla 23.	Frecuencias de los indicadores de la alianza terapéutica de la pareja del caso con alto ajuste diádico para la primera sesión.....	235
Tabla 24.	Frecuencias de los indicadores de la alianza terapéutica del terapeuta del caso con alto ajuste diádico para la primera sesión.....	236
Tabla 25.	Frecuencias de los indicadores de la alianza terapéutica de la pareja del caso con alto ajuste diádico para la última sesión.....	239
Tabla 26.	Frecuencias de los indicadores de la alianza terapéutica del terapeuta del caso con alto ajuste diádico para la última sesión.....	240

Tabla 27.	Cualidades dialógicas en función de los Episodios Temáticos del caso con bajo ajuste diádico en la primera sesión.....	247
Tabla 28.	Cualidades dialógicas en función de los Episodios Temáticos del caso con bajo ajuste diádico en la última sesión.....	249
Tabla 29.	Cualidades dialógicas en función de los Episodios Temáticos del caso con alto ajuste diádico en la primera sesión.....	251
Tabla 30.	Cualidades dialógicas en función de los Episodios Temáticos del caso con alto ajuste diádico en la última sesión.....	254
Tabla 31.	Título de los Episodios Temáticos escogidos para el análisis micro del caso con bajo ajuste diádico, en función de la dimensión Compartir Propósito.....	255
Tabla 32.	Título de los Episodios Temáticos escogidos para el análisis micro del caso con alto ajuste diádico, en función de la dimensión Compartir Propósito.....	277

### **Listado de Figuras**

Figura 1.	Ilustración y ejemplificación de los conceptos desarrollados en el marco del Diálogo Abierto (Bakhtin, 1984, 1986).....	149
Figura 2.	Genograma del caso 1 con bajo ajuste diádico.....	173
Figura 3.	Genograma del caso 2 con alto ajuste diádico.....	176
Figura 4.	Procedimiento llevado a cabo en la aplicación del método IDC para el análisis de los dos casos de terapia de pareja con distinto nivel de ajuste diádico y resultado final.....	194
Figura 5.	Magnitud de las correlaciones bivariadas entre las variables de ajuste diádico pre-tratamiento, Compartir Propósito en la primera sesión y resultado final de la terapia.....	206
Figura 6.	Frecuencias de indicadores de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos de la paciente del caso con bajo ajuste diádico en la primera sesión.....	245

Figura 7.	Frecuencias de indicadores de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos del cónyuge del caso con bajo ajuste diádico en la primera sesión.....	246
Figura 8.	Frecuencias de indicadores de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos de la paciente del caso con bajo ajuste diádico en la última sesión.....	247
Figura 9.	Frecuencias de indicadores de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos del cónyuge del caso con bajo ajuste diádico en la última sesión.....	248
Figura 10.	Frecuencias de indicadores de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos de la paciente del caso con alto ajuste diádico en la primera sesión.....	249
Figura 11.	Frecuencias de indicadores de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos del cónyuge del caso con alto ajuste diádico en la primera sesión.....	250
Figura 12.	Frecuencias de indicadores de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos de la paciente del caso con alto ajuste diádico en la última sesión.....	252
Figura 13.	Frecuencias de indicadores de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos del cónyuge del caso con alto ajuste diádico en la última sesión.....	253



## Introducción

---

La investigación llevada a cabo hasta la actualidad ha contemplado la alianza terapéutica como un factor común en psicoterapia, siendo considerada como una condición necesaria para el óptimo desarrollo de la terapia, un buen predictor de la evolución de la terapia y un elemento facilitador en el resultado terapéutico (Blow, Sprenkle, & Davis, 2007; Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symonds, 2011; Martin, Garske, & Davis, 2000; Sprenkle, Davis, & Lebow, 2009).

La investigación orientada a estudiar los aspectos del proceso de terapia que predicen un buen resultado ha sido consistente sobre la relevancia de la alianza terapéutica. Ha sido valorada como predictiva del resultado terapéutico para una amplia variedad de orientaciones y modalidades de tratamiento, como en terapia individual (De Bolle, Johnson, & De Fruyt, 2010; Horvath, 2011; Horvath & Bedi, 2002; Martin et al., 2000), terapia familiar (Glazer, Galanter, Megwinodd, Dermatis, & Keller, 2003; Escudero, 2008) y terapia de pareja (Anderson & Johnson, 2010; Bourgeois, Sabourin, & Wright, 1990; Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2007).

A través de estos estudios, se ha evidenciado la complejidad en la relación entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia en el contexto de la terapia de pareja y familia (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006; Knobloch-Fedders et al., 2004; Robbins et al., 2003; Symonds & Horvath, 2004). La alianza terapéutica en terapia de pareja y familia difiere cualitativamente de la alianza en psicoterapia individual, ya que, por un lado, cada miembro de la pareja o de la familia no sólo expresa al terapeuta sus sentimientos o reacciones, sino que también lo hace ante los demás, y por otro lado, el terapeuta que establece un vínculo con el paciente tiene un foco claro en terapia individual, pero es multifocal en el tratamiento con una pareja o familia (Pinsof & Wynne, 2000; Pinsof, Zinbarg, & Knobloch-Fedders, 2008). Por tanto, el trabajo terapéutico con una pareja o familia parte de una complejidad basada en los múltiples niveles de relación que el terapeuta debe considerar y manejar adecuadamente (Beck, Friedlander, & Escudero, 2006; Rait, 2000).

En los años 80 el modelo sistémico empezó a interesarse y a desarrollar teorías clínicas en las que aparecía la noción de alianza terapéutica aplicada a la terapia de pareja y familia. La aportación conceptual de Pinsof y Catherall (1986) puso de



manifiesto un conjunto de componentes de la alianza terapéutica que son esenciales y específicos del trabajo terapéutico con parejas y familias. En primer lugar, la necesidad de crear un contexto terapéutico seguro es característica del tratamiento con parejas y familias y ha sido considerada una tarea esencial y una precondition para el trabajo terapéutico (Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008; Friedlander et al., 2009; Friedlander, Lambert, & Muñiz, 2008b; Lambert, Skinner, & Friedlander, 2012). En segundo lugar, la relación colaborativa entre los miembros de la pareja o de la familia en relación a la terapia, concepto que fue definido por primera vez por Pinsof (1994) como “alianza intrasistema”, deviene el principal vehículo de cambio (Beck et al., 2006; Friedlander et al., 2008b; Lambert et al., 2012).

Los estudios preliminares acerca del papel que desempeña la alianza intrasistema a lo largo del proceso terapéutico, y en referencia al éxito de la terapia, ha recibido una mayor atención empírica en el contexto de la terapia familiar. Aunque también algunos estudios han investigado la interacción entre la alianza intrasistema y el resultado de la terapia específicamente en el trabajo con parejas (Anderson & Johnson, 2010; Knobloch-Fedders et al., 2004; Mateu, 2016; Mateu et al., 2014; Montesano & Izu, 2016; Symonds & Horvath, 2004; Vilaregut, Artigas, Mateu, & Feixas, 2017). Todos estos estudios ponen de manifiesto la necesidad de llevar a cabo investigaciones sobre procesos terapéuticos en terapia de pareja que, como la presente tesis doctoral, permitan profundizar en el desarrollo de la alianza intrasistema.

Debido a que está bien establecida la conexión entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia de pareja, los estudios recientes se han interesado en los factores que pueden influir en la formación y la trayectoria de la alianza terapéutica en esta modalidad de tratamiento (Horvath & Bedi, 2002; Knerr et al., 2011; Knobloch-Fedders et al., 2007; Mamodhoussen et al., 2005). Tomando en consideración estudios previos, el área de interés en la presente tesis doctoral se centra en la relación que el ajuste diádico puede tener con la formación y el mantenimiento de la alianza terapéutica, en concreto de la alianza intrasistema, y con el resultado final de la terapia de pareja para la depresión (Anderson & Johnson, 2010; Halford, Owen, Duncan, Anker, & Sparks, 2016; Horvath & Bedi, 2002; Knerr et al., 2011). Las investigaciones centradas en el conocimiento clínico de la depresión son relevantes debido a que, según las predicciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016), ésta será la segunda

causa mundial de morbilidad en el año 2020, únicamente por detrás de las enfermedades cardiovasculares.

Los estudios desde una perspectiva sistémica-relacional han demostrado un patrón fuerte de interacción entre los conflictos de pareja y la gravedad y el curso de la depresión (Goldfarb, Trudel, Boyer, & Préville, 2007; Heene, Buysse, & Van Oost, 2005; Whisman, 2001). Esta relación bidireccional indica que la satisfacción conyugal juega un papel crucial en la depresión, y al mismo tiempo, el impacto de la depresión en el funcionamiento de la pareja puede ser profundo (Hooley, 2007; Pettit & Joiner, 2006). De este modo, los tratamientos en terapia de pareja confirman que las intervenciones con ambos cónyuges son eficaces para la depresión (Barbato & D'Avanzo, 2008; Whisman, Johnson, Be, & Li, 2012). Desde el modelo sistémico, el enfoque de trabajo de la terapia de pareja para la depresión consiste en aliviar la sintomatología depresiva a través del cambio de los patrones disfuncionales de interacción entre los miembros de la pareja por interacciones más funcionales (Feixas, Muñoz, Dada, Compañ, & Arroyo, 2009; Jones & Asen, 2000; Leff et al., 2000; Linares & Campo, 2000).

En base a esta consideración, el nivel de ajuste diádico puede llevar a que el miembro de la pareja con depresión considere al cónyuge como el causante de sus problemas y de la insatisfacción de la relación, o por el contrario, puede promover una relación de apoyo mutuo entre ellos que contribuya a la construcción de una positiva alianza intrasistema, así como a la reducción de la sintomatología depresiva (Beach, Katz, Kim, & Brody, 2003; Whisman & Uebelacker, 2009).

Por estas razones, algunos autores han sugerido la aplicación de metodologías de análisis cualitativas a través de las cuales se pueda obtener un conocimiento profundo sobre la recíproca relación entre el nivel de ajuste diádico y la alianza intrasistema, con la finalidad de detectar factores relacionales en la terapia de pareja que contribuyan a la eficacia en el tratamiento (Anderson & Johnson, 2010; Carr, 2014; Goldfarb et al., 2007; Lambert et al., 2012; Mamodhousen et al., 2005). Estudios de este tipo, como la presente tesis doctoral, abren un camino hacia el enriquecimiento de la psicoterapia tanto a nivel clínico, para la formación y supervisión de terapeutas de pareja, como en el campo de la investigación (Halford et al., 2016; Pinosof et al., 2008).

Llegados a este punto, la presente tesis doctoral tiene un doble objetivo. Primero, explorar la interacción entre el ajuste diádico, la construcción de la alianza terapéutica y el resultado del tratamiento en casos de terapia de pareja cuando uno de los cónyuges está diagnosticado de depresión. Segundo, contribuir en el estudio del análisis del diálogo en terapia de pareja con depresión, con el propósito de determinar cualidades dialógicas que están presentes en los casos en función de su nivel de ajuste diádico y resultado final del tratamiento; y profundizar en los procesos de establecimiento de la alianza terapéutica.

Pretendemos analizar la construcción de la alianza terapéutica mediante el *Sistema para la Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar* (SOATIF-o; Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006) para, posteriormente, determinar su posible asociación con el nivel de ajuste diádico de las parejas, previo y posterior a la terapia, y con el resultado terapéutico, en base a la sintomatología depresiva de los pacientes. Además, nos planteamos la aplicación del Método de Investigaciones Dialógicas de Cambio (IDC) o *Dialogical Investigations of Happenings of Change* (DIHC) (Seikkula, Laitila, & Rober, 2012; Seikkula & Olson, 2016) con un doble propósito. Por un lado, este método nos permite explorar el diálogo establecido entre todos los participantes que forman parte de la terapia de pareja. Por otro lado, debido a la valoración de la alianza intrasistema como una variable críticamente importante para el cambio terapéutico, queremos obtener un conocimiento profundo sobre las cualidades dialógicas y las estrategias terapéuticas a través del diálogo en instantes de las sesiones relevantes para la construcción de la alianza intrasistema.

El método de IDC se enmarca en el enfoque dialógico y en la aproximación del Diálogo Abierto para el tratamiento psicoterapéutico. Este método recoge los conceptos del Diálogo Abierto que fueron desarrollados por Bakhtin (1984, 1986) e incorpora la visión del diálogo como productor de cambio. La aproximación del Diálogo Abierto surgió como modelo psicoterapéutico para conducir las sesiones con un paciente y su familia, aunque después de más de tres décadas de aplicación, ha devenido un enfoque de concebir la psicoterapia y de aproximarse al proceso terapéutico (Seikkula, 2002). En esta tesis doctoral incorporamos el método de IDC, basándonos así en los conceptos básicos de la aproximación del Diálogo Abierto que éste reúne, como una concepción relacional de la psicoterapia que nos permite analizar y comprender los procesos

dialógicos que se generan en el transcurso de la terapia de pareja sistémica para la depresión.

La aproximación del Diálogo Abierto (Olson, Laitila, Rober, & Seikkula, 2012; Seikkula, 1995) tiene establecidas sus raíces y sus bases teóricas en la Terapia Familiar Sistémica. Como señala Campo (2014) investigar desde la perspectiva sistémica, y por ende también desde la aproximación del Diálogo Abierto a través del método de IDC, supone ampliar el foco de observación de tal forma que la conducta humana, tanto la normal como la patológica, sea concebida en su contexto relacional y no de forma aislada. La aplicación del método de IDC, de forma concordante con el modelo sistémico, supone optar por una perspectiva global, por una epistemología holística, que subraya la interdependencia de los fenómenos y la complejidad de la realidad. Mediante el método de IDC adquirimos una perspectiva relacional que nos lleva a evaluar el proceso terapéutico a través de la examinación de las interacciones entre los participantes.

El método de IDC utilizado en esta tesis doctoral es el primer método cualitativo creado específicamente para explorar el proceso de diálogo en el contexto terapéutico con múltiples participantes, como ocurre en la terapia de pareja y familia. A diferencia de otros métodos cualitativos, el método de IDC concibe el diálogo como un acto mutuo y producido en la interacción durante el momento presente del proceso terapéutico, en otras palabras, se entiende el diálogo como un proceso “en movimiento”, compartido y que acontece en la interacción entre todos los participantes de la terapia (Linell, 2009). Así pues, en el análisis se incluye igualmente a todos los miembros presentes en el contexto de la terapia, no sólo a los miembros de la pareja, sino también a los terapeutas. Como resultado, el método de IDC permite estudiar las dinámicas relacionales de las parejas en terapia y las estrategias que los terapeutas pueden llevar a cabo para fomentar la alianza intrasistema y así contribuir al cambio en la relación en la terapia de pareja sistémica para la depresión (Guregard & Seikkula, 2012; Olson, Laitila, Rober, & Seikkula, 2012; Seikkula, 1995, 2002, 2008; Seikkula & Olson, 2016).

Hasta la actualidad, en el campo de la terapia de pareja sistémica para la depresión, aunque se haya profundizado sobre la alianza terapéutica, no se han realizado estudios previos sobre el análisis dialógico mediante el método de IDC que incluyan los conceptos del Diálogo Abierto para profundizar en la construcción de la alianza

terapéutica. Siguiendo a varios autores, consideramos relevante el desarrollo de investigaciones con métodos cualitativos que permitan la obtención de un panorama más detallado de lo que sucede en las sesiones de terapia de pareja y que puedan suponer un enriquecimiento en la práctica clínica de los terapeutas que trabajan con parejas con dificultades de manejo terapéutico, como pueden ser aquellos casos con un bajo ajuste diádico (Rautiainen & Aaltonen, 2010; Seikkula, Aaltonen, Kalla, Saarinen, & Tolvanen, 2013).

Llegados a este punto, para desarrollar esta tesis doctoral obtuve una beca predoctoral para la formación y contratación de personal investigador novel (FI-DGR) otorgada por la *Generalitat de Catalunya* y con el soporte del *Fons Social Europeu*, que me dio la oportunidad de trabajar activamente en el contexto universitario durante tres años. Además, la participación como miembro en el *Grup de Recerca de Parella y Família* (GRPF; SGR-953, AGAUR 2014), del que es investigador principal el Dr. Carles Pérez-Testor, ha supuesto para mí una gran fuente de conocimiento en torno a distintas temáticas relacionadas con el ámbito de la pareja y de la familia. A la vez, me ha permitido conocer de cerca el campo académico y compartir con los demás miembros del equipo el proceso de investigación, así como colaborar en docencia y participar en congresos sobre nuestro ámbito de estudio. Asimismo, en lo que se refiere al proceso que ha regulado la obtención de los resultados de esta tesis doctoral, éste ha permitido conocer la riqueza del trabajo en equipo que, sin duda, favorece nuestra práctica investigadora.

La inquietud por lograr una mayor formación ha enriquecido mi aprendizaje no sólo en el contexto de la investigación, sino también en el desarrollo de mi preparación clínica en el campo de la terapia familiar y de pareja desde el modelo sistémico. De forma paralela al desarrollo de esta tesis doctoral, desarrollé mis estudios durante cuatro años, entre los cursos 2012 y 2016, en el *Màster en Teràpia Familiar Sistèmica* de l'Escola de Teràpia Familiar de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Fundació Doctor Robert, de la *Universitat Autònoma de Barcelona*, que me permitió obtener el título de terapeuta familiar.

A lo largo de mi formación en este máster, mi principal interés se focalizó en el trabajo terapéutico con parejas. Fue por esta razón que durante la realización de mis estudios en el *Màster en Teràpia Familiar Sistèmica*, aproveché la oportunidad de

participar en el equipo de observación de casos de terapia de pareja llevados a cabo por Carmen Campo, psicóloga adjunta del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*. Gracias a la involucración en este campo de estudio, realicé el Trabajo Final del Máster Universitario en Psicología de la Salud y Psicoterapia de la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna* (FPCEE, Blanquerna) de la *Universitat Ramon Llull* (URL), que dio acceso a los estudios de Doctorado en Psicología en la misma facultad, sobre la construcción de un caso de terapia de pareja que presentaba dificultades en el manejo terapéutico (Mateu, Vilaregut, Campo, Artigas, & Escudero, 2014).

A pequeña escala, el desarrollo de este primer estudio tuvo un enlace de continuidad con la presente tesis doctoral. Permitted el establecimiento de una colaboración entre la Dra. Anna Vilaregut, profesora titular de la FPCEE Blanquerna, y el Dr. Valentín Escudero, profesor titular del Departamento de Psicología de la *Universidad de A Coruña* y uno de los creadores del *Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar* (SOATIF; Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006). En base a esta colaboración, tanto otros compañeros del grupo de investigación como yo misma, pudimos realizar breves estancias con el Dr. Valentín Escudero y su equipo para entrenarnos en el modelo SOATIF y formarnos en el análisis de la alianza terapéutica.

En relación a los casos escogidos para la presente investigación, se obtuvieron mediante un convenio de colaboración entre la Dra. Anna Vilaregut y el Dr. Guillem Feixas, siendo ambos los co-directores de esta tesis doctoral. El conjunto de casos seleccionados formaban parte de un proyecto de investigación I+D+i (2012-2014), titulado *Terapia Cognitiva para la Depresión Unipolar: Eficacia de una Intervención Centrada en Dilemas* financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, Dirección General de Investigación y Gestión del Plan Nacional de I+D+i (Subdirección General de Proyectos de Investigación) con referencia PSI2011-23246, dirigido por el Dr. Guillem Feixas, Catedrático de la *Universitat de Barcelona*. Mediante este convenio, se obtuvieron casos grabados de terapia de pareja en que uno de los dos miembros estaba diagnosticado de depresión y realizaban un tratamiento protocolizado de terapia de pareja desde la orientación sistémica.

Esta tesis doctoral cumple los requisitos para la mención internacional en el título de Doctor/a. En primer lugar, las conclusiones han sido redactadas en inglés, la lengua por excelencia de la comunidad científica en el campo de conocimiento del estudio y diferente de las lenguas oficiales en España. Asimismo, se facilita un resumen de la tesis en castellano, catalán e inglés (ver Apéndice A).

En segundo lugar, el desarrollo de la tesis doctoral culminó con una estancia de cuatro meses, de abril hasta julio de 2016, en la *University of Jyväskylä* (Finlandia) bajo la responsabilidad científica del Dr. Jaakko Seikkula, profesor titular y vicedecano de la *Faculty of Social Sciences* de la *University of Jyväskylä*, y la Dra. Berta Vall, investigadora post-doctoral de la misma universidad (ver Apéndice B). Para realizar la estancia, se contó con una ayuda de la FPCEE Blanquerna, URL, *Ajuts per a estades de recerca a altres universitats* (2016-2017). Además, se recibió el soporte de la FPCEE Blanquerna, URL, y la Obra Social la Caixa, a través de la ayuda *Ajuts a Projectes Tractors de Fons de Recerca per a l'any 2016* con el proyecto titulado *Configuració com a partner per a l'Horizon 2020: Col·laboració internacional en Aliança Terapèutica*.

La estancia me permitió participar en la actividad de investigación y de docencia que se realizaba en el contexto universitario. A través de mi estancia se pudo iniciar un trabajo multidisciplinar y desde una visión holística de la psicoterapia a través de la colaboración internacional entre nuestro equipo de investigación del *Grup de Recerca de Parella i Família* (GRPF) y el equipo de la *University of Jyväskylä*.

La idoneidad de dicha estancia de investigación reside en diversos motivos. Para empezar, la estancia me permitió trabajar, en coordinación con el Dr. Jaakko Seikkula, la Dra. Berta Vall y los demás miembros del equipo, en el *Relational mind in events of change in multiactor therapeutic dialogues* (2013-2016), un proyecto que forma parte del *Human Research Program* y que está financiado por la *Finnish Academy of Science (The Academy of Finland)*. El trabajo llevado a cabo en el marco de este proyecto me brindó la gran oportunidad de introducirme en la investigación sobre el proceso de sincronía en terapia de pareja a través de distintas medidas transteóricas que permiten un análisis transversal, como es el análisis de gestos faciales, corporal, fisiológico, dialógico y de los silencios. Además, pude compartir con el equipo mi experiencia en el análisis de la alianza terapéutica en terapia de pareja, y así, junto con otros compañeros,

diseñamos y trabajamos en la implementación del SOATIF-o (Friedlander et al., 2006) como medida de la alianza terapéutica que puede enriquecer las futuras investigaciones sobre la sincronía en terapia de pareja.

En referencia al desarrollo de esta tesis doctoral, gracias a la estancia tuve la ocasión de conocer de primera mano la aproximación del Diálogo Abierto (Seikkula, 1995, 2002), no tanto a través de la visualización de su práctica clínica, sino más bien a través de la aproximación a su enfoque que permite concebir y comprender el proceso psicoterapéutico con múltiples participantes. Asimismo, me brindó la oportunidad de realizar la formación en el método de IDC (Seikkula et al., 2012; Seikkula & Olson, 2016) y en el *Narrative Process Coding System* (NPCS; Laitila, Aaltonen, Wahlström, & Agnus, 2001, 2005) directamente con la Dra. Berta Vall y el Dr. Jaakko Seikkula, siendo él uno de los creadores del método de IDC. Una vez realizada la formación en estas metodologías, pude realizar el análisis dialógico de los casos que conforman esta tesis doctoral bajo su directa supervisión. Posteriormente, fruto de nuestra primera colaboración, durante mi estancia trabajamos en la realización de dos estudios piloto sobre terapia de pareja en los que se aplicaba el método de IDC; en uno se combina el análisis dialógico y el análisis de la alianza terapéutica (Artigas, Vall, Seikkula, & Vilaregut, 2017) y en el otro se combinan estos dos niveles de análisis con las respuestas corporales en terapia de pareja (Artigas, Vall, Nyman-Salonen, Seikkula, & Vilaregut, 2017).

En tercer y último lugar, previo envío de la tesis doctoral, la Dra. Helena Päivinen, una doctora experta del ámbito internacional y miembro del equipo de investigación de la *University of Jyväskylä*, proporcionará un informe de la misma.

En referencia a la **estructura de la tesis doctoral**, destacamos que está formada por dos partes principales. Primero, una parte teórica basada en la fundamentación conceptual que ha guiado la investigación. Segundo, una parte empírica que recoge la propuesta metodológica y los resultados, en base a una posterior valoración de la literatura entorno a la temática de estudio.

La primera parte de la tesis doctoral, la parte teórica, se subdivide en cuatro capítulos. El primer capítulo se centra en la alianza terapéutica y el ajuste diádico en el contexto de la terapia de pareja. El segundo capítulo se focaliza en la conceptualización



y la investigación sobre terapia de pareja para la depresión desde el modelo sistémico. En el tercer capítulo se presenta el modelo teórico y el instrumento utilizado en esta investigación para el análisis de la alianza terapéutica, el *Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar* (SOATIF-o; Friedlander et al., 2006). El cuarto y último capítulo se basa en la explicación de la aproximación del Diálogo Abierto y del método de Investigaciones Dialógicas de Cambio (IDC; Seikkula et al., 2012, Seikkula & Olson, 2016) aplicado en esta investigación.

La segunda parte de esta tesis doctoral, la parte empírica, se inicia en el quinto capítulo con el planteamiento de los objetivos principales, objetivos específicos e hipótesis del estudio, seguido de la exposición y justificación de los aspectos metodológicos de la investigación en el sexto capítulo. En el séptimo capítulo se presentan los resultados obtenidos, los cuales se subdividen en tres apartados. En primer lugar, se expone el análisis descriptivo de las puntuaciones en la alianza terapéutica, en segundo lugar, se muestra el análisis correlacional entre el ajuste diádico, el resultado final de la terapia y la alianza intrasistema, manifestada en las puntuaciones de la dimensión de Compartir Propósito, y en tercer lugar, se desarrolla el análisis dialógico de dos casos de terapia de pareja con distinto nivel de ajuste diádico previo al tratamiento y resultado final de la terapia.

En el octavo capítulo se encuentra la discusión en la que se detallan las principales aportaciones del estudio tomando en consideración la literatura previa, sus limitaciones y vías de investigación que se plantean en beneficio de la continuación en la investigación de este campo para seguir aportando conocimiento teórico, empírico y clínico en el contexto de la terapia de pareja. Finalmente, en el noveno capítulo se presentan las conclusiones de esta tesis doctoral.

## **PRIMERA PARTE. MARTO TEÓRICO**

### **1. Alianza terapéutica y ajuste diádico en terapia de pareja**

---

1.1 Conceptualización de la alianza terapéutica

1.2 Investigación sobre alianza terapéutica en la terapia de pareja y familia

1.2.1 Alianza terapéutica y resultado final de la terapia

1.2.2 Alianza intrasistema y resultado final de la terapia

1.3 Ajuste diádico y su relación con la alianza terapéutica



## **1. Alianza terapéutica y ajuste diádico en terapia de pareja**

---

### **1.1 Conceptualización de la alianza terapéutica**

A pesar de que nuestro interés se centra en la alianza terapéutica en el contexto de la terapia de pareja y familia, previamente consideramos importante realizar una breve explicación de la conceptualización y del desarrollo histórico de la alianza terapéutica en el campo de la psicoterapia individual; éste ha sido el punto de partida para su posterior aplicación en el trabajo con parejas y familias.

La conceptualización del término alianza terapéutica fue desarrollándose a lo largo del siglo XX. En el ámbito psicoterapéutico, la alianza terapéutica se refiere a la calidad y la fortaleza de la relación entre el paciente y el terapeuta, e incluye lazos afectivos entre ambos, así como un compromiso activo con las metas de la terapia y los medios para alcanzarlas (Corbella & Botella, 2003; Horvath & Bedi, 2002).

El término “alianza” en psicoterapia fue originalmente planteado por Freud (1940) diferenciando la “alianza” de la “transferencia”. Planteó la importancia de que el analista mantuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el paciente para permitir que la parte más saludable de éste estableciera una relación positiva con el analista, y principalmente se interesó por las contribuciones del paciente a esta relación (Aznar, 2012; Corbella & Botella, 2003).

Durante cierto tiempo, la alianza se asociaba exclusivamente al psicoanálisis y fue dentro de esta concepción psicodinámica que surgieron los llamados *Psicólogos del Ego* (Sterba, 1934; Zetzel, 1956) quienes fundamentaron objeciones al principio de las relaciones objetales, por el cual todo lo que un paciente siente en relación con el terapeuta es una reacción transferencial. Así pues, distinguieron entre los aspectos “reales” de la relación terapéutica y la transferencia. Greenson (1967) siguió la misma conceptualización que Zetzel (1956), separándose de la transferencia y encaminando su conceptualización de la alianza terapéutica como una actitud consciente de cooperación y confianza entre el paciente y el terapeuta. Desarrolló el término “alianza de trabajo” para describir los esfuerzos del paciente a la hora de trabajar cooperativamente con el terapeuta.

El concepto de alianza terapéutica ha sido incorporado por la mayoría de escuelas psicoterapéuticas, aunque ha ido distanciándose del componente transferencial proporcionado por la orientación psicoanalítica. Desde la orientación cognitivo-conductual, aunque no se haya integrado de forma explícita el concepto de la alianza terapéutica en sus teorías, sus intervenciones son consideradas como terapias de colaboración (Escudero, 2009; Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2009). La orientación cognitiva, y más en concreto las perspectivas constructivistas, han considerado la alianza terapéutica como un aspecto central del proceso terapéutico (Safran, 1998). El modelo humanista prestó especial atención en el papel del terapeuta en la alianza terapéutica a lo largo del proceso terapéutico. En concreto, Rogers (1951, 2008) enfatizó el papel que juega el terapeuta en la relación terapéutica a través del modelo de la terapia centrada en el cliente.

El concepto de relación terapéutica definido por Rogers (1951, 2008) ha influenciado en el desarrollo de las teorías actuales sobre alianza terapéutica. Según Horvath (2000) algunas de las contribuciones de su trabajo son: (a) La consideración de la relación terapéutica como el componente más relevante para el éxito de la terapia, incluso más que las técnicas utilizadas durante el tratamiento. Esta noción podría ser considerada el pilar que marca el inicio de la investigación sobre alianza y resultado; y (b) la creencia sobre la alianza terapéutica como un factor esencial en todas las modalidades de terapia, lo cual inspiró a posteriores autores para desarrollar un concepto transteórico de alianza terapéutica que abarcara todas las orientaciones de psicoterapia.

Al igual que Rogers, Strupp (1973) hizo una contribución muy significativa al fundamentar la idea de que la alianza es decisiva no sólo en el contexto de la psicoterapia psicoanalítica, sino en todos los modelos de terapia. Describió la alianza como un constructo panteórico, que traspasa diferentes modelos teóricos, y que influye en la eficacia de cualquier terapeuta aunque utilice técnicas distintas. Respecto a los datos proporcionados por la investigación sobre la eficacia en psicoterapia, destacamos el estudio de Lambert (1992) quien articuló y clasificó una serie de elementos que afectaban al resultado del tratamiento; estableció en un 30% la proporción de mejoría que ocurría en el tratamiento atribuible a la relación terapéutica entre terapeuta y paciente. Este resultado apunta a la preponderancia de los efectos que se derivan de los

factores comunes en psicoterapia (Feixas & Miró, 1993; Lambert & Ogles, 2004; Sprenkle et al., 2009).

Influenciados por la perspectiva panteórica de Rogers (1951, 2008) y Strupp (1973) acerca de la importancia de la alianza en todas las orientaciones de psicoterapia, no sólo en la psicodinámica, otros autores como fueron Luborsky (1976) y Bordin (1979) desarrollaron sus teorías con una visión transteórica de la alianza terapéutica. Hasta aquél momento, los teóricos habían conceptualizado la alianza como un solo constructo, y por tanto, estos autores fueron los primeros en desarrollar una teoría que considerara la alianza como un constructo formado por diversas dimensiones interdependientes entre sí. En ese sentido, probablemente sean éstos dos de los autores más influyentes en la concepción actual de la alianza terapéutica.

Las perspectivas anteriores, tanto la psicodinámica como la de la terapia centrada en el cliente, conciben la relación terapéutica de un modo asimétrico; la primera pone énfasis en el rol del paciente y la segunda subraya la responsabilidad del terapeuta (Horvath, 2000). A finales de la década de los 70, Bordin (1979, 1994) propuso un modelo simétrico en cuanto al papel que tienen terapeuta y paciente, considerando así que ambos son participantes activos y que sus contribuciones tienen la misma importancia en el desarrollo y formación de la alianza terapéutica.

Partiendo de esta premisa, Bordin (1979, 1994) desarrolló una definición heurística de alianza terapéutica influyente tanto en psicoterapia individual como en terapia conjunta, de pareja y familia. Reformuló el concepto de alianza terapéutica desde una perspectiva panteórica, considerando que una buena alianza es el prerrequisito para el cambio en todas las formas de psicoterapia, independientemente del modelo teórico en que se basen. Entendía el concepto de alianza terapéutica, al que se refería como “Alianza de Trabajo”, como el encaje y la colaboración en la relación establecida entre el paciente y el terapeuta en el contexto de psicoterapia. Identificó tres componentes que configuraban la alianza de trabajo: (a) El acuerdo entre terapeuta y paciente sobre *los objetivos o las metas* en el tratamiento; (b) el acuerdo en *las tareas* necesarias para lograr esas metas, es decir, el acuerdo acerca de los medios que son adecuados para conseguir los objetivos propuestos; y (c) *el vínculo emocional* positivo y de confianza que se crea entre terapeuta y paciente, el cual permite a éste último hacer progresos terapéuticos. A pesar de tratarse de componentes diferenciados que

conforman el concepto de la alianza, éstos se influyen mutuamente de manera continua (Horvath & Luborsky, 1993; Safran & Muran, 2000).

La contribución de Bordin (1979, 1994) fue esencial para la promoción de investigación en alianza terapéutica, a partir de las cuales surgieron datos que demostraron que la calidad de ésta es un claro predictor del éxito en psicoterapia (Gaston, 1990; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000). De la misma forma que Luborsky (1976), entendió la alianza terapéutica de forma dinámica y cambiante a lo largo del proceso de la terapia. Se producen variaciones y tensiones en la alianza, que si se pasan por alto y no se reparan, pueden ocurrir rupturas en ella y pueden producirse abandonos prematuros en el tratamiento. Así pues, su aportación subrayó la importancia de tomar en consideración las tensiones y las rupturas de la alianza en el proceso terapéutico, fenómenos especialmente relevantes para el éxito de la terapia en sesiones con múltiples participantes, como es el caso de la terapia de pareja y familia (Abascal, 2011; Aznar et al., 2014; Martin et al., 2000; Mateu, 2016).

En los años 80 el campo de la terapia de pareja y familia empezó a interesarse y a desarrollar teorías clínicas en las que aparecía la noción de alianza terapéutica. Aunque hubo algunas excepciones, en general las teorías sistémicas tradicionales otorgaron relevancia al hecho de cambiar las pautas de relación dentro de la pareja o de la familia y se centraron únicamente en la técnica. Los terapeutas que intervenían dentro de una pareja o familia para modificar pautas de interacción eran entrenados para mantenerse distantes y adoptar una metaperspectiva (Friedlander et al., 2009).

En la tradición de la Terapia Familiar Sistémica, el tratamiento y la importancia otorgada a la alianza terapéutica ha sido muy dispar. Rait (2000) definió un continuo de posturas teóricas sobre la relación terapéutica organizado en polos opuestos.

En un extremo, se situarían las terapias experienciales, como Satir (1964) o Whitaker (1999), donde se destaca la persona del terapeuta, y donde la calidez, el apoyo y la colaboración mutua en terapia son consideradas características esenciales. Satir (1964) propuso que era esencial crear un ambiente seguro en el cual los pacientes pudiesen sentirse suficientemente cómodos como para empezar a mirarse a ellos mismos de manera objetiva. Whitaker (1999) conceptualizó su unión con el sistema familiar esencial para la terapia y explicó que el trabajo terapéutico sería inútil a menos

que el terapeuta tuviese éxito al introducirse en el sistema de la pareja o de la familia y se ganase su confianza.

En el otro extremo del espectro estarían las terapias multigeneracionales que tienen una influencia psicodinámica, como por ejemplo Bowen (1976), donde el terapeuta se mantiene a distancia de la transferencia para así posicionarse objetivo y diferenciado. También hacia este mismo polo podría situarse el modelo de Milán (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980) donde la estricta neutralidad y las intervenciones prescriptivas de tipo paradójico no enfatizan el vínculo del sistema de la pareja o de la familia con el terapeuta (Escudero, 2009).

Minuchin (1982) sugirió un enfoque más flexible. Creía que el terapeuta debía alternar entre el acercamiento a la pareja o la familia para experimentar e influir en los procesos interpersonales y el alejamiento, retroceder un paso atrás, hacia una posición de observador cuando fuese necesario.

Los terapeutas familiares de orientación narrativa desarrollaron un modelo que resalta la colaboración entre el terapeuta y el paciente (White & Epston, 1993). Para estos terapeutas, de los que su teoría radica de ideas provenientes del constructivismo social, los aspectos más importantes son el respeto mutuo y la igualdad. Estos terapeutas se posicionan en un rol igualitario con las parejas y familias.

A medida que fue avanzando la investigación sobre alianza en terapia individual y sus resultados prometedores fueron extendiéndose, se fue generando un interés creciente por la alianza en la terapia conjunta de pareja y familia (Friedlander et al., 2009).

Sin duda, Pinsof y Catherall (1986) han sido autores clave en la conceptualización sistémica y en la investigación de la alianza terapéutica en el marco de la terapia de pareja y familia. Integraron la conceptualización individual de alianza de Bordin (1979, 1994) y la perspectiva sistémica, pensando en la posibilidad de que acuda más de una persona a la sesión de psicoterapia. Estos autores fueron los primeros en describir la causalidad recíproca en la alianza, destacando que la simple operación de sumar la relación de cada paciente con el terapeuta no sirve para valorar la alianza en su conjunto. Es necesario comprender la alianza terapéutica en terapia de pareja y familia



no como una homologación de la alianza individual, sino desde una perspectiva más amplia y compleja (Pinsof & Wynne, 2000).

En la terapia familiar, Pinsof y Catherall (1986) describieron las alianzas de cada miembro de la familia con el terapeuta, las del terapeuta con cada subsistema familiar (su alianza con los padres diferenciada de su alianza con los hijos) y la alianza global del terapeuta con todo el grupo familiar, afectan a todos entre sí y generan un complejo sistema de influencias recíprocas.

En su siguiente trabajo, Pinsof (1994) añadió una cuarta dimensión interpersonal, la alianza intrasistema, que se refiere a las alianzas en el seno de la familia (entre todos los miembros y subsistemas al margen del terapeuta) y también a las alianzas intrasistema del terapeuta (alianzas dentro del entorno profesional al margen de la familia). En consecuencia, estos autores consideraron que la incorporación de dos o más miembros de una familia a la terapia añade complejidad a la relación entre la alianza y el resultado.

Partiendo de estas ideas, Pinsof (1994) basó su conceptualización en dos dimensiones:

1. *La dimensión de contenido*: Engloba los tres componentes originales de la teoría de Bordin (1979, 1994), como son el acuerdo en las metas y tareas terapéuticas, así como el establecimiento de un vínculo emocional positivo entre terapeuta y paciente.
2. *La dimensión interpersonal*: Fue creada para contemplar la alianza cuando están presentes varios miembros de una familia en las sesiones terapéuticas. Refleja la concepción multisistémica de la alianza y se divide en cuatro factores:
  - a. *Individual*: La alianza establecida con un miembro de la pareja o de la familia.
  - b. *Subsistema*: La alianza que el terapeuta establece con un subsistema o subgrupo familiar.
  - c. *Sistema total*: La alianza del terapeuta con toda la pareja o familia en su conjunto.
  - d. *Intrasistema*: La alianza en el seno de la pareja o de la familia, es decir, la alianza en referencia a la cantidad de acuerdo sobre la terapia y el proceso terapéutico existente dentro del propio sistema de la pareja o familia. También hace referencia al grado de acuerdo sobre cuestiones de la terapia existente dentro del sistema profesional.

La aportación conceptual de Pinsof y Catherall (1986) puso de manifiesto un conjunto de componentes de la alianza terapéutica que son esenciales y únicos en el contexto de la terapia de pareja y familia. Por un lado, cada miembro de la pareja o de la familia no sólo expresa al terapeuta sus sentimientos o reacciones, sino que también lo hace delante de los demás. Por otro, el terapeuta que establece un vínculo con el paciente tiene un foco claro en terapia individual, pero es multifocal en el tratamiento con una pareja o familia (Pinsof et al., 2008).

Además, estos dos autores afirmaron que la presencia de diversos miembros de una familia en la terapia influye en la formación de la alianza entre el terapeuta y cada uno de ellos individualmente de manera circular y recíproca. Cuando uno de los miembros se siente mucho más vinculado emocionalmente al terapeuta que otro, puede que se produzca una alianza dividida (Friedlander et al., 2009; Muñoz, Friedlander, & Escudero, 2009).

La división tiene lugar cuando algunos miembros de la familia, o bien un cónyuge en la pareja, se muestran neutrales en relación con el terapeuta, mientras otros establecen una mayor complicidad con él. Sin embargo, las alianzas divididas severas son las más complejas en el proceso de terapia y se producen cuando los sentimientos de alguno de los miembros se contraponen al intenso antagonismo hacia el terapeuta por parte de los otros (Pinsof, 1994). Este tipo de alianza dividida predice el abandono prematuro del tratamiento y es por esta principal razón que resulta esencial mantener un equilibrio en las alianzas establecidas con los distintos miembros que participan en las sesiones (Anderson & Johnson, 2010; Aznar et al., 2014; Escudero, Boogmans, Loots, & Friedlander, 2012; Mamodhousen, Wright, Tremblay, & Poitras-Wright, 2005).

Cuando los miembros de la pareja o de la familia inician el tratamiento pueden presentar multiplicidad de conflictos, grados de interés o creencias diferentes de por qué están en terapia y cómo deben cambiar (Mahaffey & Lewis, 2008; Rait, 2000). Aunque en un primer contacto los motivos para buscar ayuda puedan parecer similares, es frecuente que el terapeuta se encuentre en las primeras sesiones con situaciones muy contrapuestas o conflictivas (Friedlander et al., 2009). Las diferencias en cuanto al nivel motivacional para venir a terapia de los miembros de una pareja o familia introducen tensiones que desafían al terapeuta para desarrollar una alianza fuerte, a la vez que

flexible, que permita enganchar a todos los participantes en el proceso terapéutico (Symonds & Horvath, 2004).

La necesidad de seguridad dentro del entorno terapéutico es característica del tratamiento con parejas y familias, siendo considerada una tarea esencial y una precondition para el trabajo terapéutico (Escudero et al., 2008; Friedlander et al., 2009; Friedlander et al., 2008b; Lambert et al., 2012). El hecho de acudir a terapia con la persona con quien se mantiene el conflicto conlleva que lo que se diga en la sesión tendrá consecuencias para la vida cotidiana (Friedlander & Tuason, 2000).

Aunque los pacientes de la terapia individual también necesitan sentirse seguros, ellos y el terapeuta controlan mejor lo que se dice y el ritmo que siguen para enfrentarse a los temas conflictivos o dolorosos. En cambio, en la terapia conjunta, un miembro no se puede esconder de lo que otros deciden desvelar. Las parejas y familias tiene que asumir riesgos unos en relación a los otros, riesgos que pueden hacerles sentir ansiosos o amenazados en el transcurso de la terapia, y por tanto, crear un contexto seguro para todos ellos puede ser una tarea compleja (Friedlander et al., 2009).

Algunos autores resaltan los primeros encuentros del proceso terapéutico como uno de los momentos más delicados en el desarrollo de un contexto terapéutico seguro. Cuando los miembros de la pareja o la familia se encuentran juntos por primera vez en sesión, sobre todo en aquellos casos en los que hay escasa comunicación, suelen estar especialmente interesados en cómo los demás explicarán su perspectiva del problema. En el caso de la terapia de pareja, la comunicación entre terapeuta y la pareja será un reflejo del patrón comunicacional establecido internamente en la pareja, y a la vez, vendrá influido por aspectos de la interacción conyugal y su tipo de apego (Friedlander et al., 2009; Lima, Vieira, & Soares, 2005).

Heene, Buysse y Van Oost (2005) concluyeron en el ámbito de la terapia de pareja para la depresión que las personas con apego seguro participaban más abiertamente en la relación terapéutica que aquellas otras con apego ansioso o inseguro. Por tanto, la comunicación dentro del sistema de la pareja o de la familia y el tipo de apego son consideradas variables que pueden influir en la alianza terapéutica y en la capacidad de llegar acuerdos durante el proceso de terapia (Johnson, Ketring, Rohacs, & Brewer, 2006).

Para un trabajo eficaz con las parejas y las familias, el terapeuta tiene que prestar atención simultánea a las necesidades del sistema, vinculándolas de una forma que tengan sentido para todos. Esto puede requerir volver a enfocar el problema, destacar las buenas intenciones de todos y enfatizar los valores comunes y las fortalezas del conjunto (Pittman, 2006). En otras palabras, manejar las alianzas entre los miembros de la pareja o de la familia representa transformar las metas individuales en metas del conjunto, y propiciar en el sistema el Sentido de Compartir el Propósito en relación a la terapia (Friedlander et al., 2009).

Mientras que en la terapia individual la alianza establecida entre terapeuta y paciente es la principal herramienta para el cambio terapéutico (Bordin, 1979, 1994), la relación colaborativa entre los miembros de la pareja o de la familia en relación a la terapia, concepto que fue definido por Pinsof (1994) como “alianza intrasistema”, deviene el vehículo de cambio en la terapia. El acuerdo entre ellos acerca de los objetivos y las tareas en terapia, así como el vínculo de trabajo entre ellos, parece ser más importante para el éxito de la terapia que la alianza establecida por cada uno de ellos con el terapeuta (Beck et al., 2006; Friedlander et al., 2008b). De hecho, el terapeuta puede ayudar a las parejas y familias a desarrollar la alianza intrasistema ya que esto comportará ganancias a largo plazo en la satisfacción de su relación (Anderson & Johnson, 2010).

La investigación sugiere que cuando los miembros de una pareja o familia tienen percepciones muy discrepantes sobre la alianza, el resultado terapéutico puede verse afectado (Symonds & Horvath, 2004). Si bien tradicionalmente se había prestado especial atención a las alianzas individuales de cada miembro del sistema de pareja o familia con el terapeuta, y no tanto al grado en que todos los miembros están alineados entre ellos en sus perspectivas y sus motivaciones en la terapia, los estudios sugieren que esta alianza intrasistema es críticamente importante para el cambio terapéutico (Lambert et al., 2012).

Gestionar las alianzas entre los miembros del sistema de la pareja o de la familia supone convertir las metas individuales en metas del conjunto, contribuyendo así a crear un Sentido de Compartir el Propósito en relación a la terapia. Resulta relevante crear un contexto inicial seguro, lograr que todos se involucren en el proceso e identificar aspectos comunes en los que los miembros del sistema puedan estar de acuerdo

(Friedlander et al., 2009). Fomentar esta alianza intrasistema positiva es esencial para que la pareja o la familia se comprometan en la terapia. Si no se logra este trabajo en equipo, existe una alta probabilidad de que la terapia no tenga un buen pronóstico y sea compleja su viabilidad (Escudero, 2009; Artigas, Mateu, Vilaregut, Escudero, & Feixas, 2017; Mateu, Vilaregut, Campo, Artigas, & Escudero, 2014).

## **1.2 Investigación sobre alianza terapéutica en la terapia de pareja y familia**

La investigación realizada hasta la actualidad reconoce la importancia de la alianza terapéutica como un factor común en psicoterapia, siendo así una condición indispensable para el transcurso de la terapia y un elemento facilitador en el proceso terapéutico. Por esta razón, los investigadores se han interesado en el estudio de la alianza terapéutica y han desarrollado estudios empíricos al respecto (Blow et al., 2007; Corbella & Botella, 2003; Horvath, 2011; Martin et al., 2000). De acuerdo al interés de nuestra investigación, dividimos estos estudios en dos bloques. En primer lugar, estudios que han relacionado la alianza terapéutica con el resultado de la terapia en distintas modalidades de tratamiento. En segundo lugar, estudios que han relacionado los componentes de la alianza terapéutica específicos del trabajo con parejas y familias con el resultado de la terapia.

### ***1.2.1 Alianza terapéutica y resultado final de la terapia***

La investigación de proceso-resultado, es decir, la investigación orientada a estudiar los aspectos del proceso de terapia que predicen un buen resultado de los tratamientos, ha sido muy consistente sobre la importancia de la alianza terapéutica. Ha sido valorada como predictiva del resultado terapéutico para una variedad de orientaciones y modalidades de tratamiento, como en terapia individual (Horvath, 2011; Horvath & Greenberg, 1989; Martin et al., 2000), terapia familiar (Glazer et al., 2003; Escudero et al., 2008) y terapia de pareja (Anderson & Johnson, 2010; Bourgeois et al., 1990; Knobloch-Fedders et al., 2007).

En concreto, la investigación sobre alianza terapéutica en el contexto de la terapia de pareja y familia indica que está correlacionada significativamente con el abandono prematuro de la terapia (Knobloch-Fedders et al., 2007; Pinosof, Zinbarg, & Knobloch-Fedders, 2008) y con el cambio en la satisfacción marital (Anderson & Johnson, 2010; Bourgeois, Sabourin, & Wright, 1990). Una alianza terapéutica positiva es un elemento esencial en la efectividad del tratamiento y posibles reducciones en ésta

pueden incrementar el riesgo de obtener un desfavorable resultado de la terapia (Rait, 2000).

La investigación sobre factores comunes sugiere que aquellos elementos presentes en todos los enfoques terapéuticos, como la alianza terapéutica o la motivación del paciente, representan más varianza en el cambio terapéutico que las propias contribuciones del modelo terapéutico (Fife, Whiting, Bradford, & Davis, 2014). Desde esta perspectiva, el modelo terapéutico se convierte en el vehículo a través del cual los factores comunes son llevados a cabo (Davis, Lebow, & Sprenkle, 2012).

Tradicionalmente, la investigación ha abordado los factores comunes de forma independiente. Sin embargo, algunos estudios consideran que los factores comunes están interconectados entre sí y se afectan de forma recíproca (Sprenkle & Blow, 2004). Según Hatcher y Barends (2006), “la alianza se mantiene cuando las técnicas encajan con el propósito de trabajo del paciente” (p. 294). Además, la alianza suele ser más fuerte cuando el paciente cree que las técnicas propuestas por el terapeuta son útiles (Simon, 2012). A la inversa, las técnicas suelen funcionar porque el paciente confía en el terapeuta (Bordin, 1979, 1994) o el terapeuta adapta el tratamiento para encajarlo a las necesidades del paciente (Blow et al., 2012; Sprenkle et al., 2009).

Partiendo de la premisa que los factores comunes no son entidades independientes, Fife et al. (2014) propusieron un meta-modelo o “modelo de modelos” para describir cómo diversos factores comunes, como la alianza terapéutica, las técnicas y la forma de ser del terapeuta, interactúan entre sí en la producción del cambio terapéutico, con independencia del modelo teórico utilizado. Su meta-modelo organiza jerárquicamente mediante un modelo piramidal la relación existente entre estos tres factores comunes, y considera que la efectividad en cada nivel de la pirámide depende del logro del factor común que se encuentra en el nivel inferior. La configuración jerárquica de la pirámide tiene implicaciones para los terapeutas, especialmente en los casos de dificultad en el manejo terapéutico; cuando existen problemas en un nivel de la pirámide, la solución se encuentra a menudo en el factor común del nivel subyacente.

La investigación mediante técnicas de meta-análisis ha concluido que una alianza positiva se asocia con una mejora clínica en el proceso terapéutico y que la magnitud de esta relación no depende de la orientación terapéutica. En función de la

meta-análisis, la alianza terapéutica puede explicar en la psicoterapia individual un porcentaje considerable de la varianza del resultado, asociándose así con una mejora clínica (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückinger, & Symonds, 2011; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000).

Horvath y Symonds (1991) señalaron que las evaluaciones al inicio y al final de la terapia predecían más el resultado que las evaluaciones medias a lo largo de todas las sesiones. Además, examinaron la duración del tratamiento y encontraron que no tenía un efecto significativo en la relación entre la alianza y el resultado.

Martin et al. (2000) también encontraron que la alianza se asociaba con el resultado positivo de la terapia. En cambio, a diferencia de Horvath y Symonds (1991), no encontraron que las puntuaciones medias de la alianza fuesen menos predictivas del resultado que las puntuaciones de la alianza al inicio y final del tratamiento. Informaron que la visión de los pacientes se mantenía estable a lo largo de la terapia, al contrario que la visión de los terapeutas y de los observadores, que podía ir cambiando durante la terapia. Aun así, encontraron que las perspectivas de pacientes, terapeutas y observadores sobre la alianza fueron igualmente fiables.

Un meta-análisis basado en 190 estudios independientes sobre la asociación entre alianza y resultado en terapia individual (Horvath et al., 2011) reportó una moderada aunque significativa correlación entre la alianza y el resultado, con tamaños de efecto promedio de  $r = .275$  (95% CI = .25, .30), lo que representa el 7.5% de la varianza en el resultado. Este efecto no dependía de la orientación terapéutica utilizada. Se detectó que las evaluaciones de la alianza hechas por los pacientes y observadores tenían una relación similar con el resultado, y que la evaluación de los terapeutas era la que estaba menos relacionada con el resultado. El hallazgo empírico de una correlación entre la alianza y el resultado final da soporte a la idea teórica de que una buena alianza terapéutica influye en el éxito de la terapia, y por tanto, es importante trabajar la relación terapéutica especialmente si ésta es pobre (Safran & Muran, 2000).

Una cuestión clave es la dirección del vínculo entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia. Una asociación significativa entre la alianza terapéutica y el resultado puede sugerir varios procesos: (a) el cambio en los síntomas influye positivamente en la percepción de la alianza; (b) la alianza positiva genera el cambio en

los síntomas; o (c) ambas variables se influyen mutuamente (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladis, & Siqueland, 2000). Por este motivo, son varios los autores que apuestan por una mayor comprensión de la alianza y su papel como posible factor de causalidad para el cambio en psicoterapia (Arnold et al., 2013; Barber, 2009; Hatcher & Barends, 2006).

La interpretación de causalidad entre la alianza terapéutica y el resultado terapéutico ha sido una cuestión controvertida. Se considera que la mejora sintomática previa a la medición de la alianza terapéutica puede influenciar la asociación entre la alianza y el resultado final de la terapia (Arnold et al., 2013). Así pues, para apoyar la hipótesis de que una buena alianza terapéutica media el resultado de la terapia, es necesario demostrar que la mejora sintomática persiste después de la evaluación de la alianza para así controlar la posibilidad de una causalidad inversa. La alianza debe predecir el cambio sintomático en un momento temporal subsiguiente y el cambio sintomático previo a la evaluación de la alianza debe ser una variable controlada (Falkenström, Granström, & Holmqvist, 2013).

En este sentido, la mejora sintomática previa a la medición de la alianza ha sido considerada como una variable que influye en la construcción de la alianza y en el resultado final (Crits-Christoph, Connolly, Gibbons, & Hearon, 2006). De hecho, hay numerosa evidencia empírica para considerar la mejoría temprana en terapia como altamente asociada con la construcción de la alianza terapéutica (Barber et al., 2000; DeRubeis & Feeley, 1990) y también con el resultado final de la terapia (Barber, 2009; Wampold, 2007). Estos estudios sugieren la necesidad de controlar el potencial de las “terceras variables” con el propósito de aislar la magnitud de la relación causal entre la alianza y el resultado terapéutico.

Por esta razón, se ha cuestionado si una alianza positiva es predictiva de la mejora sintomática al final de la terapia, o bien si los cambios previos en los síntomas influyen en la percepción posterior de la alianza y en el subsiguiente resultado de la terapia (Kraemer, Wilson, Fairburn, & Agras, 2002). Como sugieren Barber, Khalsa y Sharpless (2010) para considerar que la alianza es predictiva del resultado de la terapia, se requiere la comprobación de que la alianza realmente predice el cambio que ocurre posteriormente a su medición.



Destacamos el trabajo de Falkenström et al. (2013) como referente de las investigaciones en las que se analiza la asociación entre la alianza medida en la tercera sesión y el subsiguiente cambio sintomático al final de la terapia, controlando la variable del cambio previo a la evaluación de la alianza. Estos autores encontraron una causalidad entre la relación alianza-resultado a través de analizar dicha asociación sesión por sesión. Según su perspectiva, existen dos posiciones distintas en referencia al papel que la investigación otorga a la alianza como predictiva del resultado.

Por un lado, existen estudios que ofrecen una visión sólida de la alianza como predictor del resultado final de la terapia para la depresión cuando se controlan los cambios sintomáticos previos en psicoterapia individual (Barber et al., 2000; Crits-Christoph, Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz, & Galope, 2011; De Bolle et al., 2010; Tasca & Lampard, 2012; Klein et al., 2003; Zuroff & Blatt, 2006) y en psicoterapia de pareja (Anker, Owen, Duncan, & Sparks, 2010; Webb et al., 2011). Por otro, hay estudios que no reportaron asociación entre la alianza y el subsiguiente cambio sintomático cuando el cambio sintomático previo a la medición de la alianza fue controlado (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis, & Gelfand, 1999; Strunk, Brotman, & DeRubeis, 2010).

De las investigaciones en las que se encontró una asociación significativa entre alianza y resultado de la terapia, destacamos a Barber et al. (2000) que combinaron datos de cuatro estudios piloto sobre el resultado de la psicoterapia psicodinámica con 88 pacientes que presentaban distintas patologías, como depresión, ansiedad y/o trastornos de la personalidad. Encontraron que el cambio temprano de los síntomas (en la sesión 5) y la alianza medida en esta misma sesión predijo los cambios posteriores en los síntomas depresivos al final del tratamiento. El nivel de reducción de los síntomas pudo predecir los niveles de alianza y ésta fue un predictor o inductor del cambio en los síntomas.

De forma consonante a este hallazgo, Klein et al. (2003) encontraron que la alianza predijo el subsiguiente cambio de la sintomatología depresiva incluso controlando el nivel de depresión previo a la medición de la alianza, niveles concurrentes de depresión y una variedad importante de variables demográficas y psiquiátricas, como el género, trastornos de personalidad, entre otras.

Replicando los estudios anteriores, De Bolle et al. (2010) demostraron que las percepciones sobre la alianza de terapeutas y pacientes predijeron una reducción subsiguiente de los síntomas depresivos, una vez se controlaron los efectos de algunas variables, como las características demográficas de los pacientes y los cambios tempranos en los síntomas.

También incidimos en los resultados de Anker et al. (2010) quienes estudiaron, por primera vez, la asociación de la alianza con la reducción de los síntomas en una muestra de pacientes depresivos tratados en terapia de pareja, controlando la variable del cambio sintomático temprano. Mediante una muestra de 250 parejas, demostraron que la perspectiva de los pacientes acerca de la alianza en la tercera y última sesión de terapia predijo el resultado terapéutico más allá del cambio sintomático temprano. Este estudio permitió extender al ámbito de la terapia de pareja los resultados que hasta entonces se habían obtenido en el campo de la terapia individual (Barber et al., 2000; Klein et al., 2003). Posteriormente, se encontraron nuevas evidencias para reforzar el reconocimiento de la alianza terapéutica, en este caso en la tercera sesión, como predictiva del subsiguiente cambio sintomático en terapia de pareja para la depresión (Webb et al., 2011).

Como hemos mencionado con anterioridad, existe otra perspectiva sobre la relación entre la alianza y el resultado de la terapia. Hay investigaciones que, aun y controlando el cambio sintomático previo a la evaluación de la alianza, no detectaron una asociación significativa entre la alianza y el cambio sintomático (DeRubeis & Feeley, 1990; Strunk, Brotman, & DeRubeis, 2010).

DeRubeis y Feeley (1990) fueron los primeros en estudiar la relación entre la alianza y el cambio sintomático al final de la terapia. Su muestra se basó en 25 pacientes diagnosticados de depresión que realizaron terapia cognitiva. Encontraron que el cambio sintomático, previo a la medición de la alianza, predijo la calidad de la alianza, pero la alianza en sí misma no predijo el cambio de los síntomas al final de la terapia. En una réplica de este estudio a través de 32 pacientes diagnosticados de depresión, la alianza tampoco predijo el cambio sintomático al final de la terapia (Feeley et al., 1999). Años después, Strunk et al. (2010), esta vez con una muestra más extensa de 60 pacientes con depresión, volvieron a encontrar que la alianza no era una variable asociada con el cambio sintomático en la finalización de la terapia.

En conjunto, los estudios que no hallaron una asociación significativa entre la alianza y el resultado, argumentan que las calificaciones de la alianza podrían estar afectadas por otros factores no contemplados en algunas investigaciones, como las mejoras sintomáticas previas a la evaluación de la alianza, las características de los pacientes previas al tratamiento, tales como la cronicidad, el pobre funcionamiento social o las relaciones tempranas (Hardy et al., 2001).

En referencia a los estudios en los que no se obtuvo asociación entre la alianza y el cambio sintomático al finalizar la terapia, algunas consideraciones pueden ser explicativas de sus resultados, como por ejemplo: (1) Fueron realizadas por un único equipo investigador en una única modalidad de tratamiento, como fue la terapia cognitiva para la depresión; (2) constaban de muestras pequeñas, y por tanto, carecían de poder para detectar hallazgos significativos; (3) la alianza se midió a través de medidas de observación y en ningún caso por el informe del paciente; y (4) tanto las muestras de los pacientes como los tratamientos fueron mixtos (DeRubeis & Feeley, 1990; Falkenström et al., 2013; Feeley et al., 1999).

La mayoría de los estudios mencionados miden la alianza en un único momento inicial del tratamiento como predictor del resultado posterior. En estudios de este tipo, la alianza sólo puede ser una variable entre-sujetos, es decir, sólo puede detectar la variación entre pacientes, y no la variación de un mismo paciente a lo largo del proceso terapéutico (De Bolle et al., 2010; Klein et al., 2003; Zuroff et al., 2006). Como Falkenström et al. (2013) sugirieron, una forma más interesante de estudiar datos sobre el proceso terapéutico es estudiar las variables intra-sujetos en el curso de la terapia. Estos autores consideraron que una alternativa sería analizar la alianza terapéutica y el cambio en los síntomas estudiando las posibles asociaciones entre estas variables sesión a sesión.

Se han realizado diversos estudios que contemplan la necesidad de analizar la alianza terapéutica a lo largo del proceso terapéutico, lo que permite conocer sesión a sesión el impacto de la alianza en el resultado final de la terapia. En primer lugar, Crits-Cristoph et al. (2011) encontraron que desde la sesión 10 hasta la sesión 16 de la terapia, los cambios sesión a sesión de la sintomatología depresiva fueron predictivos de los cambios sesión a sesión en la alianza terapéutica. Esta causalidad inversa indicó que la alianza puede ser un indicador para el resultado final de la terapia. Además, la

medición de la alianza sesión a sesión permitió encontrar una asociación con el resultado terapéutico mayor que el detectado en otros estudios en los que la alianza fue medida en un único momento temporal. Este estudio sugirió la posibilidad de que haya influencias recíprocas entre las variables de la alianza y el resultado terapéutico.

En segundo lugar, Tasca y Lampard (2012) analizaron las relaciones temporales entre la alianza y el cambio sintomático de una sesión a otra y mostraron que el aumento en las puntuaciones de la alianza de una sesión se correlacionaba con una mejoría sintomática en la sesión subsiguiente.

En tercer y último lugar, Falkenström et al. (2013) también mostraron un efecto estadísticamente significativo de la alianza terapéutica de una sesión en el nivel sintomático de la siguiente sesión. El efecto sesión a sesión de la alianza en el cambio sintomático conlleva a la necesidad de medir la alianza a lo largo del proceso de la terapia. Estos resultados indicaron que, cuando la alianza en un paciente es peor de lo habitual durante una sesión, hay la posibilidad que se produzca un empeoramiento en la sintomatología en la siguiente sesión. Por tanto, es importante que los terapeutas sean conscientes de que un aumento en el nivel sintomatológico en una sesión concreta puede ser indicativo de una ruptura o una reducción de la alianza con ese paciente en la última sesión realizada. En la misma línea que los dos estudios anteriores, se concibe la influencia recíproca en la relación entre la alianza y el cambio sintomático. Se propone un modelo de atribución recíproca en la relación entre dichas variables, de modo que la alianza y los síntomas se influyen entre sí a lo largo del tratamiento.

Estos estudios investigan sobre la asunción de causalidad, lo que significa que una alianza terapéutica positiva causa buenos resultados en psicoterapia. Sin embargo, no sólo una fuerte relación terapéutica proporciona a los pacientes la disposición y las estrategias para el cambio, sino que cuando los pacientes empiezan a percibir la mejoría, sus percepciones sobre el valor de la terapia aumentan (Crits-Christoph, Gibbons, & Hearon, 2006; Tang & DeRubeis, 1999). En otras palabras, se sugiere una recíproca interacción entre la fuerza de la alianza terapéutica y la percepción de la mejoría por parte de los pacientes a lo largo de todo el proceso terapéutico (Friedlander, Lambert, Escudero, & Cragun, 2008a).

Todas estas investigaciones examinan el papel de la alianza terapéutica y su relación con el resultado terapéutico, así como hay otras líneas de investigación que valoran la alianza como un potente mediador del resultado final de la terapia (Barber et al., 2010; Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006). Los mediadores del resultado psicoterapéutico son una subcategoría más específica de los predictores y son considerados “terceras variables”, en otras palabras, variables que afectan la relación entre otras dos variables. Baron y Kenny (1986) definen a los mediadores como variables intervinientes que dan cuenta de la relación entre la variable independiente y la variable dependiente. Es decir, la función mediadora de una variable “[...] representa el mecanismo generativo a través del cual la variable independiente focal es capaz de influir sobre la variable dependiente de interés” (Baron & Kenny, 1986, p. 1173).

Así, si tomamos como variable independiente a una técnica psicoterapéutica y como variable dependiente el resultado terapéutico, la alianza terapéutica podría funcionar como una variable mediadora entre ambas. Un mediador es conceptualizado como una relación causal entre un tratamiento particular y el resultado terapéutico, y asimismo, resulta explicativo de cómo y por qué razón un tratamiento resulta efectivo (Baron & Kenny, 1986; Kraemer, Wilson, Fairbum, & Argas, 2002).

La alianza terapéutica es considerada por diversas investigaciones un mediador del cambio terapéutico, que supuestamente, emerge o se manifiesta a través de intervenciones terapéuticas específicas, y es esta manifestación la que corresponde con el buen resultado de la terapia. Desde esta perspectiva, la alianza terapéutica es considerada un ingrediente activo de la terapia, siendo terapéutica en sí misma así como explicativa de, al menos, una parte de la mejora clínica del paciente (Barber et al., 2010; Castonguay et al., 2006).

Con tal de considerar que la alianza terapéutica es mediadora del resultado terapéutico, la fuerza de la relación entre el enfoque del tratamiento y el resultado terapéutico debe verse reducida, al menos en parte, cuando el mediador es añadido a la ecuación. Esto puede ser apoyado si el coeficiente de regresión que relaciona el tratamiento con el resultado terapéutico se reduce significativamente al añadir el mediador, en este caso la alianza terapéutica, a la ecuación. Además, la investigación sobre la alianza como mediador del resultado terapéutico debería tomar en consideración la precedencia temporal de la evaluación de la alianza respecto a la

mejora sintomática (Castonguay et al., 2006; Heatherington, Friedlander, & Greenberg, 2005).

La investigación reconoce que el cambio en psicoterapia está influenciado por diversos factores. Wampold (2001) sugirió que el cambio en psicoterapia está influenciado por factores que parecen explicar el mayor porcentaje de la varianza en el cambio. Estos factores incluyen características de la personalidad de los pacientes, la historia personal, variables interpersonales como las relaciones sociales y familiares, la motivación y expectativas hacia la terapia, así como factores ambientales que existen fuera de la relación terapéutica. A su vez, éstos pueden influir en los factores comunes en psicoterapia, como la alianza terapéutica, los cuales también cuentan para la varianza en el cambio que ocurre en la terapia (Barber et al., 2010; Corbella & Botella, 2003).

La consideración empírica de la asociación de la alianza terapéutica con el resultado en psicoterapia ha conllevado a una mayor comprensión sobre la figura del terapeuta. En una revisión de 25 estudios sobre las características del terapeuta para fomentar la alianza, Ackerman y Hilsenroth (2003) concluyeron que un terapeuta que transmita confianza, se muestre flexible, interesado, relajado y que se comunique con claridad, es más probable que genere una alianza favorable con el paciente. El nivel de experiencia del psicoterapeuta ha sido otra de las variables más estudiadas. Los resultados muestran que la relación entre la experiencia del terapeuta y la alianza no es significativa (Hersoug, Hoglend, Monsen, & Havik, 2001).

En base a lo expuesto, las investigaciones parecen indicar que si la alianza terapéutica es positiva, la posibilidad de alcanzar mejores resultados será superior debido a que el paciente y el terapeuta estarán más dispuestos a colaborar y trabajar juntos. Si la alianza es considerada un mediador del cambio terapéutico, se asume que establecer o incrementar la calidad de la alianza contribuirá cambios positivos en los resultados de la terapia (Castonguay et al., 2006; Heatherington et al., 2005; Safran & Muran, 2000).

Hemos presentado una serie de estudios que analizaron la asociación entre la alianza y el resultado final en la terapia individual, aunque también existe evidencia empírica para una amplia variedad de presentaciones clínicas y modalidades de tratamiento. La terapia de pareja y familia no ha sido una excepción. Ha sido estudiada

en terapia familiar para adolescentes con problemas de abuso de sustancias (Shelef, Diamond, Diamond, & Liddle, 2005), en terapia familiar funcional para jóvenes con problemas de conducta (Robbins, Turner, Alexander, & Pérez, 2003), en terapia familiar en contexto terapéutico privado (Beck et al., 2006; Escudero et al., 2008) y en psicoeducación familiar sobre la esquizofrenia (Smerud & Rosenfarb, 2008).

Esta asociación entre alianza y resultado también ha sido investigada en el ámbito de la terapia de pareja, en concreto, en el tratamiento grupal de parejas (Brown, 2002), en un programa de formación grupal sobre habilidades conyugales (Bourgeois et al., 1990), en terapia integradora centrada en el problema para parejas (Knobloch-Fedders et al., 2007), en terapia de pareja centrada en las emociones (Johnson & Talitman, 1999), en terapia breve de pareja (Symonds & Horvath, 2004) y en terapia de pareja para la depresión en un encuadre naturalista (Kuhlman, Tolvanen, & Seikkula, 2013). A pesar de que en este contexto terapéutico existe una cantidad limitada de investigación dirigida a conocer en profundidad los componentes de la alianza que contribuyen a un óptimo resultado, algunos estudios en los últimos años reconocen su importancia en este ámbito (Bourgeois et al., 1990; Carpenter, Escudero, & Rivett, 2008; Friedlander, Escudero, Heatherington, & Diamond, 2011; Knobloch-Fedders et al., 2007; Mamodhousen et al., 2005; Rait, 2000; Symonds & Horvath, 2004).

En un meta-análisis realizado por Friedlander et al. (2011) se compararon 24 investigaciones sobre la relación entre la alianza y el resultado final de la terapia de pareja y familia. Respecto a la totalidad de estudios, siete fueron de terapia de pareja y los diecisiete restantes fueron estudios de terapia familiar. Los estudios analizados estaban basados en distintas orientaciones, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia centrada en emociones, la terapia familiar psico-educativa, entre otras. Se halló un tamaño del efecto medio ponderado para los 24 estudios de  $r = .26$  (95% CI = .33, .20), lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre la alianza y el resultado de la terapia. Este tamaño del efecto fue prácticamente idéntico al reportado en psicoterapia individual (Horvath et al., 2011).

Estos resultados indicaron que, del mismo modo que en psicoterapia individual, el desarrollo de una fuerte alianza es un válido predictor de los resultados clínicos en el contexto de la terapia de pareja y familia. También encontraron que la percepción de los observadores sobre la alianza fue más precisa que la perspectiva a través de medidas de

auto-informe de las parejas. Además, señalaron tres fenómenos vinculados a la alianza de vital importancia para el resultado final: (1) La frecuente aparición de alianzas divididas; (2) la importancia de garantizar seguridad en el contexto de la terapia; y (3) la necesidad de generar una fuerte alianza intrafamiliar (Friedlander et al., 2011).

Estos hallazgos y la relevancia otorgada a la alianza terapéutica en terapia de pareja y familia han destacado la necesidad de seguir profundizando en su conocimiento con el objetivo de dotar a los terapeutas de estrategias específicas para fomentar y mantener las alianzas con los pacientes, y como resultado, mejorar los beneficios del tratamiento (Crits-Christoph et al., 2006; Kuhlman et al., 2013).

Sin embargo, no sólo las muestras amplias y los estudios cuantitativos han apoyado la importancia de la alianza para el desarrollo de la terapia y el favorable resultado en la terapia de pareja y familia, sino que también lo han hecho los estudios cualitativos y de proceso. A pesar de la amplia variedad de estudios en terapia de pareja para la depresión, existen escasas investigaciones acerca del proceso de cambio de la alianza terapéutica dentro de una sesión de terapia y a lo largo del progreso terapéutico (Kuhlman et al., 2013). Este tipo de investigaciones son necesarias para una mayor comprensión de la alianza terapéutica y el proceso de cambio en terapia de pareja y familia (Friedlander et al., 2009; Knobloch-Fedders et al., 2007; Mamodhousen et al., 2005).

En este tipo de estudios existen resultados mixtos respecto a si la alianza es estable o varía a lo largo del tratamiento (Knobloch-Fedders et al., 2007; Sprenkle et al., 2009). Del mismo modo, hay cierta discrepancia en cuanto a si la alianza evaluada en momentos iniciales, medios o finales del tratamiento es el mejor predictor del resultado del tratamiento (Anker et al., 2010; Bourgeois et al., 1990; Knobloch-Fedders et al., 2007; Symonds & Horvath, 2004).

Tanto en los estudios del campo de la terapia individual como de la terapia de pareja y familia, la alianza suele ser medida en la fase inicial de la terapia debido a que el comienzo del proceso terapéutico es relevante para la creación de una favorable interacción terapéutica (Laitila, Aaltonen, Wahlström, & Agnus, 2001). Por ejemplo, la alianza en terapia de pareja establecida en la primera sesión se ha mostrado como predictiva del abandono prematuro de la terapia (Knobloch-Fedders et al., 2007). En



esta línea, diversas investigaciones consideran la alianza establecida al inicio de la terapia (entre la tercera y quinta sesión) como más predictiva del resultado terapéutico que en las fases posteriores del tratamiento (Horvath & Greenberg, 1989; Horvath & Symonds, 1991; Johnson, Wright, & Ketring, 2002; Klein et al., 2003; Pinsof & Catherall, 1986; Zuroff & Blatt, 2006). Adicionalmente, a pesar de que la alianza se forma en gran parte durante la primera sesión, la mitad de los pacientes experimentan cambios en su percepción de la alianza en las sesiones subsiguientes. Este dato indica la necesidad de evaluar la trayectoria de la alianza a lo largo del proceso y no sólo al inicio de la terapia (Duncan, 2010; Halford, Owen, Duncan, Anker, & Sparks, 2016).

En el contexto psicoterapéutico de pareja, las diferencias en función del género son relevantes en la construcción de la alianza terapéutica, aunque existe poco acuerdo en los resultados obtenidos hasta el momento en cuanto la influencia de esta variable. Por un lado, Bourgeois et al. (1990) valoraron las evaluaciones de la alianza en los hombres durante la tercera sesión de terapia como un predictor más fuerte del resultado terapéutico en comparación con la alianza de las mujeres. Knobloch-Fedders et al. (2007) reportaron que cuando los hombres obtenían puntuaciones más elevadas en la alianza que las mujeres durante la octava sesión de terapia, las parejas presentaban una mejora más significativa en ajuste diádico. De forma similar, Symonds y Horvath (2004) encontraron que la correlación entre alianza y resultado fue más elevada en aquellas parejas en las que el hombre obtuvo puntuaciones en la alianza más positivas que la mujer.

Aunque estos estudios fueron valiosos para conocer las diferencias en función del género en la alianza en momentos iniciales de la terapia, Halford et al. (2016) destacó a través de una muestra de 316 parejas la importancia de estudiar los cambios en la alianza en función del género que se producen en todo el curso de la terapia. Se encontraron que las puntuaciones de la alianza de los hombres fueron significativamente más bajas que las de las mujeres en la primera sesión. Este resultado dio soporte a los resultados previos que apuntaban a las bajas puntuaciones de los hombres en la alianza durante la primera sesión en comparación con las mujeres (Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2004).

Algunas cuestiones explicativas de las diferencias en la alianza en función del género podrían ser: (1) Los hombres suelen estar menos predispuestos a solicitar ayuda

profesional o se sienten más estigmatizados al hacerlo, lo cual podría derivar de las expectativas tradicionales de la sociedad acerca de que los hombres deben ser más independientes y autónomos; (2) las mujeres suelen ser más frecuentemente que los hombres las iniciadoras de la terapia de pareja; (3) en comparación con las mujeres, los hombres pueden sentirse al inicio más recelosos de asistir a la terapia, y consecuentemente, menos enganchados al proceso de la terapia; y (4) los hombres suelen presentar mayor resistencia a vincularse emocionalmente con el terapeuta y suelen ser menos reflexivos en terapia, presentando así mayores resistencias que las mujeres (Halford et al., 2016; Mahalik, Good, & Englar-Carlson, 2003).

A parte de estas ideas parcialmente explicativas de las diferencias en la alianza en función de los roles de género, Mahalik et al. (2003) reportó que los terapeutas suelen alinearse más con las mujeres en la terapia de pareja. Esto podría conllevar que los hombres se sintieran más en el centro de la culpa y en la fuente del conflicto. Según este dato, los terapeutas deberían ajustar la forma en que se relacionan con los hombres para abordar sus bajas puntuaciones en la alianza al inicio de la terapia.

Además, Pincus et al. (2008) encontraron que la percepción de las mujeres durante la primera sesión sobre la alianza de los cónyuges o de la pareja conjunta con el terapeuta parece ser más predictiva del resultado que la percepción de los hombres. Estos mismos autores encontraron que la alianza de las mujeres durante la primera sesión predijo los resultados a nivel individual y relacional en la octava sesión. Finalmente, Knobloch-Fedders et al. (2007) descubrieron que las alianzas de las mujeres y de los hombres al inicio y a mitad del proceso terapéutico predijeron el cambio terapéutico.

Tomando como referencia las anteriores ideas, la asociación entre la alianza y el resultado de la terapia de pareja y familia ha sido destacada por la investigación (Horvath & Symonds, 1991; Johnson et al., 2002; Klein et al., 2003; Knobloch-Fedders et al., 2007; Pincus & Catherall, 1986; Zuroff & Blatt, 2006). En base a ello, nos planteamos destacar aquellas investigaciones que se han interesado por un componente de la alianza terapéutica críticamente importante para el cambio terapéutico en terapia de pareja y familia, como es la alianza intrasistema (Pincus, 1994).

### ***1.2.2 Alianza intrasistema y resultado final de la terapia***

Hasta ahora hemos realizado una revisión de las investigaciones sobre la alianza terapéutica como elemento predictor del éxito de la terapia (Symonds & Horvath, 1991) y hemos podido comprobar que la relación entre la alianza y el resultado terapéutico en la terapia conjunta, como es la terapia de pareja y familia, resulta compleja (Friedlander et al., 2006; Knobloch-Fedders et al., 2004; Robbins et al., 2003; Symonds & Horvath, 2004).

La literatura sobre la alianza terapéutica en terapia de pareja y familia sugiere que hay dos aspectos sistémicos de la alianza que son únicos y específicos en el trabajo terapéutico conjunto:

(1) El grado en el que los pacientes se sienten seguros en el contexto terapéutico en presencia de su pareja o de los demás miembros de su familia. Desde el modelo multidimensional de la alianza terapéutica en terapia de pareja y familia, Friedlander, Escudero y Heatherington (2006) definieron este aspecto de la alianza a través de una dimensión llamada *Seguridad dentro del sistema terapéutico*. Esta dimensión refleja la seguridad necesaria en cualquier modalidad de terapia. Aunque también incluye algunos componentes que implican la sensación de seguridad del paciente en relación con su pareja o con otros miembros de su familia, y que por tanto, hacen referencia a la alianza dentro del seno de la pareja o familia (Escudero, Heatherington, & Friedlander, 2010).

(2) El grado en el que los pacientes colaboran productivamente el uno con el otro en relación a la terapia. Desde el modelo multidimensional de la alianza terapéutica en terapia de pareja y familia, se define este aspecto a través de la dimensión de *Sentido de Compartir el Propósito de la terapia* (Friedlander et al., 2006). Este componente de la alianza terapéutica hace referencia al concepto definido por Pinsof (1994) como “alianza intrasistema”.

La investigación sobre la alianza terapéutica en terapia conjunta ha seguido los pasos de los estudios realizados en el contexto de la terapia individual, y por tanto, se ha focalizado en la alianza establecida entre el terapeuta y cada miembro de la pareja o familia por separado (Anderson & Johnson, 2010). Si bien es cierto que estas investigaciones han servido para demostrar la importancia de la alianza para el buen

resultado en la terapia de pareja y familia, el impacto de la alianza intrasistema en el éxito de la terapia ha sido menos explorado.

Existen argumentos conceptuales acerca de la importancia de la alianza intrasistema en la terapia de pareja y familia. Mientras que la relación terapéutica primordial en terapia individual es la establecida entre el terapeuta y el paciente, la relación establecida entre los miembros de la pareja o de la familia resulta el principal motor de cambio en la terapia conjunta (Anderson & Johnson, 2010; Friedlander et al., 2008b; Knobloch-Fedders et al., 2007; Pinsof et al., 2008; Symonds & Horvath, 2004).

El establecimiento y el mantenimiento de la alianza terapéutica positiva con múltiples participantes supone un reto, especialmente cuando los miembros de la pareja o de la familia están en desacuerdo acerca de la naturaleza o la importancia del problema, las metas terapéuticas, o el valor de la terapia en sí misma (Friedlander et al., 2006). Como sucede en terapia individual, los miembros en una terapia de pareja o de familia exitosa tendrían que estar involucrados activamente en el proceso terapéutico, crear un fuerte vínculo emocional sólido con el terapeuta y participar en la definición de objetivos y tareas terapéuticas (Pinsof & Catherall, 1986; Rait, 2000). Sin embargo, en formatos conjuntos de terapia, también se requiere que los miembros de la pareja o de la familia estén dispuestos y sean capaces de asumir riesgos el uno con el otro. Por esta razón, los terapeutas deben favorecer la alianza terapéutica individual con cada miembro de la pareja o la familia, así como la alianza establecida entre ellos (Pinsof, 1994).

El trabajo con múltiples participantes que se encuentran en diferentes niveles de desarrollo representa un reto incluso para los terapeutas más experimentados, sobre todo cuando los miembros de la pareja o de la familia tienen motivaciones discrepantes hacia la terapia y se encuentran en conflicto entre ellos. Las alianzas divididas, en las que la alianza de un miembro de la pareja o de la familia con el terapeuta supera considerablemente la alianza que los demás mantienen con éste, son comunes en estas modalidades de terapia (Heatherington & Friedlander, 1990; Mamodhousen et al., 2005). Asimismo, la desconfianza entre los miembros de la pareja o de la familia puede afectar a su implicación en la terapia y también a los beneficios que pueden obtener a través del proceso terapéutico (Beck et al., 2006).

La complejidad en la construcción y el sustento de sólidas alianzas en terapia de pareja y familia cuenta con el apoyo de un creciente número de publicaciones empíricas. En general, los resultados sugieren que cuando los miembros de una pareja o familia tienen percepciones discrepantes acerca de la alianza, los resultados terapéuticos pueden verse afectados (Robbins et al., 2003; Symonds & Horvath, 2004). Sin embargo, estos estudios se focalizaron en las alianzas individuales de cada miembro con el terapeuta, y no en el grado en que todos ellos estaban alineados los unos con los otros en sus percepciones y motivaciones en relación a la terapia. Robbins et al. (2003) encontraron en la terapia familiar con adolescentes que la discrepancia entre las puntuaciones de la alianza de padres e hijos fue mejor predictor del abandono de la terapia, en comparación con las puntuaciones de la alianza de los miembros de la familia consideradas por separado.

Cada vez existe más investigación para sugerir que la alianza intrasistema (Pinsof, 1994), manifestada a través de la dimensión del Sentido de Compartir el Propósito en la terapia (Friedlander et al., 2006), es críticamente importante. En un estudio de terapia familiar cognitivo-conductual para la esquizofrenia, una sólida alianza intrasistema estuvo asociada con una reducción de la medicación del paciente (Smerud & Rosenfarb, 2008). En dos estudios de terapia familiar en los que se contrastaban casos exitosos y no exitosos, las familias con los resultados al final de la terapia más favorables presentaron significativamente puntuaciones más elevadas en el Sentido de Compartir el Propósito de la terapia (Beck et al., 2006; Friedlander, Lambert, Escudero, & Cragun, 2008a). Del mismo modo, en un estudio con familias de ingresos medios en un contexto de entrenamiento clínico, un fuerte Sentido de Compartir el Propósito estuvo asociado con un progreso terapéutico positivo informado por los pacientes y por los terapeutas. Además, esta dimensión de la alianza fue la única que predijo la mejoría reportada por los terapeutas en todas las evaluaciones realizadas (Escudero et al., 2008).

El constructo de la dimensión de la alianza de Sentido de Compartir el Propósito en la terapia de pareja y familia es particularmente complejo. En dos estudios de caso en terapia familiar, las puntuaciones en esta dimensión variaron dependiendo de: (a) El tema de discusión (Friedlander et al., 2008a); y (b) los miembros de la familia que asistieron a la sesión (Beck et al., 2006). En un análisis secundario de Friedlander et al.

(2008b), la similitud en la descripción escrita de los problemas de los miembros de la familia no predijeron un Sentido de Compartir el Propósito positivo en la primera sesión de terapia (Heatherington, Friedlander, Grome, & Dorsheimer, 2007). En conjunto, estos estudios sugieren que una baja alianza intrasistema en terapia familiar puede haber sido propiciada por varios factores que interactúan entre sí, de los cuales sólo uno de todos ellos es el punto de vista discrepante entre los miembros de la familia sobre la naturaleza del problema.

En un análisis cualitativo basado en el estudio de tres familias, Beck et al. (2006) comprobaron que la alianza intrasistema fue el componente de la alianza más valorado y destacado por los pacientes, quienes se refirieron más frecuentemente y en un mayor detalle durante sus entrevistas a éste en comparación a la alianza establecida a nivel individual con el terapeuta.

Lambert et al. (2012) realizó un estudio intensivo de cinco casos de terapia familiar y estuvo orientado al descubrimiento de cuáles eran los factores que conllevaban a un problemático Sentido de Compartir el Propósito en la terapia, así como a la comprensión en profundidad de este crítico componente de la terapia conjunta. La examinación de la perspectiva de cada miembro acerca del Sentido de Compartir Propósito de la familia, juntamente con su comportamiento observado durante las sesiones, sugirió que una fuerte alianza intrasistema contiene tres componentes esenciales e interrelacionados: (a) El acuerdo entre los miembros de la pareja o de la familia en cuanto a la naturaleza de los problemas y las metas de la terapia; (b) el sentimiento de estar conectados entre sí para hacer frente a sus preocupaciones (“estamos juntos en esto”); y (c) la consideración de la terapia conjunta como una forma significativa de resolver los problemas.

Parece necesario que el terapeuta evalúe estos tres aspectos de la alianza intrasistema y trabaje para mejorar aquél que esté más deficitario durante las sesiones. Aunque la selección de intervenciones para fortalecer la alianza intrasistema pueden variar en función de cuál sea la orientación teórica, las técnicas para negociar las metas terapéuticas comunes y para motivar a miembros de la pareja o de la familia resistentes a la terapia parecen ser más genéricas (Friedlander et al., 2006; Lambert et al., 2012). Por ejemplo, cuando existe un desacuerdo acerca de la naturaleza del problema o de los objetivos en terapia, el terapeuta debería suscitar, reconocer o validar la perspectiva

única de cada miembro de la pareja o de la familia. Cuando los miembros de la pareja o de la familia están de acuerdo sobre la definición del problema pero falta un sentimiento de unidad en ellos o un sentido de “estamos juntos en esto”, los terapeutas deberían explicitar su disposición para asistir juntos a la terapia o bien focalizar la discusión terapéutica en los valores compartidos por ellos. Por supuesto, fortalecer la alianza intrasistema es especialmente complicado cuando uno o más miembros de la pareja o de la familia rechaza de forma insistente el percibir la terapia como útil, ya que enganchar en el proceso terapéutico a pacientes resistentes es una tarea difícil (Friedlander et al., 2008b; Lambert et al., 2012).

Friedlander et al. (2008b) focalizaron su investigación en los dos componentes específicos de la alianza terapéutica en la terapia de pareja y familia, como son las dimensiones de Seguridad dentro del contexto terapéutico y Sentido de Compartir el Propósito en la terapia. La muestra estuvo formada por 27 familias multiproblemáticas con bajos ingresos que fueron tratadas por terapeutas de diversas orientaciones teóricas y distintos años de experiencia clínica. Para profundizar en el ciclo de alianza y resultado terapéutico, se focalizaron en el comportamiento observado de los miembros de la familia en la primera sesión y en su capacidad para predecir la mejora en la tercera sesión de la terapia.

Mediante un modelo alternativo de mediación, estas autoras analizaron el papel mediador de la dimensión de *Seguridad* en la relación entre *Compartir el Propósito en la terapia* y la mejoría en la tercera sesión, y también el papel mediador de la dimensión de *Compartir el Propósito* de la terapia en la relación entre la *Seguridad* y la mejoría en esta tercera sesión. Los resultados demostraron que la relación entre la *Seguridad* de la familia y la mejoría percibida durante la tercera sesión estuvo mediada por un sólido *Sentido de Compartir el Propósito* en la terapia. Dicho de otro modo, las familias que tomaban riesgos y hablaban sobre los temas conflictivos sin estar a la defensiva en la primera sesión facilitaron el desarrollo de un *Sentido de Compartir el Propósito* en la terapia, el cual a su vez, jugó un papel importante en sus subsiguientes percepciones de mejoría.

Sin embargo, en el momento en que se analizó la relación entre el *Sentido de Compartir el Propósito* en la terapia y la mejoría con la dimensión de *Seguridad* como mediadora, el modelo de mediación no fue significativo. Es decir, aunque una familia

que iniciara la terapia con un propósito compartido pudo contribuir a que se sintieran seguros, estando estas dos dimensiones reforzándose recíprocamente, la dimensión de *Seguridad* no fue un único contribuidor para la mejoría. Estos resultados apoyan la idea de que una fuerte alianza intrasistema, o *Sentido de Compartir el Propósito*, es un prerrequisito para el cambio terapéutico y el ingrediente clave de la alianza para la mejoría (Friedlander et al., 2008b; Heahterington et al., 2005; Lambert et al., 2012; Pinsof, 1994).

La investigación preliminar en el contexto de la terapia de familia se ha interesado en el rol que desempeña la alianza intrasistema a lo largo del proceso terapéutico y en referencia al éxito de la terapia, en términos de mejora sintomática. Estos hallazgos encontrados en las investigaciones con familias podrían extenderse a la terapia de pareja, al ser ésta también una modalidad de terapia conjunta. Sin embargo, algunos estudios han investigado el efecto de la alianza intrasistema en el resultado de la terapia específicamente en el trabajo con parejas (Anderson & Johnson, 2010; Knobloch-Fedders et al., 2004; Mateu, 2016; Mateu et al., 2014; Montesano & Izu, 2016; Symonds & Horvath, 2004; Vilaregut et al., 2017).

Anderson y Johnson (2010) llevaron a cabo un análisis mediante una muestra formada por 173 parejas tratadas por malestar relacional. Se realizó un análisis diádico entre (a) la alianza individual de cada cónyuge con el terapeuta o la alianza intrasistema, y (b) el malestar relacional de las parejas. Los resultados sugirieron que ambos tipos de alianza resultaron importantes para aliviar el malestar de las parejas, aunque el grado de importancia de cada una de estas alianzas dependió de cuál fuera el foco del tratamiento (pudiendo ser la sintomatología individual o bien el malestar relacional). La alianza intrasistema se mostró particularmente necesaria cuando el foco del tratamiento fue la mejora del malestar relacional de las parejas. Para ambos miembros de la pareja, la alianza intrasistema estuvo más fuertemente asociada con la mejora de la calidad de la relación de pareja que la alianza establecida a nivel individual con el terapeuta.

Symonds y Horvath (2004) investigaron sobre la correlación entre la alianza terapéutica y el resultado en terapia de pareja breve a través de una muestra formada por 47 parejas. Las máximas correlaciones entre la alianza y el resultado terapéutico fueron observadas cuando los miembros de la pareja coincidían acerca de la fuerza de la alianza. Un desacuerdo entre los miembros de la pareja en referencia a la fuerza de la



alianza significaría, por ejemplo, que trabajasen en distintas direcciones, tuvieran distintos niveles de motivación hacia las tareas terapéuticas o tuvieran distintas percepciones en cuanto a la confianza depositada en el terapeuta y en su capacidad para ayudarlos. Estos desacuerdos podrían conllevar a que fuera menos factible la obtención de buenos resultados al final de la terapia.

El hallazgo de estos autores sugirió que existían dos relaciones significativas en terapia de pareja que estaban interrelacionadas: la adhesión (*allegiance*) entre los miembros de la pareja (o la relación en el curso de la terapia entre los miembros de la pareja) y la alianza establecida con el terapeuta. El impacto de esta adhesión entre los miembros de la pareja podría complicar el desarrollo de la alianza establecida con el terapeuta. Esta investigación puso de manifiesto una cuestión especialmente importante y única en terapia de pareja; las dinámicas relacionales de la pareja pueden conllevar situaciones en las que la adhesión (o la lealtad) con el cónyuge está en conflicto con las demandas propias de la alianza con el terapeuta. Para estos autores, el concepto de “adhesión” estuvo muy relacionado con la alianza intrasistema. Además, en este estudio la alianza intrasistema fue predictiva de la reducción sintomatológica, especialmente en las mujeres.

En este mismo sentido, Knobloch-Fedders et al. (2004) investigaron la capacidad predictiva de la alianza en el cambio terapéutico, tanto a nivel de variables individuales como de variables relacionales (síntomas a nivel individual, experiencias con la familia de origen o dificultades conyugales). El estudio incluyó 35 parejas, y la alianza fue evaluada al inicio del tratamiento (después de la sesión 1) y durante la fase intermedia del tratamiento (después de la sesión 8) a fin de determinar si la alianza temprana, la alianza del proceso intermedio de la terapia, o ambas, predecían el cambio terapéutico. Se halló que la alianza terapéutica fue un sólido predictor del progreso en el desajuste conyugal de las parejas; el porcentaje de la varianza en la mejora de la insatisfacción conyugal explicada por la alianza terapéutica fue del 5% para los hombres y 17% para las mujeres. Dicho de otro modo, los mayores niveles de desajuste conyugal estuvieron relacionados con calificaciones bajas de alianza terapéutica. Las puntuaciones combinadas de la alianza de ambas sesiones fueron predictivas de la mejoría en el desajuste conyugal, en mayor medida para las mujeres que para los hombres. En definitiva, este estudio sugirió que la alianza se mantiene estable de la primera a la

octava sesión, lo que conlleva a que la construcción de la alianza terapéutica en terapia de pareja sea una de los primeros retos terapéuticos, y que el desajuste conyugal sea una variable a tener en cuenta en la investigación.

Todas estas investigaciones apuntan a la importancia del acuerdo entre ambos miembros de la pareja en referencia a la fuerza de la alianza terapéutica para la obtención de buenos resultados al final de la terapia, más allá de la relación terapéutica establecida por cada cónyuge con el terapeuta.

Montesano e Izu (2016) analizaron el proceso terapéutico de un caso de terapia de pareja sistémica para la depresión que presentaba al inicio del tratamiento dificultades en el manejo terapéutico, tanto por la gravedad sintomatológica como por el patrón de relación disfuncional de la pareja. Debido al alto nivel en la sintomatología y el malestar relacional, en su estudio se puso de manifiesto la compleja relación entre la sintomatología, el patrón relacional y la alianza terapéutica. En este estudio de caso, fue en la alianza intrasistema (Pinsof, 1994) donde la pareja mostró mayor variación a lo largo del proceso terapéutico. Partiendo de un nivel muy negativo en la alianza intrasistema y tras lograr una valoración positiva en la tercera sesión de terapia, en la séptima sesión la pareja volvió a la puntuación negativa inicial, coincidiendo con el momento en que se produjo un deterioro sintomático. A pesar de que su análisis no permitió determinar ninguna relación causal entre el nivel de síntomas y la alianza, se demostró cómo un incremento en la alianza intrasistema precede el cambio sintomático temprano. Se apoya así la naturaleza circular de la relación entre la alianza intrasistema y la evolución sintomatológica (Sparks, 2015).

Siguiendo la misma línea, Mateu (2016) realizó un análisis secuencial de la alianza terapéutica en 10 casos de terapia de pareja desde el enfoque sistémico para la depresión. Se realizó un análisis exhaustivo de la alianza terapéutica a lo largo del proceso terapéutico, en concreto, se analizaron la primera, segunda, tercera, sexta, novena, doceava y última sesión de todos los casos de terapia que formaron parte de la muestra. La muestra de parejas fue dividida en dos grupos en función de si habían obtenido o no una mejora clínicamente significativa al final de la terapia, en términos de la sintomatología depresiva de los pacientes. Los resultados más destacados fueron:

(1) A nivel del análisis estadístico, el análisis de varianza (ANOVA) con medias repetidas detectaron diferencias significativas entre la alianza intrasistema, evaluada a través de la dimensión de *Compartir Propósito* (Friedlander et al., 2006), en función de los *participantes* y del *resultado en la sintomatología depresiva* al final de la terapia. Por un lado, la dimensión de *Compartir Propósito* presentó diferencias significativas entre los *participantes* con un valor de  $(F [2,24]=3.98, p=0.32)$ . Al realizar las pruebas post-hoc de las comparaciones entre las medias de los *participantes* en la dimensión de *Compartir Propósito*, la puntuación media mayor de la dimensión *Compartir Propósito* correspondía a los terapeutas con una media de .96 ( $Dt=.23$ ) y en cambio la media inferior correspondía a las parejas con una media de .16 ( $Dt=.23$ ). En la comparación entre terapeutas y parejas se encontró una significación con un valor de  $p=.001$ . Este dato mostró que un posible indicador de dificultad a la hora de obtener favorables resultados en la terapia podrían ser las bajas puntuaciones de las parejas en la dimensión de *Compartir Propósito*.

Por otro lado, la dimensión de *Compartir Propósito* fue la única dimensión de la alianza en que se encontraron diferencias significativas en función del *resultado final en la sintomatología depresiva* con un valor de  $(F [1,24]=9.47, p=.005)$ . Al realizar las pruebas post-hoc en relación a las medias obtenidas en la dimensión de *Compartir Propósito* en función del *resultado de en la sintomatología depresiva*, se encontró que los casos que al final de terapia obtuvieron una mejora en el síntoma tuvieron una media de .84 ( $Dt=.18$ ) y los casos que no tuvieron una mejora en la sintomatología depresiva obtuvieron una media de .02 ( $Dt=.18$ ). En otras palabras, los casos de mejora alcanzaron puntuaciones globales más altas en la dimensión de *Compartir Propósito* respecto a los casos de no mejora, con una significación en la comparación de ambos grupos de  $p=.005$ .

(2) A nivel del análisis secuencial, la alianza intrasistema, evaluada a través de la dimensión de *Compartir el Propósito*, también supuso una clara distinción entre los casos de terapia de pareja que mejoraron y no mejoraron al final de la terapia. En los casos de terapia de pareja que mejoraron, los pacientes y los cónyuges realizaron conductas positivas en la dimensión de *Compartir Propósito*, como respuesta a las contribuciones positivas de los terapeutas. En cambio, en los casos que no mejoraron al final de la terapia, las puntuaciones en *Compartir Propósito* fueron negativas en la

pareja, a pesar de las contribuciones positivas de los terapeutas en esta misma dimensión. Por tanto, aunque los pacientes pudieran estar de acuerdo con el terapeuta en términos de objetivos y metas terapéuticas, pudieran mantener un vínculo emocional con éste, o bien pudieran sentirse seguros en el contexto terapéutico, estos componentes no fueron suficientes para determinar el pronóstico de la terapia. La alianza intrasistema, expresada a través de la dimensión de Compartir Propósito, fue el elemento clave para el resultado final en el tratamiento.

(3) A través del análisis secuencial se percibió que los terapeutas deberían tener muy presente el fomento de la alianza intrasistema, especialmente en los casos en que la conflictiva entre los miembros de la pareja es muy elevada. Sin embargo, los resultados indicaron que la contribución positiva de los terapeutas en la dimensión de Compartir Propósito no fue suficiente como para lograr neutralizar la conflictiva conyugal ni para desarrollar un sentimiento de unidad en la pareja en referencia a la terapia.

En base a estos resultados obtenidos, Mateu (2016) puso de manifiesto la necesidad de llevar a cabo estudios sobre procesos terapéuticos en terapia de pareja que permitan profundizar en el desarrollo de la alianza intrasistema. El objetivo último de estos estudios sería proporcionar a los terapeutas estrategias terapéuticas útiles para tratar con parejas que presentan una elevada conflictiva conyugal, y que por tanto, pueden presentar dificultades en la obtención de buenos resultados. De acuerdo a la investigación realizada previamente, consideramos que la alianza intrasistema es discriminativa en el pronóstico y viabilidad de la terapia de pareja. El fomento de la alianza intrasistema es esencial para que la pareja se comprometa en la terapia, ya que si no se logra un trabajo en equipo en relación al proceso terapéutico, es probable que el pronóstico de la terapia sea más negativo (Mateu et al., 2014; Vilaregut et al., 2017).

Debido a que está bien establecida la conexión entre la alianza y el resultado de la terapia de pareja, nuestra área de interés se centra en los factores que pueden influir en la formación y la trayectoria de la alianza terapéutica en esta modalidad de tratamiento, como es el ajuste diádico de la pareja (Horvath & Bedi, 2002; Knerr et al., 2011; Knobloch-Fedders et al., 2007; Mamodhousen et al., 2005). Consideramos que la influencia del ajuste diádico de la pareja en la construcción de la alianza terapéutica, en específico de la alianza intrasistema, añade complejidad a la relación entre la alianza

y el resultado final de la terapia. Por esta razón principal esta temática requiere de un recorrido más amplio en la investigación que permita ahondar en su conocimiento.

### **1.3 Ajuste diádico y su relación con la alianza terapéutica**

Diversos estudios han considerado el ajuste diádico como una variable influyente en la alianza terapéutica y en su asociación con el resultado final de la terapia (Halford et al., 2016; Horvath & Bedi, 2002; Knerr et al., 2011). Se ha demostrado que la alianza terapéutica está significativamente correlacionada con la satisfacción marital, con un 5-22% de la varianza en el resultado atribuible a la alianza (Anderson & Johnson, 2010; Bourgeois et al., 1990; Johnson & Talitman, 1997; Knobloch-Fedders et al., 2007; Mamodhousen et al., 2005).

El concepto de ajuste diádico o marital fue definido por Spanier (1979) como “una evaluación cualitativa de un estado y como un proceso cuyo resultado se determina por el grado de: (a) Las diferencias problemáticas en la pareja; (b) las tensiones interpersonales y la ansiedad personal; (c) la satisfacción diádica; (d) la cohesión diádica; y (e) el consenso sobre asuntos de importancia para el funcionamiento diádico” (p. 17). Por tanto, según el autor, el ajuste diádico se entiende como una evaluación subjetiva y global de la relación de pareja.

En la literatura se encuentran otros términos como satisfacción, éxito, felicidad, calidad, acuerdo o bienestar de la relación de pareja para hacer referencia a este mismo concepto (Spanier & Lewis, 1980). De acuerdo con estas consideraciones, en la presente investigación se utiliza el término de ajuste diádico de la relación de pareja, entendido como la evaluación subjetiva de cada cónyuge respecto a su valoración de la relación. Sin embargo, los demás términos podrían ser utilizados de forma intercambiable ya que también han sido aplicados en otros estudios de este ámbito. No se utiliza el término “marital”, como también sugiere Spanier (1979), con tal de poder incluir tanto a las parejas que están casadas como a las que no.

Locke y Wallace (1959) fueron los primeros autores en considerar que las parejas con bajos niveles de ajuste diádico suelen expresar una falta de consenso y desacuerdo en cuestiones y valores fundamentales en su relación. Además, las parejas con bajos niveles de ajuste diádico son más propensas a expresar más emociones negativas (Gottman, Coan, Carrere, & Swanson, 1998) así como a mantener patrones

negativos de comunicación (Markman, Rhoades, Stanley, Ragan, & Whitton, 2010). En base a estas consideraciones, la investigación ha valorado que el ajuste diádico previo a la terapia puede afectar la formación y el mantenimiento de la alianza terapéutica en terapia de pareja (Halford et al., 2016).

La investigación sobre la asociación entre el ajuste diádico y la alianza terapéutica ha obtenido resultados diversos. En algunos estudios, el ajuste diádico previo a la terapia no ha presentado una asociación significativa con la alianza evaluada en la primera o en la tercera sesión de terapia (Bourgeois et al., 1990; Brown & O'Leary, 2000; Johnson & Talitman, 1997). En contraste, otros estudios han encontrado que un bajo ajuste diádico previo a la terapia está negativamente asociado con la calidad de la alianza (Anderson & Johnson, 2010; Artigas et al., 2017; Halford et al., 2016; Knerr et al., 2011; Knobloch-Fedders et al., 2004, 2007; Mamodhousen et al., 2005; Owen, Reese, Quirk, & Rodolfa, 2013).

En el contexto de la terapia centrada en las emociones, Johnson y Talitman (1997) examinaron 36 parejas para determinar factores predictores de un buen resultado en terapia de pareja. Como parte de su estudio, también examinaron predictores de una fuerte alianza terapéutica. Encontraron que una fuerte alianza terapéutica al inicio de la tercera sesión fue predictiva de un resultado positivo al final de la terapia, controlando el efecto de diversas variables como el grado de confianza inicial de un miembro de la pareja hacia el otro y su nivel de ajuste diádico. Al tener en consideración el ajuste diádico de las parejas previo a la terapia como variable de estudio, no se encontró una asociación significativa entre ésta y la alianza medida tras la tercera sesión.

Como hemos apuntado anteriormente, Knobloch-Fedders et al. (2004) estudiaron 35 parejas para determinar el efecto de algunas variables, como el ajuste diádico, en la formación de la alianza terapéutica. Para hacerlo, la evaluación de la alianza se llevó a cabo en la primera y octava sesión. Sus resultados mostraron que un bajo ajuste diádico tuvo una influencia negativa en la capacidad de cada miembro de la pareja para formar una alianza terapéutica con el otro.

Mamodhousen et al. (2005) concluyeron que el ajuste diádico predijo la calidad de la alianza terapéutica en la tercera sesión de terapia de pareja tanto para los hombres como para las mujeres, y en cambio, los síntomas psiquiátricos no estuvieron

relacionados con la formación de la alianza. Consideraron que para el terapeuta es un reto que uno de los cónyuges presente síntomas, pero también que entre ambos exista un desajuste relacional. Aunque en ambos casos podrían existir dificultades durante el proceso terapéutico, cuando en la pareja existe un ajuste diádico problemático, suele ser necesario que el terapeuta dedique más esfuerzos en la construcción de la alianza, al ser ésta una variable asociada con el resultado terapéutico (Anderson & Johnson, 2010; Friedlander et al., 2008a).

Halford et al. (2016) examinaron la asociación entre el ajuste diádico previo a la terapia con la alianza de cada miembro de la pareja. Encontraron que el ajuste diádico de los hombres estuvo asociado a la propia puntuación de la alianza y a la puntuación de las mujeres durante la primera sesión. Además, el ajuste diádico de los hombres se asoció a la trayectoria de su propia alianza a lo largo de todo el proceso. Por contraste, el ajuste diádico de las mujeres no estuvo estadísticamente asociado con su propia alianza ni con la de los hombres.

También encontraron que el ajuste diádico previo a la terapia puede afectar los objetivos terapéuticos generales de la pareja hacia la terapia. Las parejas que reportaron bajos niveles de ajuste diádico solían tener más problemas y fuentes de conflicto, por lo que la dificultad de determinar objetivos y tareas terapéuticas para hacer frente a una amplia variedad de asuntos problemáticos podía desembocar en bajas puntuaciones en la alianza (Halford et al., 2016). De forma similar a Owen et al. (2013), Halford et al. (2016) encontraron que las parejas con bajo ajuste diádico en el pre-tratamiento necesitaban más la clarificación sobre el futuro de la relación (por ejemplo, si deberían o no seguir juntos) en lugar de percibir la terapia como un lugar donde mejorar su relación. Adicionalmente, como ya habían apuntado Symonds y Horvath (2004), el bajo nivel de ajuste diádico de las parejas que asisten a la terapia puede afectar a la capacidad que cada individuo tiene de establecer un vínculo emocional con el terapeuta.

Resulta interesante que los hallazgos de Halford et al. (2016) indican que el ajuste diádico previo a la terapia de los hombres fue más predictivo de la repercusión en la alianza terapéutica que el ajuste diádico de las mujeres. Los elevados niveles de malestar conyugal en los hombres podrían sugerir que ellos se sienten más desfavorecidos en la relación y esto puede estar relacionado con expresiones interpersonales negativas como la rabia y la necesidad de control (Mahalik, Good,

Tager, Levant, & Mackowiak, 2012), dando lugar así a disrupciones en la alianza de sí mismos y de su pareja. Cuando un hombre inicia la terapia con un bajo ajuste diádico, esto puede ser indicativo de que no siente que el terapeuta valide su punto de vista sobre el problema, y en consecuencia, esto puede resultar en una alianza terapéutica problemática. Así pues, un bajo ajuste diádico en los hombres sugiere la necesidad de conectar emocionalmente con ellos, darles soporte y comprensión en la relación terapéutica (Halford et al., 2016; Knerr et al., 2011; Mahalik et al., 2012).

Anderson y Johnson (2010) también ofrecieron apoyo empírico a la asociación entre el ajuste diádico y la alianza terapéutica, en concreto, la alianza intrasistema establecida entre los dos miembros de la pareja. Tanto para los hombres como para las mujeres, el incremento de la alianza intrasistema en la cuarta sesión de tratamiento estuvo relacionado con la mejora en el ajuste diádico. Por tanto, el estudio sirvió para comprobar que la asociación entre ambas variables se produjo en fases tempranas de la terapia de pareja. De hecho, Glebova et al. (2011) consideraron que la satisfacción conyugal preexistente en la pareja puede ser un factor que facilite el abandono prematuro de la terapia. Estos resultados también fueron consistentes con investigaciones previas que habían apoyado la conexión entre la alianza y la satisfacción conyugal (Knobloch-Fedders et al., 2004, 2007; Mamodhousen et al., 2005).

En un estudio exploratorio de Artigas et al. (2017) se compararon dos casos de terapia de pareja para la depresión tratados desde el enfoque sistémico. Estos casos fueron escogidos para ser contrastados en base a un doble criterio. Por un lado, los dos casos presentaban un distinto resultado al final de la terapia en términos de mejora en la sintomatología depresiva de la paciente, a pesar de que habían iniciado la terapia con la misma gravedad en el síntoma. Por otro lado, habían iniciado la terapia con distintos niveles de ajuste diádico. Los resultados de este estudio fueron consistentes con estudios previos acerca de la relación bidireccional entre el ajuste diádico y el curso de la depresión (Goldfarb, Trudel, Boyer, & Prévile, 2007; Gupta & Beach, 2005; Tilden, Gude, & Hoffart, 2010).

Esta relación bidireccional conlleva que el ajuste diádico tiene un rol crucial en la depresión y, al mismo tiempo, el impacto de la depresión en el funcionamiento de la pareja puede ser profundo (Hooley, 2007; Pettit & Joiner, 2006). Por esta razón, la terapia de pareja para la depresión consiste en aliviar la sintomatología depresiva a



través del cambio de los patrones disfuncionales de interacción entre los miembros de la pareja por interacciones más funcionales. El propósito de los tratamientos en pareja es promover relaciones de mutuo apoyo entre sus miembros.

El desajuste diádico puede llevar a que el miembro de la pareja con depresión considere al cónyuge como el causante de sus problemas y de la insatisfacción en la relación (Coyne, Thompson, & Palmer, 2002). Por el contrario, un buen ajuste diádico, la intimidad entre los miembros de la pareja, y una relación de apoyo mutuo, puede contribuir al establecimiento de una favorable alianza terapéutica entre ellos, así como a la reducción de la sintomatología depresiva.

En referencia al estudio de Artigas et al. (2017) en el caso con alto ajuste diádico y favorable resultado terapéutico, los miembros de la pareja fueron capaces de desarrollar una alianza terapéutica entre ellos basada en altos niveles de intimidad y en el apoyo mutuo, lo que estuvo asociado con una reducción en los síntomas depresivos, y consecuentemente, con la recuperación (Beach et al., 2003; Whisman & Uebelacker, 2009). En contraste, en el otro caso con bajo ajuste diádico, se detectaron varios indicadores de una problemática alianza entre los miembros de la pareja, como por ejemplo, culpar al cónyuge de los eventos negativos o hacer comentarios hostiles hacia el otro (Goldfarb et al., 2007; Heene, Buysse, & Van Oost, 2005). Como resultado, la pareja se vio inmersa en una relación conflictiva posiblemente relacionada con sus dificultades para construir una alianza intrasistema positiva (Crits-Christoph et al., 2006; Feixas et al., 2009).

En base a las puntuaciones de la alianza, las más notables diferencias entre ambos casos se detectaron en las dimensiones de Seguridad y Compartir el Propósito de la terapia (Friedlander et al., 2006). En la línea de estudios previos, la garantía de seguridad en un contexto terapéutico es una característica esencial en terapia de pareja, especialmente cuando hay presente una elevada conflictiva conyugal (Friedlander et al., 2009; Goldfarb et al., 2007; Whisman, 2001). La hostilidad abierta entre los miembros de la pareja con bajo ajuste diádico contribuyó a que el terapeuta realizara intervenciones generadoras de seguridad en el contexto terapéutico, mientras que en el caso con alto ajuste diádico, se requirió que el terapeuta realizara menos intervenciones para crear un contexto seguro.

En este estudio, Compartir el Propósito de la terapia (Friedlander et al., 2006) fue la dimensión de la alianza más diferencial entre los dos casos con distinto nivel de ajuste diádico previo al tratamiento y diferente resultado final. En el trabajo con parejas, el desarrollo de la alianza intrasistema resulta esencial y puede llegar a suponer la característica diferencial entre los casos que mejoran y no mejoran al final de la terapia. Por este motivo, el terapeuta debería establecer un contexto de apoyo mutuo en que los miembros de la pareja se perciban trabajando juntos para mejorar su situación.

La contribución del terapeuta para la generación de un sentido de unidad dentro de la pareja en relación a la terapia es necesaria para lograr buenos resultados, especialmente en aquellos casos donde existe una elevada conflictiva conyugal al inicio de la terapia. Este hecho puede ser ejemplificado en el caso con bajo ajuste diádico, ya que debido a su problemática conyugal, hubiera sido necesario que el terapeuta realizara más intervenciones para incluir a los dos miembros de la pareja en el proceso terapéutico, haciendo más posible la obtención de buenos resultados (Escudero et al., 2010; Friedlander et al., 2006; Whisman & Uebelacker, 2009). Este estudio, en la línea de investigaciones previas, destacó la relevancia de la dimensión de Compartir el Propósito, que refleja la alianza intrasistema de la pareja (Pinsof, 1994).

Los resultados de todas estas investigaciones contemplan diversas posibles vías de exploración para la investigación sobre la alianza terapéutica en terapia de pareja. Como señalan Halford et al. (2016) y Pinsof et al. (2008) sería conveniente el desarrollo de investigaciones a través de métodos de análisis que permitan analizar en profundidad la influencia de determinadas variables, como el ajuste diádico previo a la terapia, en la construcción de la alianza intrasistema a lo largo del proceso, y en consecuencia, en el resultado final de la terapia (Knobloch-Fedders et al., 2004, 2007).

En este mismo sentido, otros autores han sugerido que la aplicación de métodos de análisis cualitativos permitiría la obtención de un conocimiento profundo sobre la recíproca relación entre el nivel de ajuste diádico y la alianza intrasistema, con el último propósito de detectar factores relacionales en la terapia de pareja que contribuyen al éxito terapéutico (Anderson & Johnson, 2010; Goldfarb et al., 2007; Lambert et al., 2012; Mamodhousen et al., 2005). Este tipo de investigaciones implicaría una prometedora línea de investigación necesaria para el enriquecimiento de la psicoterapia

tanto a nivel clínico como en el campo de la investigación (Artigas et al., 2017; Montesano & Izu, 2016).

## **2. Terapia de pareja desde el modelo sistémico**

---

- 2.1 Conceptualización de la pareja desde el modelo sistémico
- 2.2 Conceptualización de la pareja con depresión desde el modelo sistémico
- 2.3 Investigación en terapia de pareja desde el modelo sistémico y depresión



## **2. Terapia de pareja desde el modelo sistémico**

---

### **2.1 Conceptualización de la pareja desde el modelo sistémico**

Las aportaciones de las distintas aproximaciones teóricas a la conceptualización de la pareja son múltiples. Centramos nuestro campo de estudio desde el enfoque sistémico, y por tanto, conceptualizamos la pareja en base a esta orientación, debido a que investigar desde la perspectiva sistémica supone ampliar el foco de observación de tal forma que la conducta humana, tanto la normal como la patológica, sea concebida en su contexto relacional y no de forma aislada. Tener el modelo sistémico como marco de referencia supone, también, optar por una perspectiva global, por una epistemología holística, por los nuevos paradigmas científicos que subrayan la interdependencia de los fenómenos y la complejidad de la realidad. Lo que comporta que el objetivo de la evaluación no se centre tanto en aislar los fenómenos sino en examinar sus interacciones. Importa no sólo entender qué variables están incidiendo sino cómo se interconectan entre sí dando lugar a una realidad y no otra (Campo, 2014).

Se trata de tener en cuenta el entramado de relaciones significativas en las que el paciente se halla inmerso. Entendiendo por contexto no algo externo, que existe *per se*, lo que comúnmente se entiende como entorno o circunstancias, sino dinámico, en continua co-construcción en base a las interacciones recíprocas que se están constantemente estableciendo (Watzlawick, Helmick, & Jackson, 1985). En el caso del adulto con pareja, aun cuando la familia de origen pueda tener un peso específico, la pareja acostumbra a ser valorada como el referente más significativo. Eso comporta tener en consideración que la conducta de cada uno de los cónyuges está recíprocamente regulada de forma circular, lo que hace uno influye en el otro y viceversa (Watzlawick, 2009). El enfoque sistémico considera la coparticipación de los miembros de la pareja en la construcción de la relación así como el hecho de que cada uno está determinando que la relación sea, o no, satisfactoria (Linares & Campo, 2000).

Partiendo de una conceptualización sistémica, el síntoma es entendido como una disfunción en el sistema de interacción que cumple un cometido en éste. En base a esta concepción del síntoma, Jackson (1977), fundador del *Mental Research Insititute* (MRI) en Palo Alto, fue el primero en utilizar el término de “terapia conjunta”. La terapia conjunta fue definida como un método terapéutico en el que ambos cónyuges son

entrevistados conjuntamente por el mismo terapeuta. Desde su experiencia clínica, observó una serie de fenómenos que le hicieron postular la presencia de mecanismos homeostáticos a nivel de pareja y familiar. Observó presiones para mantener como incuestionable la definición de quién es el que tiene un problema y cuál es el síntoma a tratar; el problema es una parte integrante de la vida de la pareja o de la familia, y por tanto, un elemento clave para su nivel de equilibrio actual. Este autor entendió que el síntoma estaba cumpliendo una función en la dinámica del sistema, y en el momento en que el síntoma desaparece, el sistema se desequilibra y necesita de un nuevo síntoma para estabilizarse.

Esta visión requiere concebir la pareja y la familia como un todo que tiene unos parámetros de funcionamiento, y al alejarse de ellos aparecen movimientos correctivos (retroalimentación negativa) para restablecer la homeóstasis o el equilibrio del sistema. Estos mecanismos homeostáticos son la base de la resistencia al cambio, orientada a mantener el equilibrio. Dichas resistencias no son sólo conductas o actitudes del paciente en la dinámica intrapsíquica, sino que pueden ser interacciones entre cualquiera de los miembros de la pareja o de la familia, o entre ellos y el terapeuta (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 1992).

Como pionero de la terapia estratégica, Haley (1993) aplicó varios conceptos sistémicos para la comprensión de la pareja. Planteó la dinámica central de la relación de pareja basada en los elementos de control y poder. La problemática de la pareja surge cuando la estructura jerárquica de la relación no está clara, cuando hay una ausencia de flexibilidad en ella o cuando está marcada por una rígida simetría o complementariedad.

Desde el modelo sistémico, la pareja es conceptualizada como un sistema regido por reglas en el que la relación entre sus miembros se estructura y organiza a partir de patrones de interacción repetitivos y cíclicos. Tales reglas son definidas, básicamente, por los intercambios entre los miembros de la pareja, y no tanto por los rasgos intrapersonales de cada uno de ellos. Incluso en aquellos casos en que el foco de análisis se sitúa en un paciente en concreto, su comportamiento se toma en consideración en base a su capacidad de afectar y modelar el comportamiento del otro miembro de la pareja, o bien en base a las variables de éste que pueden haber generado tal comportamiento. Se valora que si algún acontecimiento de la historia de la pareja ha tenido alguna repercusión en la relación presente, su influencia ha sido, no tanto en base

a los acontecimientos originales, sino en base a su reactualización en el momento presente, isomórfica en el patrón de interacción que genera, al pasado (Cáceres, 1993; Sluzki, 2009).

La conceptualización sistémica de la pareja conlleva trabajar de forma específica con el subsistema diádico, al ser éste el sistema relacional más pequeño posible, el conjunto más pequeño en interacción, y que como tal conjunto, puede ser considerado cualitativamente diferente a las partes que lo forman. Desde este enfoque, se puede considerar que el concepto “nosotros”, fruto de las parejas estables, surge a raíz de la reelaboración de las características individuales y del patrimonio relacional de cada cónyuge, y por tanto, es exponente de esa nueva realidad cualitativamente diferente (Campo & Linares, 2002).

Existen diversas definiciones de la pareja dentro del propio enfoque sistémico, y de entre todas ellas, destacamos la propuesta de Campo y Linares (2002) al ser éstos dos autores referentes a nivel nacional en el terreno de la terapia de pareja y de familia:

*“Dos individuos procedentes de familias distintas, generalmente de diferente sexo, pero no necesariamente, que deciden vincularse afectivamente, para compartir un proyecto común (futuro) en un espacio propio (nosotros), que excluye a otros pero que interactúa con el entorno social”* (Campo & Linares, 2002, párr. 2)

De forma complementaria a esta conceptualización, Caillé (1992) argumentó que la pareja no está constituida por la suma de “uno más uno son dos”, sino por la suma de “uno más uno son tres”, en la cual la relación es un protagonista activo. La terapia de pareja es una intervención en presencia de dos personas que son las creadoras de dicha relación. Como resultado, la pareja sólo puede cambiar una vez acepte la dimensión autónoma de la relación como factor activo que les afecta, y a la vez, que pueden controlar.

Sager (2009) consideró que cuando dos individuos se unen para establecer una relación, el sistema que forman no es la simple suma de dos personalidades, con sus respectivas necesidades y esperanzas, sino que forman una entidad nueva y cualitativamente distinta. De forma similar a Caillé (1992) considera que el nuevo



sistema diádico pasa a ser “una tercera persona”, cuyos propósitos a veces complementan o contrarían los objetivos de uno u otro cónyuge.

En la elección de pareja suele ser habitual el establecimiento de relaciones dentro de un mismo ambiente, ya que la convivencia se intuye como más armoniosa cuando se comparte una base común de experiencias. Aunque en la actualidad, debido a la movilidad de las personas, ha habido un incremento de las parejas transculturales. En la cantidad de modelos de parejas que se forman, destacan, por un lado, la unión de personas provenientes de distintos sistemas familiares para conformar un sistema común para ambos, y por el otro, el establecimiento de límites con el exterior o con el entorno familiar y social (Ríos, 2005).

Haciendo referencia a las etapas iniciales de configuración de la pareja, Minuchin y Fishman (2008) aludieron a la necesidad de establecer fronteras en el sistema creado por la pareja respecto a otros sistemas del entorno. Mediante la negociación, deben establecerse fronteras que regulen las relaciones de la nueva díada con las familias de origen, amistades, el terreno laboral, entre otros contextos sociales relevantes. Estos autores también subrayaron la necesidad de crear reglas en la pareja sobre las expectativas, la intimidad, las jerarquías, así como las pautas de cooperación. Asimismo, resulta imprescindible aprender a gestionar los conflictos surgidos en la relación de pareja.

Varios autores han considerado que la pareja no es un punto de llegada, sino un punto de partida, entendiendo que las parejas pasan por distintos ciclos o etapas sucesivas. Haley (2013) consideró que las parejas atraviesan una serie de etapas interconectadas entre sí. El cambio de estas relaciones interpersonales en el transcurso del tiempo definen las etapas del ciclo vital de la pareja. Es posible que durante la evolución natural de la pareja, no se logre la adaptación y la reestructuración a la nueva etapa, manteniendo así los patrones de una etapa anterior. Esto podría conllevar a la larga un funcionamiento disfuncional en el sistema de la pareja.

Resulta interesante destacar la comunicación como una de las principales aportaciones del modelo sistémico. Watzlawick et al. (1985) presentaron la Teoría de la Comunicación Humana y los axiomas o principios que la regulan. Centrarse en la comunicación permite estudiar la interacción, lo que ocurre *entre* las personas, en lugar

de lo que ocurre *dentro* de ellas. En efecto, a diferencia del concepto de conducta, que se suele referir a un individuo, la comunicación, ya por su naturaleza, necesita dos o más interactuantes. Según este autor, concebir la actividad humana como comunicación supone partir de la idea de que lo que hacemos tiene un valor de mensaje y está en relación con el otro.

Se sigue de este planteamiento lo que se conoce como primer axioma de la comunicación: es imposible no comunicar. Toda actividad humana es comunicación. Es necesario distinguir entre los distintos canales que existen para transmitir información y evaluar si se está dando congruencia entre ellos. De hecho, como señala Watzlawick (2009), muchos de los problemas comunicativos entre las parejas se derivan de la dificultad para tener en cuenta de forma congruente los dos niveles de la comunicación, no sólo el canal digital (verbal, a través de palabras) sino también la importancia del canal analógico (no verbal, a través de gestos, postura, expresión facial) como niveles básicos de todo intercambio comunicativo.

El segundo axioma de la comunicación humana destaca la importancia de diferenciar el nivel de contenido y el nivel de relación. En el trabajo con parejas, la distinción entre el contenido del mensaje y la propuesta del tipo de relación que éste lleva implícito es decisiva para poder entender, más allá del contenido anecdótico, qué es lo que cada cónyuge le está proponiendo en realidad al otro respecto a la definición de la relación. Entre otros aspectos, permite captar las propuestas que ambos están expresando en torno a la definición de la jerarquía interna, y por tanto, del manejo del poder en el seno de la pareja (Campo, 2014).

El tercer axioma consiste en considerar la naturaleza de una relación dependiendo de la puntuación de las secuencias de la comunicación entre los participantes. Según este principio comunicativo, toda acción puede ser entendida asimismo como reacción de un bucle de secuencias ininterrumpidas de acciones que son a su vez estímulo, respuesta y refuerzo. En el trabajo con parejas, entender y analizar una pelea, implica considerar que la puntuación de las secuencias interactivas que se realice siempre va a ser arbitraria. Esta consideración va a permitir señalar el encaje y complementariedad de la descripción de lo sucedido que realiza cada uno de los miembros de una pareja, al facilitar con ello una visión circular de los hechos (Watzlawick et al., 1985).

En el último axioma de la comunicación humana, Watzlawick (2009) introduce los conceptos de simetría y complementariedad, los cuales resultan interesantes como categoría diagnóstica, en tanto permiten diferenciar a las parejas en base a si predomina un patrón de tipo simétrico o complementario (Sluzki, 2009). En el primer caso, las interacciones tenderán a quedar reguladas por expectativas de intercambios equitativos en torno al poder. Cualquier decisión propia debe poder ser refrendada por el otro, lo que hace indispensable el consenso y la constante negociación. Si por el contrario, predomina un patrón de tipo complementario, lo que va a prevalecer son expectativas por parte de cada cónyuge de intercambios desiguales en torno al poder y la tendencia a un encaje mutuo de las posiciones *up/down*.

Según Campo (2014), la ausencia de mecanismos de autorregulación favorece la rigidez en ambos patrones, y está en la base tanto de las escaladas de tipo simétrico, que pueden llevar fácilmente a los cónyuges a plantearse la ruptura, como a las de corte complementario, en las que la ausencia de alternancia entre las posiciones *up/down*, así como la desmesurada desigualdad de posiciones en torno al poder, acrecienta el riesgo de que eclosione la violencia o la psicopatología. En este último caso, resulta útil valorar qué mecanismos de freno disfuncionales están actuando para el mecanismo de la conducta sintomática.

El análisis cualitativo de la comunicación establecida entre los cónyuges resulta indispensable, así como valorar si las respuestas son del tipo confirmación, rechazo, descalificación o desconfirmación es útil para detectar posibles aspectos disfuncionales que estén promoviendo malestar (Campo, 2014; Linares & Campo, 2000). Uno de los fenómenos observados que resulta especialmente dañino y que coincide con lo referido por Gottman (2011) es cuando en la comunicación entre los cónyuges prevalecen los reproches como fórmula inadecuada de expresar necesidades y deseos.

Concebimos el conflicto como un componente normal en la vida de la pareja que permite a los cónyuges redefinir sus patrones relacionales. El conflicto es constructivo y funcional cuando contribuye a mejorar la calidad de la toma de decisiones, redefinir las metas de la pareja y a mejorar el desempeño de la misma. La evitación de los conflictos obstaculiza el desarrollo y reduce la capacidad de las parejas para enfrentarse y resolver sus dificultades (Schnarch, 2009). La verdadera situación problemática aparece cuando

el conflicto no se resuelve, generando patrones repetitivos disfuncionales de comportamiento que sitúan a la pareja en un punto de no avance (Gottman, 2011).

Como hemos mencionado anteriormente, cuando una pareja se une, en esta relación están presentes las respectivas familias de origen y la red social. Y tanto las respectivas familias como la red social pueden ser una fuente de conflicto. Medina, Castillo y Davins (2006) consideraron que si ambos miembros de la pareja provienen de ambientes familiares marcados por el conflicto, es probable que se refuerce la vivencia de desconfianza y miedo a la intimidad. Si por el contrario, ambos miembros de la pareja provienen de familias relativamente estables y prevalecen los recuerdos positivos, hay más espacio para la confianza mutua.

De acuerdo con la teoría de Campo (2014) los conflictos que presentan las parejas pueden ser de índole muy diversa tanto en relación al contenido como al grado de dificultad que representan. Entender el origen del malestar que presenta la pareja supone ir más allá de la definición que sus miembros hacen del problema. En efecto, algunos problemas pueden ser definidos por la pareja de manera explícita, sin embargo otros sólo pueden ser observados por el terapeuta de manera indirecta a través de comentarios o acciones, que ponen de relieve distintos desacuerdos. Según la autora, estos conflictos implícitos son de gran relevancia ya que favorecen situaciones de estancamiento en la pareja y son generadores de malestar.

Campo (2014) plantea la tipología de conflictos que pueden presentar las parejas, agrupados en función de los distintos niveles de dificultad que entrañan. Esta distinción orienta respecto al pronóstico y el grado de viabilidad de la pareja:

### **Conflicto tipo A: Desajustes en la organización de la convivencia**

Son los más comunes, la mayoría de las parejas han podido presentarlos en algún momento de su relación, aunque es en el inicio de la convivencia cuando suelen detectarse con mayor relevancia. Cuando se prolongan en el tiempo acostumbran a reflejar el fracaso de los mecanismos de afrontamiento en tanto la pareja no ha encontrado la manera de propiciar un ajuste adecuado. Responden a la dificultad para ajustar rutinas y costumbres diferentes en cuanto a la organización de la convivencia o de los aspectos pragmáticos en la vida, como por ejemplo, desacuerdos en las tareas domésticas, en el ocio, en el ámbito laboral, en los hijos o en la sociabilidad. Son

conflictos generalmente explícitos y pueden ser definidos como problema por parte de al menos uno de los cónyuges (Campo & Linares, 2002).

### **Conflicto tipo B: Diferencias en la comunicación y resolución de conflictos**

En muchas parejas la mayor dificultad que presentan radica en una comunicación disfuncional. En estos casos, pueden observarse diversos fenómenos. Entre ellos, la dificultad para articular el uso de canales verbales y gestuales, y reconocer y aceptar que su manejo individual responde a códigos personales, familiares y culturales, ninguno en principio más legítimo que el otro. En otras parejas, predomina la idea de que el otro sin decírselo debe saber lo que uno necesita, o a la inversa, la idea de que no hace falta que el otro le diga para saber lo que piensa. En algunas parejas, lo que complica y puede socavar los cimientos de la relación es la dificultad para armonizar los estilos que utilizan para la resolución de conflictos. Como remarca Gottman (2011) no hay una única manera de resolver las diferencias. Según este autor, existen tres estilos diferentes de resolución de conflictos:

**1. Estilo convalidante:** Cuando el cónyuge se siente cómodo aprovechando sus habilidades verbales para intentar convencer al otro.

**2. Estilo explosivo:** Cuando el cónyuge ha aprendido que la forma de resolver las dificultades es expresando las emociones de manera viva y si es necesario explosiva para que el otro ceda y se avenga a sus razones.

**3. Estilo evitativo:** Cuando el cónyuge tiende al silencio y a la desconexión emocional como una manera de evadir el conflicto.

Cada una de dichas modalidades puede ser útil en algún momento. Se convierten en un aspecto problemático cuando son siempre utilizadas de manera rígida y polarizada por parte de cada uno de los cónyuges. También resulta interesante conocer cómo se terminan las discusiones y qué acostumbran a hacer para reconciliarse. En ese aspecto es importante valorar si la conducta sintomática de uno u otro cónyuge está actuando como mecanismo de freno disfuncional. Lo mismo cabe decir cuando las peleas se interrumpen sobre todo cuando uno de los dos hace uso de la violencia o del descontrol de los impulsos. Otro de los aspectos relevantes que se debe poder evaluar, ya que condiciona el manejo terapéutico y la viabilidad de la pareja, es si se ha instalado en la

vida de la pareja el rencor. Cuando es así acostumbra a ser el producto de un largo proceso de agravios o de un enfrentamiento intenso pero insuficientemente elaborado (Campo, 2007).

### **Conflicto tipo C: Desacuerdos respecto a la definición de la relación**

Esta categoría de conflictos recoge los desacuerdos que afectan a los aspectos más básicos de la relación. Aquellos que conectan con las diferentes expectativas de lo que para cada cónyuge significa ser una pareja. En concreto, se utilizan como criterio diagnóstico los desacuerdos respecto a la relación. Se trata de desacuerdos que se manifiestan a través de las diferentes proposiciones que cada miembro, a través de su conducta, plantea respecto a cómo define éste la relación, y cómo espera que la entienda y defina el otro miembro de la pareja.

La conducta sintomática muy a menudo enmascara este tipo de desacuerdos que acostumbran a no ser explícitos ni conscientes en la mayoría de ocasiones. En la relación de pareja, como señala Sager (2009), cada cónyuge aporta un contrato no escrito, un conjunto de expectativas y promesas conscientes e inconscientes. Este contrato operativo de interacción posee características exclusivas para cada pareja y no es inmutable sino que varía a medida que los cónyuges reciben el influjo de diversas fuerzas tanto internas como externas. El problema surge cuando ambos miembros de la pareja han suscrito un contrato diferente respecto a los aspectos básicos de la relación, o cuando la evolución divergente e incompatible de sus necesidades lo tornan inviable.

Los desacuerdos básicos respecto a la definición de la relación se producen en torno a los tres pilares básicos que constituyen el fundamento de la relación de pareja (Campo & Linares, 2002), los cuales son:

**C1. El vínculo afectivo:** El tipo de vinculación afectiva que desean establecer entre sí los miembros de la pareja es una de las áreas más básicas en las que han de llegar a acuerdos. Tres aspectos pueden diferenciar entre sí a los cónyuges, y condicionar expectativas en algunos casos incompatibles, respecto al tipo de relación amorosa deseada: la cercanía y distancia emocional deseadas en base a las necesidades propias de pertenencia y diferenciación, el establecimiento de una relación total o parcial, y la exclusividad o fidelidad respecto a terceros.

**C2. El tipo de jerarquía interna:** El tipo de jerarquía interna en cuanto al manejo del poder propuesto por cada miembro de la pareja puede ser también fuente de importantes desacuerdos. Dos tipos de desacuerdos se pueden observar en esta área: la ausencia de alternancia en los patrones de simetría y complementariedad, lo que implica una excesiva rigidez de los mismos, y la polarización rígida de expectativas en torno al poder por parte de cada cónyuge (Linares & Campo, 2000).

**C3. Los proyectos básicos que se esperan realizar en el presente y en el futuro:** La incorporación del futuro, en base a los proyectos en común que formulan los cónyuges, es uno de los indicadores de que la relación se consolida como pareja estable. La primera dificultad para lograr consenso en cuanto a los proyectos básicos se suele expresar en torno al establecimiento de un compromiso de futuro (Campo, 2007).

Algunos proyectos básicos en los que resulta necesario llegar a acuerdos es la decisión de tener hijos o no. Los desacuerdos en torno a la parentalidad se pueden referir a la idoneidad del momento elegido para tener hijos, aunque si el desacuerdo está en relación a la decisión de asumir o no la función parental, la viabilidad de la pareja se ve más comprometida (Campo, 2014).

En definitiva, según Campo (2014) estas tres categorías de conflicto, A, B y C, no necesariamente se dan en todas las parejas, por eso resulta útil discriminar qué tipo de dificultad es la que prevalece en cada caso para poder decidir así el tipo de intervenciones más pertinentes. Por otra parte, cuando las tres categorías de conflictos se dan a la vez, se puede observar que se corresponde con los casos que presentan un mayor grado de incompatibilidad, lo que suele indicar un pronóstico más negativo en cuanto a su viabilidad como pareja.

Con todo lo expuesto, la pareja, el más pequeño sistema relacional, está conformado por una gran complejidad y el interés para el siguiente apartado se centra en la conceptualización y las características de la pareja cuando uno de los cónyuges sufre depresión desde el modelo sistémico.

## **2.2 Conceptualización de la pareja con depresión desde el modelo sistémico**

Según los criterios del DSM-5 (*American Psychiatric Association* [APA], 2014) el término de la depresión es situado dentro del espectro clínico de los Trastornos del Estado de Ánimo, y en concreto, dentro de los Trastornos Depresivos. Los Trastornos

Depresivos hacen referencia a un conjunto de categorizaciones diagnósticas que incluyen el Trastorno Depresivo Mayor (episodio único o recurrente), Trastorno Depresivo Persistente (antes Trastorno Distímico), entre otros, caracterizados por una afectación en distintos niveles del funcionamiento. En específico, los patrones descriptivos del Trastorno Depresivo Mayor, en el que nos centramos en nuestra investigación, consisten en una variedad de síntomas que pueden ser agrupados en cuatro tipologías: síntomas afectivos (humor bajo, tristeza y/o desánimo), síntomas cognitivos (pensamientos de desesperanza y/o culpa), síntomas conductuales (disminución de las actividades sociales y diarias, actitud apática y/o agitación motora) y síntomas físicos (relacionados con el apetito, el sueño y la falta de energía) (Álvarez & García, 2001; Carr, 2014).

Los datos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) muestran que la depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a 350 millones de personas en el mundo. La depresión unipolar, es decir, aquella que no cursa con episodios maníacos o hipomaníacos, es la tercera causa mundial de morbilidad, representando el 4.3% de la carga mundial, y según las predicciones actuales, ocupará el segundo lugar en el año 2020, únicamente por detrás de las enfermedades cardiovasculares (Haro et al., 2006; Feixas & Compañ, 2015).

A nivel nacional, casi un 20% de las personas han sido diagnosticadas de algún trastorno mental a lo largo de su vida y un 8.4% lo hizo en el último año. El episodio depresivo mayor es el más usual, con una prevalencia de 5.62% para las mujeres y de 2.15% para los hombres (Cardila et al., 2015; Haro et al., 2006). Por tanto, la probabilidad de que una persona sufra depresión a lo largo de su vida es superior a la de otros trastornos mentales, y en concreto, la incidencia es más elevada para las mujeres en comparación con los hombres. Esta es una realidad que debe ser tomada en cuenta para evitar que las personas que sufren depresión en alguna de sus formas puedan no ser reconocidas o recibir un tratamiento inadecuado (Simon, Fleck, Lucas, & Bushnell, 2004).

Además, los trastornos depresivos usualmente se dan en adición a otros tipos de conductas que ponen en peligro la vida del paciente, como el intento de suicidio, cuyo riesgo es tres veces superior en pacientes diagnosticados de depresión mayor en comparación con la población general. Estas cifras de prevalencia, sumado a las



consecuencias que la depresión origina en la vida de las personas que la padecen y de las que forman parte de la red social, ha supuesto que la depresión sea objetivo trascendental en las políticas de salud pública (Valladares, Dilla, & Sacristán, 2009).

La importancia de prestar atención a este trastorno mental no sólo reside en su duración, sino también en su elevada tasa de recaídas, además de que la probabilidad de recurrencia aumenta con el número de episodios depresivos. En el DSM-5 (APA, 2014) se enfatiza este aspecto, al describir cómo entre el 50-60% de las personas que sufren un episodio depresivo padecerá un segundo episodio, el 70% de los que tienen un segundo episodio tendrá un tercero, y que la tasa de recaídas alcanza la cifra del 90% en aquellos casos que han presentado tres o más episodios (Feixas & Compañ, 2015).

La investigación ha demostrado un consistente patrón de interacción entre los conflictos de pareja y la gravedad y el curso de la depresión (Goldfarb et al., 2007; Heene et al., 2005; Whisman, 2001). Esta relación bidireccional indica que el desajuste conyugal juega un papel crucial en la depresión, y al mismo tiempo, el impacto de la depresión en el funcionamiento de la pareja puede ser profundo (Montesano, Feixas, Muñoz, & Compañ, 2014). Las relaciones de pareja satisfactorias pueden evitar o reducir las posibilidades de que un individuo sufra depresión, mientras que las relaciones conyugales problemáticas pueden causar o mantener la depresión (Beach & Gupta, 2003; Rautiainen & Aaltonen, 2010; Seikkula, Aaltonen, Kalla, Saarinen, & Tolvanen, 2013).

La angustia conyugal parece ser un factor prevalente en aquellas personas que reciben tratamiento para la depresión (Atkins, Dimidjian, Bedics, & Christensen, 2009). Coyne et al. (1987) encontraron que el 40% de los cónyuges que vivían con una persona depresiva expresaban suficientes síntomas de angustia como para requerir tratamiento psicoterapéutico. Este resultado indicó que los familiares de una persona depresiva, como la pareja, deberían ser evaluados para determinar si también necesitan apoyo o seguimiento psicológico. Un análisis de los comportamientos y patrones presentes en las interacciones con una persona que sufre depresión puede ser relevante para la intervención, ya que puede dar información acerca de los procesos relacionales que son significativos para el surgimiento y el mantenimiento de dicha problemática (Whisman & Uebelacker, 2009).

Denton y Burwell (2006) observaron que los cónyuges de las personas depresivas habitualmente no formaban parte del tratamiento, y en esos casos, se sentían sin apoyo, desinformados, solos y confundidos. La inclusión del cónyuge en la terapia da apoyo al cónyuge en sí mismo, le da la oportunidad de ayudar a la persona depresiva y posibilita la focalización de la terapia en problemas conyugales potenciales (Kuhlman, Tolvanen, & Seikkula, 2013).

La persona depresiva puede considerar a su cónyuge como partícipe de los eventos negativos generadores de la insatisfacción en su relación de pareja. La insatisfacción conyugal puede implicar que se culpe al cónyuge de ser el causante de los acontecimientos negativos, y esto puede conducir al otro hacia la depresión. Se reconoce que la relación que establece el paciente deprimido con su pareja adquiere ciertas peculiaridades en su interacción (Heene et al., 2005).

Cuando una persona está depresiva, la pareja puede suponer una fuente de fortaleza, de recuperación, o por el contrario, una fuente de sufrimiento, perjudicando así el bienestar de ambos miembros de la pareja (Rautiainen & Aaltonen, 2010). Por esta razón, la investigación se ha interesado en tratamientos centrados en la pareja como forma de aliviar la depresión a través de la modificación de patrones disfuncionales de relación (Goldfarb et al., 2007; Montesano et al., 2014).

Estos estudios ponen de manifiesto la perspectiva interpersonal de la depresión y su asociación con las dificultades relacionales. Se ha demostrado que la depresión tiene causas interpersonales, está mediada por las relaciones interpersonales y existen factores interpersonales que están asociados con las recaídas (Joiner, 2002). Dada la importancia de la relación de pareja, las investigaciones se han focalizado en la calidad y la dinámica conyugal para comprender en una mayor profundidad las dificultades interpersonales de las personas con depresión. A través del conocimiento de las interacciones conyugales de la persona con depresión, resulta posible comprender los procesos recíprocos, dinámicos y transaccionales que se producen entre las variables contextuales y la depresión (Rehman, Gollan, & Mortimer, 2008).

El interés por investigar la calidad y la dinámica conyugal en un esfuerzo por ahondar en las dificultades interpersonales de las personas con depresión se rige por diversos motivos: (1) La investigación ha mostrado una relación inversa significativa entre la depresión y la satisfacción conyugal; (2) las interrupciones en las relaciones cercanas y significativas, como la relación de pareja, puede ser una fuente precipitante de episodios depresivos; (3) el desajuste diádico es un buen predictor de recaída en la depresión; (4) la satisfacción conyugal mejora durante el curso de la terapia y tiene una relación inversa con las posibles recaídas; y (5) una relación sólida y satisfactoria con el cónyuge puede amortiguar los efectos depresógenos de los estresantes vitales (Cohen, O’Leary, Foran, & Kliem, 2014; Hammem, 2003; Jacobson, Dobson, Fruzzetti, & Schmaling, 1991; Reham et al., 2008).

El paciente diagnosticado de depresión mayor, de manera sistemática, se empareja. Según Linares y Campo (2000) varias son las explicaciones que se pueden dar a este hecho: (1) La tardía aparición del trastorno, propio de la plenitud de la edad adulta, conlleva que el ciclo vital se vea poco alterado y el emparejamiento se produzca antes de la irrupción de los síntomas; (2) la buena adaptación social hace que la persona mantenga sus hábitos culturales, entre los que se tiene en cuenta el emparejamiento e incluso el matrimonio; y (3) la evolución del trastorno cursa por ciclos y, además, con la incidencia de los psicofármacos, se han fortalecido las remisiones sintomáticas para que sean más estables y duraderas, las cuales facilitan la gestión de las relaciones de pareja.

La aproximación sistémica-relacional reconoce no sólo los efectos que las relaciones significativas ejercen sobre la depresión, sino también los efectos de la depresión sobre las relaciones significativas. La investigación sugiere que la relación de pareja con un cónyuge diagnosticado de depresión puede ser definida en base a modalidades interactivas características, como el comportamiento de *Care-Eliciting*. Este comportamiento fue definido por primera vez por Henderson (1974) como el patrón de comportamientos que un individuo pone en marcha y que provoca un conjunto de respuestas en los demás que pueden servirle de consuelo. Estos comportamientos asumen una cercanía física y emotiva y se transmiten tanto por conductas verbales como no verbales, las cuales indican interés, estima y afecto.

En la depresión, el comportamiento de *Care-Eliciting* disfuncional suele estar presente y se dirige a solicitar el interés protector del cónyuge y a la jerarquía conyugal incongruente. Se produce un comportamiento de *Care-Eliciting* patológico cuando una persona vive de forma discrepante el afecto, las atenciones y el apoyo que le es brindado, y se perciben como insuficientes en base a sus expectativas y a sus demandas. Uno de los miembros de la pareja dedica todos sus esfuerzos a las necesidades de asistencia del otro, la ayuda prestada se incluye dentro de una actitud de ejercicio de poder atribuido al cónyuge sano, quien se muestra competente en todas las áreas, pero no se ve capaz de controlar los comportamientos sintomáticos del paciente deprimido (Soriano, 2009).

En base a esta conceptualización, Vella y Lorigo (1990) consideró que la relación del depresivo con su cónyuge se define como un ciclo de interacción iniciado a partir de una conducta depresiva y un comportamiento de *Care-Eliciting* por parte del paciente. Esto conlleva a un comportamiento de *Care-Giving* por parte del cónyuge, el cual induce a nuevos intentos por parte de éste último a resolver la condición depresiva. Se encontró que en casi una quinta parte de los casos, el cónyuge sin diagnóstico, aunque se mantuviera activo en base al síntoma, no dominaba otras áreas de la relación o asumía una postura de sumisión que imposibilitaba al paciente al abandono de su comportamiento.

Estas observaciones involucraron también al sistema familiar de los pacientes depresivos, que fue descrito a partir de una serie de características específicas (Vella & Lorigo, 1990): (1) Está caracterizado por escasos intercambios interactivos, consistentes en actitudes de reproche o punitivas, que no sólo evitan, sino que además favorecen las recaídas depresivas; (2) los límites de estas familias son poco permeables al exterior, favoreciendo así reducidos intercambios; (3) la presencia de síntomas en los hijos puede mantener en un segundo plano los trastornos afectivos de uno de los progenitores; y (4) los límites con las respectivas familias de origen no son claros. Todos estos componentes juegan un papel relevante en la configuración y la evolución de la patología.

En base a la teoría interaccional de la depresión formulada por Coyne (1976), las personas que sufren depresión actúan de forma que evocan respuestas negativas en los demás, que consecuentemente, sirven para mantener la depresión. Más en

detalle, las personas con depresión se involucran en conductas aversivas, como el ánimo hostil o los sentimientos de culpa, que conducen a sus cónyuges a reaccionar con ellos de forma hostil, impaciente, y a mantener actitudes de rechazo hacia ellas (Coyne et al., 2002). En este mismo sentido, el modelo de generación de conflicto de la depresión de Hammen (2003) considera que el comportamiento y las características de los individuos con depresión generan activamente (y no deliberadamente) dificultades interpersonales que erosionan las relaciones, y en consecuencia, exacerban la depresión.

Cuando una persona está depresiva, busca el consuelo y apoyo en las personas de su entorno, las cuales inicialmente ceden a sus demandas, pero que con el paso del tiempo, el comportamiento depresivo produce el aumento de la hostilidad y el rencor de todas ellas. Las respuestas negativas del entorno crean aún más una angustia emocional y perpetúan la depresión. En un intento de inhibir la hostilidad, las personas del entorno aportan a la persona con depresión un falso apoyo con un éxito parcial. La persona depresiva detecta las discrepancias entre las declaraciones verbales positivas de apoyo y los comportamientos no verbales negativos de su entorno y esto les induce a sentirse rechazados y confundidos. En consecuencia, los síntomas aumentan, las demandas de apoyo también, así como el rechazo de los demás (Cohen, O'Leary, Foran, & Kliem, 2014).

La inhibición de estas respuestas negativas y el aumento de las respuestas positivas por parte de las personas del entorno, puede contribuir a que los pacientes deprimidos se sientan más seguros e incluso experimenten una reducción o remisión de la sintomatología (Coyne & Benazon, 2001). Una comunicación entre los miembros de la pareja basada en la confianza, la aceptación mutua, la comunicación abierta, así como una relación cercana, son considerados elementos claves de apoyo durante el curso de la depresión (Harris, Pistrang, & Barker, 2006; Seikkula et al., 2013).

Aunque algunos estudios han estudiado cómo la depresión influye en la comunicación entre los miembros de la pareja (Benazon & Coyne, 2000; Gabriel, Beach, & Bodenmann, 2010; Rehman, Ginting, Karimiha, & Goodnight, 2010) existen pocas investigaciones que hayan examinado cómo la comunicación de la pareja influye en la depresión. Estos escasos estudios se han focalizado en la forma

en que los distintos tipos de comunicación influyen en la severidad de la depresión. Un hallazgo replicado en varios estudios ha demostrado que las parejas con un miembro deprimido se comunican con mayor negatividad, a través de críticas, demandas negativas y de rechazo, lo cual puede aumentar la gravedad de los síntomas depresivos y predecir la recaída (Rehman et al., 2008).

Determinados comportamientos pueden ser predictores de los síntomas depresivos y pueden desempeñar efectos perjudiciales en la satisfacción conyugal, como es el ejemplo de la Emoción Expresada. La crítica o la interacción negativa, como contraste de las conductas positivas, como la validación y el apoyo, pueden aumentar la percepción negativa que el propio paciente depresivo tiene de sí mismo (Beach, Finchman, & Katz, 1998; Hooley & Teasdale, 1989; Rehman et al., 2008).

A través de su modelo de discordia marital, Beach, Sandeen y O'Leary (1990) pusieron de relieve la asociación entre la depresión y el conflicto conyugal. En el momento en que se reducen los intercambios de apoyo y aumentan los niveles de hostilidad en una relación, la relación entre la depresión y los conflictos de pareja se ve incrementada. Este modelo ha sido indirectamente evidenciado a partir de la observación de las interacciones conyugales en las que uno de sus miembros sufre depresión y en las que existen altos niveles de conductas negativas (hostilidad o crítica) y bajos niveles de conductas positivas (apoyo y validación), si se compara con parejas que no sufren depresión. Es difícil determinar si este tipo de interacciones desarrollan la depresión o viceversa. En una revisión de Whisman (2001) concluyó que el proceso de la insatisfacción conyugal a la depresión encajaba mejor en las mujeres, mientras que el paso de la depresión hacia la insatisfacción conyugal se ajustaba mejor en los hombres.

En cuanto a las características relacionales en las depresiones, Manfrida y Melosi (1996) consideraron que existe un juego en el que "X" (paciente) reduce su actividad, participación, competencia, autonomía, e "Y" (cónyuge) lo compensa hiperactivándose. Esta visión simplificada y parcial de la dinámica se vuelve más compleja si se tiene en cuenta la circularidad de la interacción: "Y" y el resto del entorno social acrecientan sus espacios y su actividad, y "X" los reduce. Para el paciente depresivo su apuesta en esta dinámica parece ser la capacidad de constreñir a los otros a "hacerse cargo" de él sin condiciones; para los otros, la reserva de

aceptar sólo en parte y poder restituir lo antes posible esta delegación. Se trata de un problema circular de delegación y de reservas sobre la delegación, hecho posible por la ambigüedad de la depresión como enfermedad entre lo físico y lo psíquico, con un deprimido delegador y un aceptador compensador.

De acuerdo con Campo (2014), la conducta sintomática en la depresión forma parte, como cualquier otra conducta que es valorada dentro de su contexto, de una secuencia de interacciones reguladas por patrones redundantes de relación. Implica por ello un mensaje, aunque éste, sin embargo, no es reconocido como tal, en tanto la conducta sintomática presenta la peculiaridad de ser vivida por el sujeto como involuntaria. El hecho de que el contexto social participe y refrende esa valoración es lo que facilita la tendencia al enmascaramiento de su significado tanto para el paciente como para su cónyuge. Desde esta perspectiva sistémica, los síntomas depresivos implican a la vez poder y debilidad; por una parte, al no serles reconocida su condición de mensaje representan un poderoso inductor de conductas, y por otro, suponen un freno a las posibilidades del paciente y una disminución de su autoestima debido a que su autonomía queda mermada.

La aproximación sistémica de la pareja y la depresión propuesta por Jones y Asen (2000) considera que las relaciones cercanas son influyentes y están influenciadas por el paciente deprimido y por sus síntomas. Así, el cónyuge reacciona a los comportamientos depresivos del paciente y éste, a su vez, responde a la reacción de su cónyuge. De esta manera, se genera un sistema elaborado de retroalimentación que afecta tanto a los síntomas del paciente, como a los comportamientos y actitudes del cónyuge.

Estructurada de forma interaccional, la depresión puede ser interpretada como un proceso cíclico; un nuevo acontecimiento obliga a la persona a adaptarse. Los factores intrapsíquicos e interpersonales, así como los factores contextuales, conllevan a algunas con menos capacidad de adaptación a empezar a manifestar síntomas depresivos. Éstos, a su vez, actuarán como estresores a los que el cónyuge y la familia van a responder con distinto grado de tolerancia. Los síntomas depresivos pueden incrementar cuando el cónyuge u otros familiares prestan una especial atención a lo que pueden percibir como comportamientos negativos de la persona depresiva. La consiguiente interacción del cónyuge puede afectar, con

posterioridad, a la evolución de la depresión. El objetivo de los terapeutas relacionales es interrumpir estos ciclos interactivos con el propósito de modificar los comportamientos del paciente y de la pareja o familia, así como los significados que se le atribuyen a la depresión (Jones & Asen, 2000).

En la perspectiva sistémica de Linares y Campo (2000) se describen los patrones relacionales de la depresión mayor y de la distimia, aunque debido al interés de nuestra investigación, nos centraremos en particular en la depresión mayor. Desde su enfoque, existen unos criterios básicos con los que abordar los fenómenos depresivos: la parentalidad (funciones parentales) y la conyugalidad (funciones conyugales), ejercidas en la familia de origen por los padres con los hijos en el primer caso y por los padres entre sí en el segundo caso.

Estos autores conciben como parentalidad la plasmación de la nutrición relacional en el contexto relacional paterno-filial: un conjunto de funciones que incluyen la sociabilización, necesaria para asegurar la viabilidad del hijo o de la hija en su entorno, así como el reconocimiento, la valoración y el cariño, imprescindibles para garantizar su consolidación como individuo. Las funciones conyugales, en cambio, están exentas del componente de sociabilizador y se basan en una oferta relacional que, al reconocimiento, la valoración y el cariño, se le añade el deseo.

Las funciones de parentalidad y de conyugalidad son esenciales para la adecuada nutrición relacional de los miembros de la pareja y de sus hijos. La nutrición relacional en las relaciones paterno-filiales es un fenómeno comunicacional formado por distintos componentes, los cuales, si faltan, ponen en peligro la integridad del conjunto. Para sentirse querido por sus padres, un hijo debe sentirse reconocido, valorado y sociabilizado. Por tanto, en el caso de la depresión mayor, si existe un déficit en la nutrición relacional, se produce a expensas de la valoración, mientras que las demás funciones parentales pueden estar preservadas.

En la familia de origen del depresivo mayor, la atmósfera relacional está definida por una conyugalidad armoniosa y una parentalidad primariamente deteriorada. Es decir, los padres de la persona depresiva suelen constituir una pareja razonablemente bien avenida que, en cambio, trata al hijo, futuro paciente, de forma inadecuada. Los futuros pacientes deprimidos son hijos hiper-socializados,



sometidos a un alto grado de exigencia y de responsabilidad, pero que en cambio, no reciben valoración ni reconocimiento, ya que dichas funciones relacionales están supeditadas a unas expectativas normativas inaccesibles. Los pacientes depresivos suelen presentar recuerdos de desprotección, de ausencia de gestos positivos y de alta exigencia. El clima familiar está definido por valores y creencias asumidos rígidamente, que encierran un culto a las apariencias, a lo que “está bien” y “debe ser” (nivel cognitivo), por rituales rígidos de obligado cumplimiento (nivel pragmático), y por un clima frío y distante (nivel emocional) (Linares & Campo, 2000).

En base a estas características de la familia de origen del paciente depresivo, la conyugalidad es para éste un espacio relacional altamente significativo. En la pareja, el paciente depresivo buscará una figura nutricia con la que compensar la desnutrición relacional que tuvo en su familia de origen, hecho que no siempre ocurre. En ese caso, es probable que se produzca un segundo desengaño, en cuya situación harán irrupción los síntomas depresivos, cargados de desesperanza y rencor, aunque también de culpabilidad. La relación de pareja evolucionará hacia una situación que reflejará los rasgos que presidieron su constitución. Por un lado, un cónyuge responsable y eficaz, que en cambio, se muestra incapaz de proporcionar la nutrición relacional que el paciente necesita, y por el otro, un paciente cada vez más empobrecido por los síntomas.

En este contexto, se produce un desajuste de la jerarquía interna de la pareja. Según Linares y Campo (2000) en la depresión mayor predomina un patrón de complementariedad rígida, en la cual el cónyuge ocupa una posición superior o *up*, mientras que el paciente se hunde en los síntomas en una posición inferior o *down*. Van a prevalecer interacciones que se complementan en un encaje mutuo de posiciones desiguales *up/down*. La ausencia de alternancia y la polarización rígida de las expectativas en referencia a la relación que desea establecer la pareja produce conflictos (Campo, 2014). Los síntomas son para el paciente su único recurso para recuperar una cierta iniciativa relacional; los síntomas son el único terreno en el que las personas poderosas que rodean a la persona depresiva fracasan (Linares & Campo, 2000).

En este mismo marco de estudio, Brown (2002) consideró que las relaciones intrafamiliares, y más en concreto el desarrollo del apego, juega un papel importante en la aparición y el mantenimiento de la depresión. Para varios autores, la depresión y la insatisfacción conyugal son dos variables posiblemente relacionadas con la teoría del apego (Denton & Burwell, 2006; Tilden, Gude, Hoffart, & Sexton, 2010; Stith et al., 2000).

Denton y Burwell (2006) encontraron que los pacientes depresivos presentaban temores de abandono y temores en relación al apego. En concreto, tenían miedo respecto a la posibilidad de que la depresión generara un efecto de rechazo en sus cónyuges de forma que éstos quisieran terminar la relación. Esto conllevaba a actitudes de sobreprotección o de retirada, teniendo ambas una clara influencia en el apego, en un ciclo de interacciones de demanda y retirada. Tilden et al. (2010) consideraron que propiciar apoyo, ayudando a la pareja a crear pautas de interacción más positivas y seguras, podía beneficiar al estilo de vinculación entre sus miembros.

En definitiva, hemos expuesto un conjunto de teorías que comparten la concepción de una relación bidireccional y dinámica entre la depresión y las dificultades relacionales en la pareja, la importancia del contexto en el que se producen los síntomas y la función del comportamiento depresivo en la relación. Por estas razones se presentan a continuación investigaciones sobre el tratamiento en pareja para la depresión desde el modelo sistémico.

### **2.3 Investigación en terapia de pareja desde el modelo sistémico y depresión**

La mayoría de investigaciones coinciden en que más allá de las causas biológicas y los procesos cognitivos, las variables interpersonales juegan un papel relevante en el origen y el mantenimiento de la depresión. Por lo tanto, apuntan a la necesidad de entender cómo los factores interpersonales influyen en su aparición y desarrollo (Hollon & Ponniah, 2010; Linares & Campo, 2000; Olfson et al., 2002; Rehman et al., 2008). En concreto, la relación entre la depresión y la dinámica relacional de la pareja ha sido objeto de estudio y una base de sustancial de la investigación empírica sugiere que existe una relación entre los síntomas depresivos y los problemas de pareja (Coyne et al., 2002; Hooley, 2007; Pettit & Joiner, 2006; Whisman et al., 2012). Estas son algunas de las razones por las que incluir a los dos

miembros de la pareja en un proceso terapéutico para la depresión, incluso cuando no se detectan específicamente problemas conyugales (Seikkula et al., 2013).

Diversos enfoques han planteado la importancia de la terapia de pareja para el tratamiento de la depresión. Así pues, a modo de ejemplo, destacamos algunos de los estudios del enfoque psicoanalítico (Castellví, 1994; Goldklank, 2009; Lemaire, 1998; Maina, Forner, & Bogetto, 2005), el interpersonal (Foley, Rounsaville, Weissman, Sholomskas, & Chevron, 1989), el cognitivo-conductual (Jacobson, Christensen, Prince, Cordova, & Elridge, 2000), el cognitivo-sistémico (Teichman, Bar-el, Shor, Sirota, & Elizur, 1995), el humanista (Dessaulles, Johnson, & Denton, 2003) y el sistémico (Caillé, 1992; Jones & Asen, 2000; Linares & Campo, 2000).

Todos estos enfoques en terapia de pareja han reportado que esta modalidad de intervención es tan efectiva como la terapia individual para tratar la depresión, y que además, la terapia de pareja contribuye a incrementar la satisfacción conyugal (Beach & Gupta, 2003; Whisman & Uebelacker, 2009). A través de todos estos estudios, se ha propugnado la continuidad de seguir desarrollando intervenciones basadas en la pareja para el tratamiento de la depresión (Cordova & Gee, 2001; Coyne & Benazon, 2001; Kung, 2000).

Pinsof y Wynne (2000) evidenciaron que la investigación cuantitativa existente sobre la terapia de pareja para la depresión tiene un impacto pequeño en la práctica clínica de los terapeutas, y es por esta razón que se considera importante realizar investigaciones con métodos cualitativos. De acuerdo con Rautiainen y Aaltonen (2010) y Seikkula et al. (2013) los estudios cualitativos permiten la obtención de un panorama más detallado de lo que sucede en las sesiones de terapia.

Se ha observado que la terapia de pareja disminuye los síntomas depresivos en el mismo grado que la terapia individual (Denton, Golden, & Walsh, 2003) o los fármacos antidepresivos (Leff et al., 2000). Además de la reducción de la sintomatología, la terapia de pareja parece mejorar el funcionamiento de la relación (Barbato & D'Avanzo, 2008; Tilden et al., 2010) lo que puede ser un factor de prevención para futuras recaídas del individuo con depresión (Cohen et al., 2014). En efecto, la terapia de pareja permite poner en relieve las dinámicas relacionales que desencadenan y/o mantienen los síntomas depresivos. Este tipo de terapia tiene un

doble objetivo, primero, modificar los patrones negativos de interacción, y segundo, aumentar los aspectos de apoyo mutuo de la relación de pareja, cambiando así el contexto interpersonal vinculado a la depresión (Barbato & D'Avanzo, 2008).

Como resultado, la terapia de pareja ha sido considerada útil para los pacientes con depresión por tres motivos principales. En primer lugar, existe una sólida asociación entre los síntomas depresivos y el desajuste diádico. Es decir, la depresión y los conflictos de pareja coocurren a lo largo del tiempo, una relación de pareja problemática puede predecir y potencialmente causar y agravar la sintomatología depresiva (Barbato & D'Avanzo, 2008; Cohen, O'Leary, & Foran, 2010; Kendler, Gardner, & Prescott, 2006). En segundo lugar, estudios longitudinales demuestran que ciertas variables relacionales de la pareja, como la crítica al cónyuge, son factores de estrés que intervienen en la causalidad de los trastornos depresivos (Davila, Karney, Hall, & Bradbury, 2003; Whitton, Stanley, Markman, & Baucom, 2008). Y en tercer lugar, una relación cercana y de apoyo con el cónyuge para buscar estrategias en la resolución de conflictos puede tener un efecto amortiguador sobre los síntomas depresivos, facilitando así la recuperación (Whisman, 2001; Whisman & Uebelacker, 2009).

En referencia a los estudios longitudinales, se han interesado en la conflictiva conyugal como variable que predispone y está asociada con la depresión. Beach, Katz, Kim y Brody (2003) y Whisman y Uebelacker (2009) detectaron que una elevada conflictiva conyugal predice un incremento en los síntomas depresivos, así como Davila et al. (2003) y Whitton et al. (2008) demostraron que la conflictiva conyugal y los síntomas depresivos covarían a lo largo del tiempo en estudios longitudinales intra-sujetos. Todos estos estudios apoyaron una asociación bidireccional entre la discordia conyugal y los síntomas depresivos.

También se han llevado a cabo tres meta-análisis que demuestran un patrón consistente entre la discordia marital, la gravedad del curso de la depresión y la eficacia de la terapia de pareja (Barbato & D'Avanzo, 2008; Whisman, 2001; Whisman, Johnson, Be, & Li, 2012).

Whisman (2001) realizó una meta-análisis a través de 26 estudios que evaluaban la interacción entre la discordia conyugal y los síntomas depresivos y

encontró un tamaño del efecto ponderado de .42 para mujeres y .27 para hombres. Además, la discordia conyugal presentó una covarianza con la depresión. Se identificaron 10 estudios en los que se evaluaba el ajuste diádico en una muestra clínica de individuos diagnosticados de depresión en comparación con individuos sin diagnóstico, y se detectó un tamaño del efecto ponderado de .66 entre la discordia conyugal y la depresión.

Barbato y D'Avanzo (2008) llevaron a cabo un meta-análisis a través de 8 estudios de terapia de pareja para la depresión que incluía 567 sujetos tratados en contextos ambulatorios. Aunque no todos los estudios incluidos en la meta-análisis describieron el tratamiento en detalle y en ninguno de ellos se proporcionó una evaluación de la adherencia al tratamiento, fueron considerados de distintas orientaciones, como por ejemplo de terapia cognitivo-conductual, terapia interpersonal, terapia centrada en las emociones o terapia sistémica. En tres de estos estudios se incluyeron parejas en que uno de los cónyuges tenía un diagnóstico de depresión y en los otros cinco estudios ambos miembros de la pareja presentaban este diagnóstico.

El principal resultado de esta meta-análisis fue que no se encontraron diferencias significativas entre la terapia de pareja y la psicoterapia individual en el tratamiento de la depresión, aunque la terapia de pareja fue más eficaz para la depresión versus ningún tratamiento. En cambio, la terapia de pareja resultó más eficaz en la reducción de la discordia conyugal respecto a la terapia individual ( $d = -.60$ ). Debido a la mejoría en el ajuste diádico generado a través de la terapia de pareja, al menos en las parejas que presentaban discordia conyugal, se justifica la elección de esta modalidad de terapia cuando la pareja presenta problemas relacionales o cuando se pretende garantizar la calidad de sus relaciones (Barbato & D'Avanzo, 2008).

Por último, Whisman et al. (2012) revisaron las investigaciones existentes sobre las intervenciones en pareja para la depresión, incluyendo aquellas específicamente desarrolladas para parejas que experimentaban depresión asociada con discordia conyugal, así como aquellas otras desarrolladas para parejas que no necesariamente presentaban discordia conyugal. Se comparó la eficacia de distintos enfoques de tratamiento en la modalidad de terapia de pareja, como la terapia breve,

cognitiva, conductual, centrada en las emociones o la sistémica. En términos generales, los resultados indicaron que, en comparación con la terapia psicofarmacológica o la psicoterapia individual, la terapia de pareja fue igualmente efectiva para la depresión. Además, las intervenciones basadas en incluir a ambos miembros de la pareja eran significativamente más efectivas para aliviar la discordia conyugal, en comparación con los grupos en lista de espera y la psicoterapia individual. La terapia de pareja fue efectiva en la reducción de la sintomatología y de la discordia conyugal en aquellos casos que presentaban problemas interpersonales, así como fue útil también en la reducción de los síntomas en las parejas que no presentaban problemas relacionales.

En esta meta-análisis se puso de manifiesto que incluso las parejas que no experimentaban conflictiva conyugal, su recuperación a largo plazo estaba mediada por la importancia de las interacciones interpersonales. Se señaló que las investigaciones revisadas se habían centrado en entender cómo se reduce la depresión y habían tomado como premisa que la relación de pareja funcional genera cambios en la depresión (Atkins et al., 2009; Beach et al., 2003). Desde este punto de partida, Whisman et al. (2012) comentaron que gran parte de la investigación realizada sobre los procesos de cambio en terapia de pareja se ha centrado en el grado en que una intervención terapéutica mejora la depresión a través de la mejora de la discordia conyugal. Sin embargo, en futuras investigaciones sería interesante investigar los procesos de cambio de pacientes depresivos tratados en terapia de pareja para así profundizar en mediadores responsables del cambio terapéutico (Kazdin, 2007).

Como sugiere Seikkula et al. (2013) el principal desafío radica en ayudar a las parejas que presentan problemas tanto a nivel individual como relacional. Snyder y Whisman (2004) destacan que los terapeutas en estos casos deberían prestar atención a las diferencias en cuanto a la urgencia de las cuestiones individuales y relacionales, así como a la forma en que estos distintos problemas cambian durante la terapia. Para estos autores, la terapia de pareja puede ser una alternativa viable a la terapia individual cuando la persona depresiva no responde favorablemente a este último tipo de tratamiento.

Cuando uno de los miembros de la pareja está depresivo, uno de los objetivos de la terapia de pareja puede ser desarrollar un fuerte sentido de proactividad en ambos cónyuges. Dentro del marco de la terapia narrativa, White y Epston (1990) consideran la terapia de pareja como una oportunidad para que el terapeuta y el cónyuge se conviertan en la audiencia de la narrativa de la persona depresiva. Además, en el caso del cónyuge, puede ser considerada una persona que comparte y co-construye la narrativa de la persona depresiva. Si el cónyuge del paciente con depresión está presente, la descripción de la vida puede devenir más comprensible y más compleja, y de este modo, puede permitir a la pareja la adopción de un sentido más fuerte de proactividad, a través del descubrimiento de nuevas perspectivas sobre su situación así como nuevas formas de actuar en ellas (Rautiainen & Aaltonen, 2010; Kuhlman et al., 2013; White & Epston, 1990).

El patrón de comunicación asimétrico ha sido identificado en las parejas con un miembro depresivo (Coyne & Benazon, 2001; Rehman et al., 2008). Denton y Burleson (2007) consideraron que un patrón de comunicación característico de estas parejas es aquél en que uno de los cónyuges expresa su insatisfacción respecto a la relación de pareja e intenta discutir sus problemas, mientras que el otro cónyuge intenta evitar estas discusiones, siendo éste un patrón de iniciativa y evitación. Según estos autores, el estilo iniciador se define como el grado en que un miembro de la pareja expone a su cónyuge su insatisfacción respecto a la relación de pareja. Este patrón de interacción frecuentemente deriva en insatisfacción conyugal en las parejas con un miembro depresivo cuando son comparadas con parejas sin un miembro depresivo, lo que puede conllevar un mal pronóstico de la depresión (Johnson & Jacob, 2000).

Recientemente, Cluxton-Keller, Priest y Denton (2015) exploraron cómo el estilo iniciador en 54 parejas interactuaba con su insatisfacción conyugal para predecir la sintomatología depresiva. Observaron que los patrones de comunicación en la interacción de las parejas estuvieron influenciados por las creencias de cada miembro acerca de la iniciativa y/o evitación de la discusión de los problemas conyugales. En este estudio, las parejas fueron agrupadas en tres categorías en función de su estilo iniciador (iniciador-iniciador, evitativo-evitativo e iniciador-

evitativo). Los resultados mostraron que estas tres categorías interactuaron con la insatisfacción conyugal para predecir la sintomatología depresiva.

En términos generales, se encontró que los pacientes de las parejas con un estilo iniciador-evitativo presentaban síntomas menos severos en comparación con los pacientes de las parejas con los otros dos estilos de iniciación. Los pacientes de las parejas con un estilo iniciador-evitativo también reportaron una mejor satisfacción conyugal que los pacientes de las otras dos categorías. Debido a que los pacientes de las parejas de estilo iniciador-evitativo parecían tener más control sobre su tristeza, tenía sentido que reportaran una mayor satisfacción en su relación de pareja que aquellos otros con menos control. Las parejas con un estilo iniciador-evitativo desarrollan un mayor sentido de la claridad de los roles; la persona evitativa ha aprendido que su cónyuge iniciador tomará la iniciativa en la discusión sobre los problemas.

En contraste, los pacientes de las parejas con los otros estilos iniciadores, los cuales suelen presentar una depresión más severa, una tristeza incontrolable y una mayor ambivalencia en los roles, podían tener más probabilidades de presentar interacciones aversivas con sus parejas, lo que resultaba en una mayor insatisfacción conyugal (Cluxton-Keller et al., 2015; Roberts, 2000). Dado que las parejas discordantes tienen peores resultados para la depresión si la conflictiva conyugal no se aborda en terapia de pareja (Whisman, 2001), la mejora de las habilidades comunicativas entre la pareja es una vía para reducir la discordia conyugal y mejorar así su satisfacción. Según Cluxton-Keller et al. (2015) para las parejas que presentan discordia conyugal es importante que los terapeutas contribuyan al trabajo de las habilidades de expresión emocional y de resolución de conflictos, para reducir la desvinculación entre los cónyuges (Beach et al., 1990; Denton & Burlison, 2007). La evidencia empírica sugiere que los modelos de terapia de pareja conductuales, interpersonales y sistémicos son efectivos en la mejora de la comunicación y en la reducción de la depresión (Beach & O'Leary, 1992; Bodenmann et al., 2008; Leff et al., 2000).

Las terapias psicológicas que originan diversos estudios de eficacia de la terapia de pareja para la depresión provienen del enfoque cognitivo (Teichman, Bar-El, Shor, Sirota, & Elizur, 1995), conductual (Emanuel-Zuurveen & Emmelkamp,



1996) y cognitivo-conductual (Beach & O'Leary, 1992; Jacobson et al., 1991). Entre otros tipos de terapia se encuentran la psicoterapia interpersonal (Foley et al., 1989), la terapia centrada en las emociones (Dessaulles et al., 2003), la terapia breve (Cohen, O'Leary, & Foran, 2010) y la terapia sistémica (Denton & Burwell, 2006; Reibstein & Sherbersky, 2012).

Progresivamente ha aumentado el interés por demostrar la eficacia del modelo sistémico y su contribución en el estudio de la depresión. Un estudio que demuestra la eficacia de la terapia de pareja desde el modelo sistémico en la depresión es el Ensayo de Intervención en la Depresión (ELID) realizado por Leff et al. (2000). En el ELID se compararon tres tipos de terapias aplicadas a la depresión: Terapia Cognitiva Individual (TCI), Terapia Sistémica de Pareja (TSP) y tratamiento con fármacos antidepresivos. Todas las condiciones de tratamiento disponían de un protocolo en el que se definía el abordaje terapéutico.

En el ELID, los pacientes diagnosticados de depresión fueron aleatoriamente asignados a una de las tres modalidades de tratamiento, aunque la condición de TCI fue suspendida en las etapas iniciales por una alta tasa de abandono. De este modo, se acabó estableciendo una comparación entre la terapia farmacológica y la TSP a través de 88 participantes que cumplían los criterios de inclusión. Respecto al tratamiento con fármacos antidepresivos, la TSP mostró una notable disminución de los síntomas depresivos al finalizar el tratamiento y al cabo de dos años de seguimiento, así como una menor tasa de abandono y un coste económico no superior al que suponía el tratamiento con psicofármacos (Leff et al., 2000).

Jones y Asen (2000) redactaron el manual para la condición de tratamiento de la Terapia Sistémica de Pareja desarrollada en el ELID. La finalidad del abordaje terapéutico era ayudar a los dos miembros de la pareja a reajustar su patrón de interacción, de forma que pudieran encontrar nuevas perspectivas y significados a sus problemas. Postularon que los síntomas actuales se mantenían por el contexto relacional en que se producían. Partían de la premisa que un cambio en la interacción podía influir en la reducción de la sintomatología. Estos autores consideraban el abordaje del significado interpersonal de la depresión. Desde el punto de vista sistémico, el comportamiento de una persona está en constante interacción con el comportamiento de su sistema de pertenencia, los cambios en el nivel de significado

se entrelazan entre los miembros del sistema, y por tanto, el cambio en un miembro afecta inevitablemente a todos los demás miembros a través de una causalidad circular. Así pues, el terapeuta tiene que intentar descubrir, conjuntamente con la pareja, qué recursos tiene para encontrar nuevos patrones de interacción que no incluyan los síntomas ni sus comportamientos asociados.

En el estudio de tres casos de Rautiainen y Aaltonen (2010) utilizaron el manual de intervención de la Terapia Sistémica de Pareja de Jones y Asen (2000) para desarrollar un estudio en el tratamiento de la depresión con una muestra ambulatoria de pacientes. Se investigó las formas en que las parejas co-construían las narrativas de la depresión en fases iniciales del proceso terapéutico. Según sus resultados, en terapia de pareja para la depresión es crucial no sólo focalizarse en (a) la narrativa individual del paciente que sufre depresión, sino también en (b) la narrativa del paciente depresivo como una parte interactiva de la narrativa de su cónyuge, y en (c) la narrativa compartida y creada por ambos miembros de la pareja de manera conjunta. La participación del cónyuge sirvió para dar soporte o bien para contradecir la narrativa del paciente depresivo. Esto supone un reto para los terapeutas, al intentar encontrar estrategias adecuadas que contribuyan a construir una nueva narrativa compartida por ambos miembros de la pareja (White & Epston, 1993).

Por un lado, si la narrativa de la persona depresiva se ve reforzada por la narrativa de su cónyuge, los terapeutas deberían focalizarse principalmente en la narrativa del paciente diagnosticado y en la depresión. Aunque en estos casos, la incorporación del cónyuge sigue siendo útil por varias razones: (a) La terapia puede facilitar estrategias a la persona sin depresión que le permitan afrontar las situaciones difíciles relacionadas con la depresión en las que también se ve implicado; (b) contribuye a fortalecer la relación entre los cónyuges; (c) permite a los terapeutas percibir los aspectos interaccionales en los que la depresión afecta a la relación de pareja y viceversa; y (d) ayuda al cónyuge sin depresión a crear una nueva narrativa que brinde apoyo al paciente (Jones & Asen, 2000; Rautiainen & Aaltonen, 2010). Esta forma de trabajar incorpora al cónyuge como una figura de apoyo en la terapia de pareja para la depresión (Cordova & Gee, 2001).

Por otro lado, si la narrativa de la persona depresiva es cuestionada o contradicha por la narrativa de su cónyuge, la terapia de pareja es una elección de tratamiento recomendada debido a la posible conexión entre la depresión y los problemas conyugales. En estos casos, la terapia de pareja puede tanto incrementar la satisfacción conyugal como disminuir la sintomatología depresiva (Beach & O'Leary, 1992). Esto puede suponer todo un reto para el terapeuta, quien debe gestionar la depresión y los problemas conyugales simultáneamente (Beach & Gupta, 2003; Whisman & Uebelacker, 2003).

Cuando la narrativa de cada miembro de la pareja enriquece la narrativa del otro, ambos presentan una relación activa con la depresión en sus historias. La involucración del cónyuge de la persona depresiva puede aportar información nueva y útil para trabajar en el proceso de la terapia. Mientras escucha a su pareja, la persona que sufre depresión puede encontrar nuevas perspectivas distintas a su punto de vista pesimista sobre las situaciones. En la terapia, es posible co-construir una narrativa sobre la depresión y elaborarla conjuntamente con la pareja, ayudando así a ambos miembros de la pareja a adquirir un mayor sentido de proactividad en su difícil situación (Holma & Aaltonen, 1997; White & Epston, 1993). Alentar el apoyo mutuo entre los miembros de la pareja es un elemento esencial en la terapia de pareja para la depresión (Kung, 2000; Rautiainen & Aaltonen, 2010).

Recientemente, Montesano et al. (2014) realizaron un estudio de caso único sobre el efecto de la Terapia de Sistémica de Pareja para la distimia utilizando como referencia el manual de intervención de Jones y Asen (2000). El estudio presentó una evidencia empírica de la eficacia de la Terapia Sistémica de Pareja para la distimia tanto en la reducción de la sintomatología como en la mejora de la satisfacción conyugal, al ser ésta última considerada una variable mediadora en la reducción de la depresión. Estos resultados fueron consistentes con los hallazgos previos en terapia de pareja para la depresión (Barbato & D'Avanzo, 2008).

Este estudio de caso permitió profundizar en los patrones de interacción de la pareja que estaban manteniendo la sintomatología y detectar factores comunicacionales básicos para manejar los conflictos de manera más funcional. Al inicio de la terapia, las percepciones dispares de los miembros de la pareja sobre la naturaleza del problema quedaban cristalizadas en un patrón de interacción

disfuncional. Como resultado, la intervención basada en ampliar el foco de atención y replantear no sólo el problema, sino también las estrategias de resolución en términos relacionales, incrementó la capacidad de la pareja para trabajar conjuntamente en la mejora de su situación. Esencialmente, la modificación del patrón de interacción entre los miembros de la pareja para que ambos puedan afrontar los problemas conjuntamente es un elemento crucial en el progreso de la terapia (Montesano et al., 2014).

De acuerdo con Jones y Asen (2000) en este estudio de caso los síntomas funcionaban como mecanismo de balance de poder de la pareja y las intervenciones de los terapeutas para reequilibrar ese patrón de interacción fueron definidas. Centrarse en la relación y contextualizar los problemas presentados en la interacción de la pareja constituyeron los principales mecanismos de cambio. Los resultados de Montesano et al. (2014) coincidieron con otros estudios de terapia de pareja para la depresión que mostraron la utilidad de atender el funcionamiento relacional para mejorar la satisfacción conyugal, desarrollar un apoyo positivo entre los cónyuges y aumentar la tasa de recuperación en parejas en que hay un miembro diagnosticado de depresión (Cohen et al., 2010).

Seikkula et al. (2013) evaluaron la eficacia de la Terapia de Pareja Sistémica basada en el manual de Jones y Asen (2000) para la depresión en comparación con un grupo control (*"treatment-as-usual"*). Un total de 51 pacientes moderada o gravemente deprimidos, los cuales presentaban o no conflictiva conyugal, fueron asignados aleatoriamente a una de estas dos modalidades de tratamiento. En la modalidad de la Terapia Sistémica de Pareja se puso un foco especial de atención en los diálogos y las narrativas, incluyendo también concepciones de la terapia narrativa (White & Epston, 1993), la terapia colaborativa (Anderson & Goolishian, 1992) y la terapia dialógica (Seikkula & Arnkil, 2006; Seikkula & Trimble, 2005).

En comparación con el grupo control, Seikkula et al. (2013) detectaron diferencias significativas a favor de la Terapia Sistémica de Pareja en términos de mejora en los síntomas depresivos y en los niveles de salud mental general hasta los dos años de seguimiento. Además, los pacientes que realizaron la Terapia Sistémica de Pareja necesitaron menos sesiones que los pacientes que formaron parte del grupo control. Un resultado inesperado fue que no existieron diferencias significativas en la

satisfacción conyugal entre ambas modalidades de tratamiento. Esto pudo ser debido a que no se asumía que las parejas del estudio tuvieran que presentar desajuste diádico, y por tanto, los investigadores no tuvieron expectativas específicas sobre posibles cambios en la satisfacción diádica.

Los autores consideraron que la terapia de pareja debería ser la modalidad escogida de tratamiento para pacientes con depresión moderada o severa, siempre y cuando se logre llegar a un acuerdo con la pareja en referencia a realizar una terapia conjunta. Un elemento básico en el proceso terapéutico es la creación de un lenguaje nuevo compartido por los miembros de la pareja para dar significado a las experiencias que en la actualidad son manifestadas a través de los síntomas, los conflictos conyugales o las conductas problemáticas (Rautiainen & Aaltonen, 2010; Seikkula et al., 2013; Seikkula & Trimble, 2005).

En base a lo expuesto, se ha realizado una revisión de las investigaciones que evalúan la eficacia de la terapia de pareja en el tratamiento de la depresión enmarcadas en el modelo sistémico, tanto en términos de mejora sintomatológica como de la satisfacción conyugal. Como sugieren varios autores, los futuros ensayos clínicos deberían focalizar su atención en la contribución de los factores comunes en psicoterapia, como la alianza terapéutica, en la eficacia de la terapia de pareja para la depresión (Barber et al., 2000; Carr, 2014). Consideramos que la alianza terapéutica en el trabajo con parejas tiene unas características únicas que deben ser contempladas en el tratamiento de la depresión. Sin embargo, existen pocos estudios en este ámbito que, como la presente tesis doctoral, contribuyan a mejorar su eficacia terapéutica.

### **3. Modelo SOATIF: Sistema para la Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar**

---

3.1 Conceptualización y desarrollo del Modelo SOATIF

3.2 Dimensiones de la alianza terapéutica según el Modelo SOATIF

3.2.1 Enganche en el proceso terapéutico

3.2.2 Conexión Emocional con el terapeuta

3.2.3 Seguridad dentro del sistema terapéutico

3.2.4 Sentido de Compartir el Propósito de la terapia en la familia



### **3. MODELO SOATIF: Sistema para la Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar**

---

#### **3.1 Conceptualización y desarrollo del Modelo SOATIF**

El Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF; Friedlander et al., 2006, 2009) es un modelo multidimensional para evaluar la fortaleza de la alianza terapéutica en el contexto de la terapia de pareja y de familia. Está formado por un conjunto de herramientas, que incluye un sistema de observación aplicable a sesiones grabadas en vídeo (SOATIF-o; Escudero, Friedlander, & Deihl, 2004; Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2001) y un autoinforme para los participantes en una sesión (SOATIF-s; Friedlander & Escudero, 2002).

Sobre la base de los fundamentos teóricos y de la relevancia que la investigación ha otorgado al concepto de alianza terapéutica, un grupo de trabajo compuesto por investigadores de España y Estados Unidos desarrollaron este modelo de evaluación de la alianza terapéutica, el cual incluía específicamente las características diferenciales de la terapia sistémica con parejas y familias pero, a la vez, integraba las características comunes a cualquier modalidad de psicoterapia que fueron definidas por Bordin (1979). El SOATIF ha sido utilizado con fiabilidad en la investigación de procesos en la terapia familiar conjunta y también ha mostrado utilidad para el entrenamiento y la supervisión de terapeutas familiares en sus comienzos profesionales (Beck, Friedlander, & Escudero, 2006; Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008; Friedlander, Lambert, Escudero, & Cragun, 2008a; Muñoz et al., 2009). Dicho modelo e instrumentos de evaluación que lo componen se han desarrollado simultáneamente en español e inglés (Friedlander et al., 2006, 2009).

Las tres directrices que guiaron la creación del SOATIF fueron: (1) La aplicabilidad trans-teórica de la alianza terapéutica, de forma que el modelo teórico y los instrumentos de evaluación reflejasen la alianza como factor común de la psicoterapia y no como específico de un enfoque terapéutico particular. Así, se seleccionaron una serie de descriptores que fueran representativos para cualquier terapeuta o tipo de terapia; (2) la importancia de las conductas del cliente, dando protagonismo a los indicadores conductuales que en el transcurso de una sesión de terapia reflejan aspectos positivos y negativos de la alianza, especialmente a lo



concerniente a las alianzas intrasistema reflejadas en interacciones entre los miembros de la familia o de la pareja (Pinsof, 1994); (3) la superposición conceptual y empírica entre metas y tareas de la terapia que se había encontrado en la investigación previa (Horvath & Bedi, 2002), de manera que una sola dimensión integrase aspectos relacionados con las tareas y las metas de la terapia.

Las escalas observacionales de la alianza en terapia individual no se podrían adaptar a la terapia familiar debido a que la presencia de varios miembros de la familia hace diferente esta modalidad de tratamiento en varios aspectos. Como en el contexto de terapia individual, en la terapia de pareja o familiar es necesario que los pacientes estén implicados en el proceso terapéutico y establezcan un vínculo emocional con el terapeuta (Pinsof & Catherall, 1986; Rait, 2000). Sin embargo, este formato conjunto de terapia también requiere que los miembros de la pareja o de la familia estén dispuestos a trabajar en colaboración entre ellos y sean capaces de tomar riesgos en presencia de los demás (Pinsof, 1994). Además, la investigación previa sugiere que el resultado de la terapia se ve comprometido cuando existen percepciones discrepantes de la alianza entre los miembros de la pareja o de la familia (Knobloch-Fedders et al., 2007; Symonds & Horvath, 2004).

Así pues, a diferencia de otros sistemas observacionales de evaluación de las conductas relacionadas con la alianza terapéutica, el sistema SOATIF (Friedlander et al., 2006, 2009) fue específicamente creado para ser aplicado en el contexto de la terapia de pareja y de familia.

Paralelamente, existen medidas de autoinforme de la alianza terapéutica en terapia familiar, como el *Family Therapy Alliance Scale* (FTAS; Pinsof & Catherall, 1986) o el *Working Alliance Inventory Couple* (WAI-Co; Symonds & Horvath, 2004), las cuales son útiles en la investigación debido a que proporcionan la percepción de cada miembro de la familia, es decir, su perspectiva interna sobre cómo está transcurriendo la terapia. Sin embargo, las medidas observacionales de la alianza terapéutica son especialmente útiles ya que reflejan el proceso clínico. Es decir, los terapeutas, del mismo modo que en las medidas observacionales, observan los comportamientos verbales y no verbales de los pacientes para valorar el estado de la alianza terapéutica a medida que se realiza el trabajo (Friedlander et al., 2006). Además, las medidas observacionales permiten un seguimiento a tiempo real de los cambios

producidos en el transcurso de la sesión, permitiendo así el estudio de cómo las alianzas están relacionadas con las intervenciones dentro de una sesión.

El proceso empírico de desarrollo y validación del SOATIF concluyó en un modelo de cuatro dimensiones que configuran en conjunto la alianza terapéutica: *Enganche en el proceso terapéutico*, *Conexión emocional con el terapeuta*, *Seguridad dentro del sistema terapéutico* y *Sentido de Compartir el Propósito de la terapia en la familia*. Cada una de estas dimensiones ofrece información específica sobre la fortaleza de la alianza terapéutica de un paciente, pareja o familia (Friedlander et al., 2009).

Las cuatro dimensiones están compuestas por un conjunto de indicadores conductuales positivos y negativos (verbales y no verbales), que ejemplifican las conductas de los pacientes (44 indicadores en total) y las contribuciones del terapeuta (43 indicadores en total) (ver Apéndice C y Apéndice D).

En concreto, la versión observacional del SOATIF (SOATIF-o; Friedlander et al., 2001) utilizada en esta investigación contiene la versión de los pacientes y la versión de los terapeutas. Por un lado, la versión de los pacientes contiene indicadores conductuales que reflejan sus pensamientos y sentimientos sobre la fortaleza de la alianza terapéutica, y por el otro, la versión de los terapeutas está formada por indicadores conductuales que refieren a sus contribuciones positivas o negativas a la alianza, es decir, a sus intervenciones que fortalecen o bien retraen la alianza terapéutica (Friedlander et al., 2006).

Dicho de otro modo, el SOATIF-o refleja el proceso de inferencia clínica; así como los terapeutas hacen inferencias sobre la fuerza de la alianza observando los comportamientos de los pacientes durante la sesión, el SOATIF-o es un método sistemático útil para entrenar y formar a terapeutas familiares a prestar atención a los comportamientos –propios y de los pacientes- y así estimar la fuerza de la alianza en base a múltiples dimensiones fundamentadas en comportamientos observados en la sesión (Escudero, Friedlander, & Heatherington, 2011).

Está diseñado para ser aplicado por evaluadores externos mientras observan una sesión de terapia de pareja grabada mediante el soporte informático llamado e-SOATIF ([www.softa-soatif.net](http://www.softa-soatif.net)). Con el e-SOATIF, la versión informatizada del SOATIF-o, el observador puede hacer anotaciones cualitativas, dispuestas automáticamente en orden

cronológico, para acompañar y explicar cada descriptor conductual cuando éste es detectado y señalado en la sesión analizada (Escudero et al., 2011). En el transcurso del análisis, los observadores pueden consultar el manual de entrenamiento en el que se detalla una definición operacional para todos los indicadores conductuales que conforman las dimensiones de la alianza terapéutica. La principal ventaja de esta versión informatizada es que proporciona una comparación directa de las estimaciones de dos o más evaluadores, y además, pueden guardarse registros cualitativos y compararlos entre usuarios.

Friedlander et al. (2006) destacan que los descriptores observacionales del SOATIF-o hacen referencia a conductas interactivas entre los miembros de la familia o pareja y el terapeuta, es decir, a conductas interpersonales. Por ello, remarcan la multidimensionalidad del modelo SOATIF por dos motivos: (1) En él están representados tanto el sistema del paciente como el sistema del terapeuta (Pinsof, 1994); y (2) los descriptores reflejan las cuatro dimensiones subyacentes al constructo de la alianza terapéutica.

Las cuatro dimensiones del SOATIF son conceptualmente interdependientes pero no excluyentes y por eso es esperable que estén moderadamente correlacionadas (Friedlander et al., 2009). Los autores consideran que la *Seguridad* en una sesión por parte de un miembro de la familia puede estar ligada a su *Conexión Emocional* con el terapeuta y a sentirse comprometido o *Enganchado en el proceso*. El grado en que todos los miembros de la familia colaboran activamente en la terapia se refleja en su *Sentido de Compartir el Propósito* del tratamiento. Cuando los miembros de una pareja o familia comparten recíprocamente el propósito por el cual se encuentran en la terapia y lo que esperan conseguir en ésta, probablemente sientan de forma individual un vínculo más fuerte con el terapeuta.

La dimensión de *Enganche en el proceso terapéutico* refleja el concepto definido por Bordin (1979, 1994) referente al acuerdo entre terapeuta y clientes en referencia a la colaboración en la definición de objetivos y metas de la terapia. Independientemente del modelo o de las técnicas concretas, se requiere que los pacientes acepten el tratamiento y colaboren activamente en él.

La dimensión de *Conexión Emocional con el terapeuta* refleja un componente clásico en la literatura sobre alianza que también fue definido por Bordin (1979), como es el vínculo emocional entre paciente y terapeuta. Esta dimensión es fundamental para establecer relaciones terapéuticas sólidas y para mantenerlas a lo largo de la terapia, especialmente cuando surgen los conflictos familiares o se experimentan dificultades en el proceso.

Las otras dos dimensiones del SOATIF, *Seguridad dentro del sistema terapéutico* y *Sentido de Compartir el Propósito de la terapia en la familia*, reflejan aspectos únicos y diferenciales del trabajo con parejas y familias.

La dimensión de *Seguridad dentro del sistema terapéutico* es conceptualizada como la necesaria creación de un contexto confortable para la apertura emocional y psicológica de cada miembro de la familia en presencia de los demás (Escudero, 2009). Por supuesto, la Seguridad es necesaria en cualquier modalidad de psicoterapia, aunque en la modalidad de terapia de pareja y familia tiene algunas características únicas (Friedlander et al., 2008). La terapia de pareja o familia conlleva más inseguridades para el paciente que la terapia individual. Cuando una pareja o familia acude a terapia, se expone a que determinados secretos o sucesos delicados puedan ser revelados. Por esta razón, esta dimensión es una precondition esencial desde el inicio de la terapia y es necesaria a lo largo de todo el proceso para establecer una relación terapéutica adecuada (Friedlander et al., 2009).

La otra dimensión específica del formato familiar, *Sentido de Compartir el Propósito de la terapia en la familia*, se refiere al concepto que Pinsof (1994) definió como alianza intrasistema, es decir, el trabajo en colaboración de la familia en terapia para mejorar su relación y conseguir objetivos comunes. Esta dimensión es tan fundamental que puede ser un mediador del resultado del tratamiento (Aznar, Pérez-Testor, Davins, Aramburu, & Salamero, 2014; Heatherington, Friedlander, & Greenberg, 2005; Mateu, 2016). Esta dimensión también resulta esencial debido a que los miembros de la pareja o de la familia no siempre valoran la terapia ni la relación con el terapeuta de la misma forma (Heatherington & Friedlander, 1990; Pinsof & Catherall, 1986).

Desde la conceptualización de la alianza de Friedlander et al. (2009) las cuatro dimensiones son relevantes para comprender las características únicas del trabajo con familias y parejas. La *Seguridad dentro del sistema terapéutico* y el *Sentido de Compartir el Propósito de la terapia*, como hemos mencionado, reflejan los procesos únicos del formato de terapia con más de un miembro, mientras que el *Enganche en el proceso terapéutico* y la *Conexión emocional con el terapeuta* son características comunes a todos los formatos de tratamiento (Bordin, 1994). Asimismo, los autores consideran que las cuatro dimensiones del SOATIF son procesos dinámicos que pueden fluctuar tanto durante el curso de una sesión como a lo largo del tratamiento.

### **3.2 Dimensiones de la alianza terapéutica según el Modelo SOATIF**

A continuación se exponen de un modo más detallado las cuatro dimensiones que configuran la alianza terapéutica según el modelo SOATIF, aportando una definición de cada una de ellas (ver Apéndice C y Apéndice D para conocer los ejemplos concretos de los indicadores conductuales positivos y negativos que las componen).

#### **3.2.1 Enganche en el proceso terapéutico**

Friedlander et al. (2005) definieron el *Enganche en el proceso terapéutico* del siguiente modo: “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. 8).

Esta dimensión refleja uno de los componentes clave del éxito en la terapia familiar, el cual se atribuye a la capacidad del terapeuta de involucrar e incluir a la familia en el tratamiento. La investigación sobre las percepciones de los pacientes acerca de la terapia familiar sugiere que el optimismo y el compromiso del terapeuta son aspectos cruciales del tratamiento efectivo (Beck, Friedlander, & Escudero, 2006). Este dato indica la necesidad de enfatizar el Enganche y el compromiso en el tratamiento para el logro de buenos resultados.

Los autores entienden esta dimensión como un factor inter-sistema que refleja dos componentes de la conceptualización clásica de la alianza según Bordin (1979, 1994). Debido a que la alianza en terapia familiar y de pareja implica la interacción de

múltiples alianzas que interactúan sistémicamente (Pinsof, 1994), es probable que el grado en que uno de los miembros esté enganchado en el tratamiento venga influenciado por cómo los demás estén percibiendo la terapia y su relación con el terapeuta. Dicho de otro modo, el grado en que uno de los miembros de la familia esté enganchado en la terapia y se sienta comfortable con el terapeuta tendrá un efecto en la disposición de los demás miembros a confiar en el terapeuta. Asimismo, la participación de un miembro en la terapia vendrá condicionada por el vínculo que haya entre todos los participantes y en su acuerdo acerca de la naturaleza de los problemas, objetivos y necesidad de la terapia. Por tanto, el *Enganche en el proceso terapéutico* está relacionado con la dimensión intrasistema de la alianza terapéutica, el *Sentido de compartir el propósito*.

A pesar de considerar la terapia como un contexto en que establecer acuerdos en cuanto a los objetivos y las metas terapéuticas, algunos miembros de la familia o pareja pueden percibir el proceso terapéutico como una amenaza más que como una oportunidad de producir cambios. En base a esta idea, el nivel motivacional inicial por parte de la familia o pareja es esencial para lograr un Enganche positivo. La motivación inicial puede estar relacionada, en cierto grado, con el tipo de demanda de los miembros.

Cuando uno de los dos miembros de la pareja es diagnosticado de depresión, es importante tener presentes varios aspectos en las fases iniciales de la terapia. A menudo, estos pacientes suelen ser derivados para una psicoterapia después de haber realizado diversos tratamientos psicofarmacológicos e incluso normalmente estos tratamientos están todavía en curso. El terapeuta debe establecer un contexto de cooperación con el responsable del caso en cuestión, y además el paciente tiene que comprender que la psicoterapia de pareja implica un cierto grado de colaboración y de compromiso diferente al establecido hasta ahora, por lo tanto se requiere que el paciente tenga una actitud activa hacia el proceso de terapia (Linares & Campo, 2000).

Con el objetivo de lograr el establecimiento de un Enganche positivo con los miembros de una familia o pareja, resulta esencial tener en cuenta el grado de motivación de los miembros y clarificar la demanda de la pareja en las primeras etapas del tratamiento. Según Escudero (2009) en las situaciones más óptimas se presenta una *demanda solícita*, cuando son los dos cónyuges quienes han llegado a la conclusión

conjunta de que puede ser útil recibir ayuda terapéutica. Ambas partes entienden que deben abordar o cambiar algo, y que por tanto, forman parte del problema y de la solución. Sin embargo, suele ser habitual que sea uno de los cónyuges quien formule la demanda, siendo ésta la persona que normalmente está más motivada y por tanto más proclive a tener una actitud colaborativa en terapia. Otra posibilidad es que sea el propio derivante quien haya considerado necesario que la pareja realice terapia. En estos casos se puede dar una situación adecuada, en la que el derivante se haya encargado de explicar en qué consiste la terapia de pareja y por qué lo cree conveniente, de manera que ambos cónyuges pueden estar de acuerdo con esta recomendación (Campo, 2014).

Sin embargo, existen otras dos demandas más desfavorables o con las que el terapeuta deberá prestar más atención, como son la *demanda demandante* o la *demanda visitante*. En la primera, un miembro de la pareja pide ayuda para el otro; éste reconoce que hay un problema pero el demandante no se percibe como parte implicada en la solución. En la segunda, la pareja viene a terapia por obligación, por una presión externa, no reconocen ninguna necesidad de ayuda y, en consecuencia, presentan una actitud pasiva en la terapia. Así pues, el terapeuta puede encontrarse con distintas formulaciones de la demanda que implicarán una mayor o menor colaboración por parte de los cónyuges (Escudero, 2009).

En el SOATIF-o se representan, mediante indicadores que reflejan conductas verbales y no verbales, tres aspectos conductuales de Enganche: 1) La participación del paciente a la hora de definir metas terapéuticas, esto es, colaboración activa y disponibilidad para sacar a la luz problemas para discutir en terapia, proponer soluciones y expresar resultados anticipados del tratamiento; 2) la participación del paciente en tareas terapéuticas específicas; y 3) la motivación para el cambio, esto es, que el paciente exprese un reconocimiento a las mejoras obtenidas, de los resultados positivos de las tareas para casa y de los esfuerzos hechos por otros miembros de la familia o pareja.

Las contribuciones del terapeuta consisten en estimular estos tres aspectos del Enganche del paciente: 1) Explicando cómo funciona la terapia, estimulando a los miembros para que definan metas y tareas terapéuticas; 2) involucrando a todos para que atiendan y participen en las sesiones; y 3) remarcando y amplificando cada pequeño cambio (Friedlander et al., 2009).

### ***3.2.2 Conexión Emocional con el terapeuta***

Friedlander et al. (2005) definieron la dimensión de *Conexión emocional con el terapeuta* como: “El cliente ve al terapeuta como una persona importante en su vida, casi como un miembro de su 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. 8).

Esta dimensión refleja la conceptualización clásica de la alianza terapéutica de Bordin (1979, 1994) con respecto a la existencia de un vínculo emocional positivo y de confianza entre el paciente y el terapeuta, pero estudiado desde la complejidad del contexto de la terapia familiar. El vínculo que establece el terapeuta con el cliente tiene un foco claro en el caso de la terapia individual, pero es multifocal y complejo en el caso del tratamiento de una familia. Ese vínculo tiene que ser fuerte con todos los miembros de la familia, no únicamente con los que acuden a todas las sesiones, sino también con miembros de la familia que tienen un rol más indirecto en el sistema terapéutico (Pinsof, 1994). Satir (1964) también consideraba esencial que los miembros de la familia sintieran apoyo y afectuosidad para tomar riesgos al inicio del proceso terapéutico. Del mismo modo, Whitaker (1999) afirmaba que el trabajo terapéutico no sería fructífero a menos que el terapeuta no fuera capaz de introducirse en la familia y ganarse su confianza.

Asimismo, Minuchin (1982) realizó un gran número de aportaciones acerca de las formas específicas de unirse a un sistema familiar antes de empezar a reestructurar las fronteras y las alianzas entre los miembros de la familia. Afirmaba que para establecer un terreno común, el terapeuta debía adoptar el lenguaje de la familia, como si fuera un miembro más adoptando la manera de hablar de ésta, tenía que seguir los temas que iban surgiendo durante la conversación e intuir cuáles eran los valores de la familia y de cómo se describen los unos a los otros (Minuchin & Fishman, 2008).

Un fenómeno característico únicamente de la terapia de familia es la “alianza dividida” (Muñiz et al., 2009). Ese patrón en la relación terapéutica se da cuando uno de los miembros de la familia se siente mucho más vinculado emocionalmente al terapeuta que otro. Una forma de alianza dividida es aquella situación en la que algunos



miembros de la familia son neutrales en relación con el terapeuta (no muestran ninguna señal verbal o no verbal de buena Conexión con el terapeuta, pero tampoco hay indicios de mala relación) y en cambio otros son claramente positivos. Sin embargo, la alianza dividida de tipo “severo” es la más perjudicial para el proceso de terapia ya que predice el abandono del tratamiento; este tipo de alianza dividida se da cuando los sentimientos positivos de alguno de los clientes hacia el terapeuta (buena Conexión Emocional) se contraponen al claro y patente antagonismo hacia el terapeuta por parte de otros miembros de la familia.

La calidad afectiva de la relación entre terapeuta y paciente incluye que, éste último, se sienta entendido, respaldado y valorado. De hecho, el componente emocional de la alianza terapéutica se mostró como el más valorado por los pacientes (Beck et al., 2006), quienes consideraron que el hecho de ser afectuoso y comprensivo fueron las características más útiles de los terapeutas. Además, cuando el vínculo emocional entre paciente y terapeuta es sólido, los primeros tienden a experimentar el transcurso de las sesiones como más llevaderas y más fáciles (Heatherington & Friedlander, 1990).

Del mismo modo que hemos expuesto en la dimensión de Enganche, los miembros de la pareja o familia que buscan tratamiento voluntariamente y que tienen metas similares, están más dispuestos a encontrarse cómodos con el terapeuta. Por tanto, la Conexión Emocional será fácil de conseguir porque están motivados y perciben la terapia como una forma de mejorar.

Para conseguir una mayor Conexión Emocional son varios los mecanismos para lograr un nivel óptimo en esta dimensión. Por ejemplo, los pacientes y el terapeuta conectan con mayor facilidad cuando su experiencia vital, sus valores y visión del mundo son similares. Mientras en la terapia individual sólo es necesario que estos puntos de conexión se den entre dos personas, en la terapia familiar o de pareja, forjar los vínculos resulta más complicado. Desde el interior del sistema existen numerosas formas de conectar en el plano emocional. Los terapeutas pueden comentar lo difícil que es cambiar, recordar acontecimientos importantes de la familia o pareja de una sesión a otra, manifestar expresiones genuinas de agrado, comunicarse a través del humor o revelar experiencias de su propia historia personal, cuando éstas son similares a las de los pacientes (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Friedlander et al., 2009).

No basta con unirse a la familia al principio del tratamiento o mostrar empatía sólo cuando sufren. Debe existir una Conexión Emocional continua para amortiguar el miedo al cambio a lo largo del proceso terapéutico. Para asumir riesgos y para cambiar, los miembros necesitan estar seguros de que el terapeuta cree en ellos, que se alegra de sus cambios y lamenta los fracasos. Cuando el terapeuta se une a una pareja, el sistema cambia y deja de ser una díada para convertirse en una tríada, por lo tanto el terapeuta debe fomentar una alianza con el conjunto y mostrar aceptación y empatía a la realidad de ambos cónyuges (Symonds & Horvath 2004).

### ***3.2.3 Seguridad dentro del contexto terapéutico***

Friedlander et al. (2005) definieron esta dimensión como “el cliente ve la terapia un lugar en el que puede arriesgarse, estar abierto a nuevas cosas, ser flexible; sensación de confort y expectación hacia las nuevas experiencias y aprendizajes que pueden ocurrir, 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. 9).

Como hemos comentado anteriormente, ésta es una de las dimensiones diferenciales del ámbito de la terapia familiar y de pareja; la complejidad del tratamiento conjunto reside en que cada miembro no sólo le expresa (verbal y no verbalmente) al terapeuta sus sentimientos y reacciones, sino que expresa también en cierta manera (generalmente indirecta) los sentimientos y reacciones a todos los demás que están en la sala (Pinsof & Catherall, 1986; Rait, 2000). Esta dimensión refleja la seguridad que es experimentada por los pacientes en cualquier modalidad de terapia, aunque también incluye componentes que implican la sensación de seguridad del paciente en relación con su pareja o con otros miembros de su familia (Escudero, Heatherington, & Friedlander, 2010).

Resulta frecuente que en terapia de pareja y familia algún miembro comience la terapia menos interesados en el punto de vista del terapeuta que en cómo van a definir el problema los demás miembros. En aquellas familias o parejas en las que hay poca comunicación (por un clima emocional distante y frío, o bien conflictivo y cargado de agresividad) lo más común es que el paciente no tenga una idea correcta de cómo le ve su pareja u otros miembros de la familia (Escudero, 2009). La ansiedad está presente en la relación terapéutica como una consecuencia de la relación familiar. El terapeuta tiene

que estar preparado (desde un punto de vista teórico y también en su formación práctica) para afrontar esta ansiedad adecuadamente y crear un clima seguro para la apertura emocional y psicológica de cada participante en presencia de los demás (Carpenter, Escudero, & Rivett, 2008).

La preparación del terapeuta tiene que servir para que sea capaz de mostrar receptividad a las preocupaciones de todos los miembros de la familia o de la pareja, ya que esta receptividad a sus preocupaciones puede determinar la motivación de éstos para comprometerse con el tratamiento más allá de la primera sesión. Por tanto, la creación de un contexto terapéutico seguro contribuirá a que los miembros de una familia o pareja perciban la utilidad de involucrarse y engancharse en el tratamiento (Escudero, 2009).

Los cambios generados en la terapia requieren que las personas acepten nuevas formas de conducta y nuevas perspectivas sobre sus problemas. Aunque las personas lleguen con frustración, desánimo o sentimientos de abandono, es necesario que el terapeuta genere expectativas positivas y de esperanza. Pero debido a que el conflicto está abierto, la vulnerabilidad aumenta, y es necesario manejarla antes de analizar los conflictos y las posibles soluciones. Se debe crear primero una zona de seguridad, sobre todo si está presente la hostilidad entre los miembros, donde se pueda trabajar con el conflicto sin hacerse daño (Friedlander et al., 2009).

Para Friedlander et al. (2006) es esencial crear un lugar seguro para que los miembros de la familia o de la pareja puedan arriesgarse en la terapia y conseguir un nivel de intimidad que permita y promueva el cambio terapéutico. Esto va a promover que los miembros de la familia o de la pareja sean capaces de hablar de sentimientos dolorosos o de revelar hechos que les resultan difíciles de expresar. El manejo terapéutico de la hostilidad intrafamiliar es el factor más importante para crear un contexto seguro. En realidad, la forma de comunicarse entre sí de una pareja o una familia ante el terapeuta es una fuente fundamental de información acerca de su sensación de seguridad, o de la falta de ella. Lo importante es el nivel interpersonal de comunicación, esto es, no el contenido de aquello que se dicen, sino la forma y el tono de los intercambios (Heatherington et al., 2005).

### ***3.2.4 Sentido de Compartir el Propósito de la terapia en la familia***

Si se conceptualiza el sistema terapéutico como formado por subsistemas interconectados, el más destacado es la propia pareja o la familia, es decir, sin el terapeuta. La pareja o el grupo familiar es la unidad de mayor influencia en términos de motivación para el cambio (Pinsof, 1994; Knobloch-Fedders et al., 2007; Symonds & Horvath, 2004).

Según Friedlander et al. (2005) esta dimensión, también específica del trato con familias y parejas, se define del siguiente modo: “Los miembros de la familia se ven a sí mismos trabajando en colaboración para mejorar la relación familiar y conseguir objetivos comunes para la familia; sentido de solidaridad en relación a la terapia (estamos juntos en esto), de que valoran el tiempo que comparten en terapia; esencialmente un sentimiento de unidad dentro de la familia en relación con la terapia” (p. 9).

La alianza que ambos miembros de la pareja o de la familia tienen entre sí en relación a acudir y utilizar de manera conjunta la terapia se refiere al concepto que Pinsof (1994) conceptualizó como “alianza intrasistema”. Este concepto pone de manifiesto no sólo el acuerdo entre los miembros de la familia o de la pareja acerca de las metas y las tareas de la terapia, sino también su cohesión como unidad y el valor que le dan a la terapia como una vía para tratar sus problemas (Friedlander et al., 2009).

Este componente de la alianza terapéutica es de especial interés, al menos, por tres motivos. Primero porque la disparidad entre las puntuaciones de cada miembro y las alianzas divididas son comunes en la terapia de pareja y familia (Knobloch-Fedders et al., 2007). Segundo porque es el tipo de alianza más sensible a la trayectoria del cambio (Escudero, 2009; Montesano et al., 2014). Tercero porque el fomento y la reparación de la alianza intrasistema puede facilitar que la pareja o la familia incrementen patrones de interacción más funcionales, teniendo capacidad de influir así en el resultado terapéutico (Montesano & Izu, 2016).

Las alianzas que establecen los miembros de la familia o de la pareja entre sí son cualitativamente diferentes de la alianza individual de cada paciente con el terapeuta. El grado del Sentido de Compartir el Propósito dentro del sistema está influido por la actitud y el comportamiento del terapeuta hacia cada uno de los miembros de la familia

o de la pareja, y también hacia la familia como un todo (Heatherington & Friedlander, 1990; Pinosof & Catherall, 1986).

Lambert et al. (2012), basándose en la conceptualización de Pinosof (1994), consideraron que una favorable alianza intrasistema contenía tres elementos esenciales y relacionados entre sí: (1) El acuerdo entre los miembros de la familia o pareja en cuanto a la naturaleza de los problemas y las metas de la terapia; (2) el sentimiento de estar conectados entre sí para hacer frente a sus preocupaciones (“estamos juntos en esto”); y (3) la consideración de la terapia conjunta como una forma significativa de resolver los problemas. Cuando hay ausencia de uno más de estos elementos, es probable que en sesión aparezcan conflictos generadores de dificultad en el manejo terapéutico. Asimismo, estos autores sugirieron algunos comportamientos que pueden resultar especialmente útiles para incrementar el Sentido de Compartir el Propósito de las familias y parejas, como son: (1) Fomentar el compromiso, el apoyo mutuo y el cuidado; (2) alentar a los miembros a preguntar acerca de las perspectivas de los demás; y (3) enfatizar los puntos en común que ellos tienen sobre el problema o la solución.

En concreto, la investigación preliminar en terapia de pareja parece indicar que los resultados positivos se relacionan con la fuerza de la alianza intrasistema, es decir, con el grado en que la pareja siente que comparte el propósito de la terapia y se atienden a los conflictos centrales relacionales en una misma dirección. Son diversos los estudios que han considerado esta dimensión de la alianza como la más determinante para la viabilidad y el pronóstico de la terapia de pareja (Artigas et al., 2016; Escudero et al., 2010; Friedlander et al., 2006; Montesano & Izu, 2016; Vilaregut et al., 2016). En esta modalidad de tratamiento, el desarrollo de una alianza colaborativa entre los miembros de la pareja resulta esencial. En consecuencia, la creación de un sentido de unidad entre la pareja en relación a la terapia es un prerrequisito para lograr buenos resultados (Lambert et al., 2012; Whisman & Uebelacker, 2009).

La dimensión de Compartir el Propósito de la terapia, dependiendo de si es fuerte o es débil en la pareja con respecto a los objetivos y tareas de la terapia, influye en el grado en que cada miembro por separado se siente seguro, participa y crea un vínculo emocional con el terapeuta. De hecho, Friedlander et al. (2008) descubrieron que los comportamientos de Seguridad de los pacientes y su mejora percibida estaban mediados por un fuerte Sentido de Compartir el Propósito en la terapia. En otras

palabras, la capacidad de los pacientes de tomar riesgos y hablar de sus problemas sin mostrarse a la defensiva vino facilitada por un sentido Compartido el Propósito de los pacientes en la terapia, el cual desempeñó un papel importante en su subsiguiente percepción de mejora. Así, el sentimiento de la pareja de Compartir el Propósito de la terapia fue un ingrediente clave para el cambio terapéutico.

Para conseguir una fuerte alianza dentro del sistema de pareja, los miembros deben ponerse de acuerdo sobre los objetivos de la terapia, las tareas y deben desarrollar un vínculo de trabajo para llevar a cabo estos objetivos y estas tareas. El terapeuta debe incitar a crear un diálogo entre la pareja, estimular al cónyuge menos participativo haciéndole preguntas e incluyéndolo en la conversación, animar a los cónyuges a establecer preguntas entre ellos o a crear compromisos y elogiar su capacidad de respetar las opiniones del otro, aunque estén en desacuerdo. El desarrollo de una relación de este tipo resulta optimista para las parejas ya que éste puede ser considerado el primer paso hacia la resolución de sus dificultades relacionales como una unidad. De hecho, el terapeuta debe ayudar a las parejas a desarrollar este Sentido de Compartir el Propósito ya que esto comportará ganancias a largo plazo en su satisfacción en la relación (Anderson & Johnson, 2010).



## **4. Enfoque dialógico**

---

4.1 Aproximación del Diálogo Abierto en la terapia de pareja y familia

4.2 Método de Investigaciones Dialógicas de Cambio (IDC)

4.2.1 Concepto de “voz” y “polifonía”

4.2.2 Concepto de “posicionamiento”

4.2.3 Concepto de “destinatario”

4.2.4 Concepto de “momento presente”





## **4. Enfoque dialógico**

---

### **4.1 Aproximación del Diálogo Abierto en la terapia de pareja y familia**

El concepto de “Diálogo Abierto” fue utilizado para describir el tratamiento completo centrado en la familia y en la red social (Seikkula, 1995). La aproximación del Diálogo Abierto surgió como modelo terapéutico para el tratamiento de las crisis psicóticas y muchas de sus premisas básicas provienen de la Terapia Familiar Sistémica (Selvini-Palazzoli et al., 1980) aunque también incorpora la epistemología construccionista-social (Gergen, 1994). Después de tres décadas de aplicación de la aproximación del Diálogo Abierto en situaciones de crisis, se ha ido consolidando como tratamiento psicoterapéutico para conducir las sesiones con un paciente y su familia, así como ha devenido un enfoque de concebir la psicoterapia (Seikkula, 2002). De este modo, la aproximación del Diálogo Abierto, como enfoque para comprender el proceso terapéutico y las relaciones en psicoterapia, es la perspectiva que asumimos en el análisis dialógico de la presente tesis doctoral.

La aproximación del Diálogo Abierto se enmarca en la perspectiva epistemológica del enfoque dialógico (Olson et al., 2012; Seikkula, 1995). Según este enfoque, la psicoterapia es comprendida como un proceso de escucha y de búsqueda de palabras para experiencias previamente inexpresables. Las respuestas del terapeuta en la conversación con la pareja o la familia son consideradas elementos esenciales en la creación de un lenguaje nuevo y común para el sufrimiento del paciente que, de no ser así, permanecería expresado a través de los síntomas (Seikkula & Olson, 2016). En el contexto específico de la terapia de pareja y familia, la participación de todos sus miembros en las sesiones terapéuticas deviene primordial en la búsqueda de nuevas formas de expresión, en las que residen nuevas posibilidades de significado y de comportamiento, en referencia al sufrimiento vivido.

Tomando como referencia el concepto de dialogicidad de Mikhail Bakhtin (1984), la capacidad de respuesta de los terapeutas y la presencia de los miembros de una pareja o una familia son fundamentales debido a que, como interlocutores que forman parte de la conversación terapéutica, son coautores activos de las intervenciones y de los significados del diálogo de los demás. La postura de los terapeutas, a diferencia de otras escuelas de terapia familiar, no trata de definir métodos e intervenciones

específicas para eliminar los síntomas o cambiar el sistema de pareja o familiar, ni tampoco de crear formas específicas de entrevistar, sino que su postura principal radica en *escuchar y contestar de forma responsiva*. Los terapeutas pueden comentar entre ellos sobre lo que oyeron, a manera de discusión reflexiva, mientras la pareja o la familia escucha (Andersen, 1995). El dialogismo no es un método ni un conjunto de técnicas, es una perspectiva basada en reconocer, respetar y llegar hasta el otro.

El enfoque dialógico conceptualiza la conversación en psicoterapia como una actividad dialógica (Olson et al., 2012). En los últimos años, el enfoque dialógico en el campo de la terapia de pareja y familia se ha basado en la asunción principal que prestar atención no sólo a lo que se dice, sino también a cómo se responde –y a qué intervención previa se responde- puede incentivar la co-construcción de significados nuevos y compartidos, y por tanto, puede conllevar al proceso de cambio. En el enfoque dialógico, el foco se encuentra en el diálogo, que incluye tanto a la pareja o a la familia como a los terapeutas (Rober, Van Eesbeek, & Elliot, 2006; Seikkula, 1995). Si bien las historias pueden definir quién es el hablante, en la propia narración de dicha historia emerge la relación entre el hablante y los demás interlocutores (Andersen, 1995; White, 1991). Por tanto, la perspectiva dialógica considera que la narración de historias se desarrolla en función de un contexto, lo que implica que las historias sólo existen a través de la presencia de otras personas quienes las escuchan. En este sentido, la narración de una historia es un fenómeno dialógico (Bakhtin, 1984, 1986).

A pesar de que las conversaciones terapéuticas son descritas como diálogos, debemos tener en cuenta que éstas no son historias o narrativas completas, sino más bien historias “quebradas” (Holma & Aaltonen, 1997). Los pacientes en terapia hablan sobre temas particularmente sensibles y emocionales, y si bien algunos aspectos de lo que cuentan pueden ser concebidos como narrativas sobre sus vidas, en algunos aspectos sus narrativas podrían estar incompletas, presentar múltiples voces y ser contradictorias (Gergen, 2009). Por tanto, el enfoque dialógico argumenta que precisamente esta imposibilidad de expresión y de constituir una narrativa coherente puede ser la razón por la que buscar ayuda en terapia (Seikkula et al., 2012).

Desde esta perspectiva, para buscar dichas palabras, se incluye a la pareja o a la familia como miembros reales que conviven con el paciente y que están presentes en las sesiones. En estos procesos terapéuticos, la dialogicidad es esencial debido a que los

interlocutores de la sesión son coautores activos de las intervenciones realizadas por cualquiera de los demás participantes. Cualquier palabra dicha por un participante en la actual conversación terapéutica forma parte de la tensión que ha sido expresada en las palabras pronunciadas con anterioridad. En este proceso, las palabras “no pueden dejar de ser un participante activo en el diálogo social” (Bakhtin, 1981, p. 276). Cualquier palabra o comportamiento durante la sesión se considera respuesta de lo que se ha dicho o hecho previamente (Bakhtin, 1981).

El nuevo lenguaje se desarrolla especialmente en las respuestas que los miembros de la pareja o de la familia dan a los demás en respuesta a sus preguntas, dudas o preocupaciones expresadas durante la sesión. Además, la posición de los terapeutas conlleva a facilitar respuestas a todos ellos (Steiner, 1989). En el diálogo, todos ellos forman parte de un proyecto compartido basado en incrementar la comprensión de aspectos relacionados con una situación específica para la que se necesita ayuda en la terapia. La comprensión se obtiene mediante el proceso activo de dar respuesta, lo que supone un acto de asumir responsabilidad propia por el otro y por la situación. En un diálogo abierto, “las intervenciones son construidas para responder a las intervenciones previas y también para esperar una respuesta en las intervenciones que prosiguen” (Seikkula, 2002, p. 268).

Desde este enfoque, la terapia de pareja y familia es concebida como un lugar de encuentro donde las historias se desarrollan gradualmente y de forma impredecible en base a las interacciones repletas de contradicciones y tensiones por parte de todos los interlocutores presentes (Bakhtin, 1981). Cada intervención es evaluada implícita o explícitamente por los demás, y sus reacciones verbales y no verbales conllevan nuevas intervenciones en una compleja combinación de diferencias y similitudes entre los interlocutores (Baxter, 2004).

Las teorías dialógicas describen dos tipologías de diálogos: aquellos que son realizados de una forma dialógica y aquellos otros que son realizados de una forma monológica. En el diálogo dialógico, cada intervención se lleva a cabo en interacción con las intervenciones previas y posteriores de los demás interlocutores. En el diálogo emergen nuevos significados compartidos por los participantes y hay presente una polifonía de voces en ellos. Por polifonía de voces se entiende, por un lado, las voces internas que cada participante tiene en su propia mente fruto de su experiencia vital, y

por otro lado, las voces de los otros participantes en el diálogo y que están implicadas en la red social (Bakhtin, 1981; Lidbom, Bøe, Kristoffersen, Ulland, & Seikkula, 2015; Seikkula, 2008; Seikkula et al., 2012). Cuando esto ocurre, el hablante incluye en su intervención lo que se ha sido dicho previamente y termina de un modo abierto, permitiendo que el próximo hablante pueda participar en la conversación. Por el contrario, las intervenciones en un diálogo monológico expresan los propios pensamientos e ideas del hablante sin una adaptación a los interlocutores. En las intervenciones de este tipo, las preguntas son planteadas de forma que presuponen la elección de una alternativa y hay poca variedad de voces dominantes (Lidbom et al., 2015).

El enfoque dialógico permite un avance significativo en la investigación realizada en el campo de la terapia de pareja y familia. A diferencia de investigaciones previas, en las que la participación del terapeuta en la terapia era considerada en un segundo plano, el foco de estudio desde el enfoque dialógico pone el centro de atención en el diálogo construido entre la familia o la pareja *junto con* los terapeutas (Olson et al., 2012).

Partiendo de la epistemología del enfoque dialógico, el Diálogo Abierto (*Open Dialogue*) surgió en Finlandia en la década de los años 80 como modelo terapéutico para optimizar el tratamiento de las crisis psicóticas (Seikkula, 2002). Todo el sistema psiquiátrico público del estado se organiza en base a la idea de convocar a los pacientes juntamente con las personas de su red social en reuniones abiertas de tratamiento (*open treatment meetings*) empezando con el primer contacto y siguiendo a lo largo de todo el proceso terapéutico. La investigación actual demuestra que el enfoque del Diálogo Abierto ha obtenido excelentes resultados a lo largo de su aplicación como modelo terapéutico (Seikkula, Alakare, & Aaltonen, 2001a, 2001b), propiciando que los pacientes psicóticos puedan volver a trabajar, evitando su hospitalización y cambiando, reduciendo, o incluso eliminando la medicación (Seikkula, 2008). Los óptimos resultados se han mantenido después de dos (Seikkula et al., 2003) y de cinco años de haber finalizado el tratamiento (Seikkula et al., 2006).

El Diálogo Abierto proviene del enfoque de Alanen y colaboradores (Alanen, 1997; Alanen, Lehtinen, Rökköläinen, & Aaltonen, 1991) pioneros del llamado “Tratamiento Adaptado a las Necesidades” (*Need-Adapted approach*). Sus creadores

integraron la Terapia Familiar Sistémica en sus prácticas clínicas en psicosis a finales de la década de los años 70, aunque su principal aportación fue el cambio hacia un modelo de tratamiento optimista que permitiera trabajar con los recursos psicológicos de los pacientes. Ellos enfatizaban que cada proceso de tratamiento es único y debe ser adaptado a las necesidades variables de cada paciente.

En el modelo terapéutico del Diálogo Abierto, lo importante para el bienestar psicológico es crear diálogo y poner palabras a aquello que le sucede a la persona (Seikkula & Olson, 2005). El diálogo, entendido como acto mutuo, cambia la posición de los terapeutas en psicoterapia; ya no son intervencionistas sino participantes en un proceso de interacción (Seikkula & Trimble, 2005). En este contexto, el hecho de cómo se responde a las intervenciones se considera crucial, ya que las palabras necesitan una respuesta para que tengan un significado (Seikkula & Olson, 2003). El foco se desplaza de las experiencias internas de los participantes en terapia hacia el diálogo, y es el diálogo en sí mismo que provoca el cambio (Olson et al., 2012; Seikkula et al., 2012; Seikkula & Olson, 2016).

En términos generales, el enfoque se centra en el fortalecimiento de la parte funcional del paciente y en la normalización de la situación en lugar de centrarse en el comportamiento regresivo (Alanen, 1997; Alanen et al., 1991). El punto de inicio del proceso terapéutico es el lenguaje de la familia, cómo cada miembro de la familia, en su propio lenguaje, observa y nombra el problema del paciente. El equipo de tratamiento adapta su lenguaje a cada caso según su necesidad, debido a que los problemas son entendidos como una construcción social reformulada en cada conversación (Bakhtin, 1984, 1986; Gergen, 1994, 1999). Cada miembro de la familia habla con sus propias voces y, por tanto, la tarea de escuchar dichas voces cobra más importancia para el equipo terapéutico que la forma de intervenir en sí misma (Anderson, 1997).

Así pues, en el diálogo abierto durante los encuentros terapéuticos, en el que no hay temas ni formas de diálogo pre-planificados, la principal tarea es facilitar la construcción de un diálogo dialógico, que permita la creación de un lenguaje con nuevos significados compartidos por todos los participantes de la terapia (Andersen, 1995; Seikkula, 2002). En el diálogo dialógico, los nuevos significados a las experiencias emergen como un fenómeno social y compartido, y por tanto, este tipo de diálogo deviene en sí mismo una intervención (Bakhtin, 1984). Estos eventos pueden

ser de cualquier tipo, pueden haber ocurrido en cualquier momento, y diversos tipos de contenido pueden dar lugar a una nueva narrativa (Seikkula et al., 2001a, 2001b).

El propósito es permitir que se escuchen las voces de los miembros de la familia sobre los temas de discusión. La tarea del equipo terapéutico es generar un contexto en que las distintas voces, incluso contradictorias, sean escuchadas, permitiendo así construir relatos de restitución o reparación (Trimble, 2000). Se trata de escuchar las palabras y el lenguaje de los miembros de la familia comprendiendo lo que quieren decir, sin editar ni interpretar las narrativas, permitiendo así que el momento presente cobre importancia en el diálogo (Seikkula & Arnkil, 2014).

Diversas ideas de la aproximación del Diálogo Abierto provienen de la Terapia Familiar Sistémica (Selvini-Palazzoli et al., 1980) aunque también hay otras que se distancian de ésta. Algunas diferenciaciones que surgieron a partir del tratamiento con familias psicóticas son las siguientes (Seikkula & Arnkil, 2014):

(1) En la Terapia Familiar Sistémica, la atención de los terapeutas se centra principalmente en el sistema de la familia y en la repercusión que puede suponer el cambio de comportamiento de uno de sus miembros en el conjunto del sistema familiar, y no tanto en las respuestas dialógicas a las intervenciones que contribuyen a la co-construcción de nuevos significados.

En cambio, en la práctica dialógica, iniciar el cambio por medio de la intervención sistémica en el sistema de la pareja o la familia no es el centro de la práctica terapéutica. Se presta especial atención a la posición del terapeuta en los diálogos de terapia de pareja y familia. La idea es respetar la voz de cada uno de los participantes en la sesión. En la práctica dialógica, los rasgos principales son escuchar atentamente, aceptar al otro, y sobretodo, responder a lo expresado previamente con el fin de generar un espacio dialógico. El foco principal es seguir las historias de las parejas o familias, y estar presentes en sus expresiones, con la intención de contribuir a que ellos establezcan una nueva y compartida historia sobre aquello que les ocurre. Generar espacio dialógico es algo que todo psicoterapeuta puede hacer en su propia práctica, cuando se encuentra con clientes individuales, parejas o familias. Tener un co-terapeuta aumenta las posibilidades de lograrlo, pero la generación de espacio dialógico se puede hacer trabajando en solitario también (Anderson, 1997).

(2) A diferencia de la Terapia Familiar Sistémica, la aproximación del Diálogo Abierto no analiza los problemas a través de la pareja o familia como un sistema. Según esta aproximación, concebir la pareja y familia como un sistema y entender sus relaciones como “juegos familiares” supone reducir la complejidad y riqueza de la vida de pareja o familiar a descripciones simplificadas para hacer posible la intervención sistémica. Como alternativa, el Diálogo Abierto propone conocer toda la colección de relaciones presentes, en lugar de ver un sistema, para acceder a experiencias compartidas mucho más profundas entre los terapeutas y miembros de la pareja o familia.

(3) A diferencia de la Terapia Familiar Sistémica, los terapeutas desde el Diálogo Abierto no tratan de cambiar a la pareja o la familia a través de sus intervenciones, y por tanto, no son considerados destinatarios de la terapia planificada para ellos. En lugar de esto, los miembros de la pareja o de la familia son considerados participantes activos en un proceso compartido. En consecuencia, las parejas o familias no siguen las tareas o las propuestas que los terapeutas les proponen por medio de las intervenciones. De hecho, no se considera que el cambio provenga de intervenciones de los terapeutas, sino que la pareja o la familia puede cambiar *en relación con* los terapeutas. Se abandona así la conceptualización del terapeuta como iniciador del cambio en el sistema familiar a través de sus intervenciones.

(4) La Terapia Familiar Sistémica se centraba en ver el problema o los síntomas como una función del sistema de la pareja o de la familia. Sin embargo, al generar un diálogo abierto, el objetivo es conseguir que todas las voces de los miembros de la pareja o de la familia sean escuchadas, abandonando la idea sobre su función en el sistema. La intervención no se dirige a lograr cambios en la interacción de la pareja o de la familia, sino a generar nuevas palabras y narraciones de los acontecimientos.

Además, el Diálogo Abierto y las terapias narrativas comparten la visión construccionista-social de la realidad (Gergen, 1994) pero ambos enfoques son diferentes en cuanto a la forma en que se percibe el autor de la narrativa. Mientras que la narrativa tiene un autor en las terapias narrativas, en las terapias dialógicas una nueva narrativa es co-construida de forma compartida por los diversos participantes. Gergen y McNamee (2000) han denominado el Diálogo Abierto como un diálogo transformador. Otra divergencia entre el Diálogo Abierto y las terapias narrativas es el énfasis que el



primer enfoque otorga al diálogo producido *en la interacción* durante el momento presente del proceso de terapia, que permite el surgimiento de nuevos significados compartidos entre los participantes y la polifonía de sus voces (Bakhtin, 1981; Libdom et al., 2015; Seikkula, 2008). La conversación terapéutica no se concibe como el envío de un mensaje por un narrador y recibido por otro, sino que se entiende como un proceso “en movimiento”, compartido y que acontece en el momento presente entre los interlocutores (Linell, 2009; Markova, Linell, Grossen, & Orvig, 2007).

#### **4.2 Método de Investigaciones Dialógicas de Cambio**

El método de análisis llevado a cabo en esta tesis doctoral, Investigaciones Dialógicas de Cambio (IDC) o *Dialogical Investigations of Happenings of Change* (DIHC) (Seikkula et al., 2012; Seikkula & Olson, 2016) se enmarca en el enfoque dialógico y en la aproximación del Diálogo Abierto para el tratamiento psicoterapéutico.

La concepción de la psicoterapia desde un enfoque dialógico plantea desafíos de investigación. El reto más relevante es encontrar formas de examinar las cualidades de las conversaciones terapéuticas. Hasta la actualidad, se han desarrollado una serie de métodos de investigación que apuntan a una comprensión más profunda de las cualidades dialógicas de las conversaciones terapéuticas, como por ejemplo el método *Dialogical Sequence Analysis* (DSA; Leiman, 2004), *Positioning Microanalysis* (PM; Salgado, Cunha, & Bento, 2013), *Assimilation of Problematic Experiences Sequence* (APES; Stiles, Osatuke, Click, & MacKay, 2004) o *Discourse analysis across events* (Worham, 2001).

El método de IDC (Seikkula et al., 2012; Seikkula & Olson, 2016) utilizado en esta tesis doctoral se inspira en estos métodos cualitativos de análisis del diálogo mencionados, a pesar de que todos ellos se centran en diálogos diádicos, es decir, el diálogo establecido entre un terapeuta y un paciente. En cambio, el método de IDC es el primero que permite explorar los diálogos con múltiples participantes, como ocurre en el contexto de la terapia de pareja y familia. Este método permite una categorización general de las cualidades de las respuestas en el diálogo a un nivel macro así como permite un conocimiento detallado de qué sucede en momentos específicos de cambio a un nivel micro. Su análisis incluye todos los miembros presentes en el contexto de la terapia, no sólo a los miembros de la pareja o de la familia, sino también a los terapeutas (Olson et al., 2012; Seikkula et al., 2012).

Además, ayuda a sintetizar grandes cantidades de información acerca de la terapia de pareja o familia y también a detectar los elementos centrales para el intercambio dialógico y su variación sesión a sesión. Este enfoque de investigación hace posible manejar datos complejos en investigación cualitativa sobre los diálogos en terapia de pareja o familia ayudando a identificar, extraer y analizar secuencias de transformación. Por esta razón, el método de IDC es considerado como una evolución de los métodos analíticos discursivos. Más allá del análisis del discurso, permite profundizar en el flujo del diálogo y en cómo dicho flujo está relacionado con las estrategias de los terapeutas, quienes ayudan a crear un contexto dialógico para los eventos específicos de cambio. Al observar el diálogo de una sesión de terapia desde el principio hasta el final, podemos ver todo el proceso como un flujo de intervenciones que se desarrollan y evolucionan (Seikkula & Olson, 2016).

El foco de estudio son las respuestas generadas en los diálogos de la terapia de pareja y familia, tanto en términos de la conversación externa entre los miembros de la pareja o familia y los terapeutas (Olson et al., 2012; Seikkula et al., 2012) así como las voces internas de cada participante (Laitila, 2009; Rober, 2005; Rober, Seikkula, & Laitila, 2010). A diferencia de otros métodos cualitativos, el método de IDC permite una comprensión profunda del proceso de cambio en terapia en función del diálogo establecido entre los participantes de la terapia, y por tanto, teniendo en cuenta la *interacción entre ellos* (Stith, McCollum, Amanor-Boadu, & Smith, 2012). El método de IDC enfatiza el dar sentido a las respuestas a las intervenciones, debido a que son las respuestas las que generan el diálogo, y no tanto a la forma específica de formular preguntas (Seikkula & Arnkil, 2014). También se trata del primer método de análisis con este propósito que ha sido traducido y aplicado al español (Vall, Seikkula, Holma, & Laitila, 2017).

El método de IDC permite no sólo analizar aquello que se dice a nivel del diálogo entre los participantes de la terapia, sino también cómo se dice, incluyendo así aspectos que van más allá del diálogo o del lenguaje en sí mismos. De esta forma, el método de IDC recoge los conceptos del Diálogo Abierto que fueron desarrollados por Bakhtin (1984, 1986) e incorpora la visión del diálogo como productor de cambio.

Este método tiene en consideración la comunicación como un proceso conjunto de los participantes en el proceso de creación de identidad. Los métodos cualitativos de

análisis dialógico y discursivo tradicionales proceden en esta misma dirección, aunque todos ellos todavía tienen la tendencia de analizar el habla como el producto de alguien en particular, en lugar de analizarlo como un proceso entre los diversos interlocutores (Linell, 1998). En estos métodos cualitativos, a menudo el foco de análisis se establece en temas específicos, mientras que desde la perspectiva del enfoque dialógico, el diálogo debe ser concebido como un proceso y los comentarios del terapeuta como intentos de construir una comprensión común de la experiencia terapéutica. Por tanto, a diferencia de otros métodos de análisis, el método de IDC permite explorar el diálogo como un fenómeno dinámico, con un especial énfasis en las respuestas dialógicas del terapeuta y no analizando sólo el diálogo de la pareja (Seikkula, 2008).

El método de IDC permite estudiar las dinámicas relacionales de las parejas y de las familias en terapia (Guregard & Seikkula, 2012; Olson et al., 2012; Rasanen, Holma, & Seikkula, 2012a; Seikkula & Olson, 2016; Vall, Seikkula, Laitila, & Holma, 2016) y las estrategias que los terapeutas pueden llevar a cabo para contribuir al cambio en la relación (Seikkula & Olson, 2016; Rasanen, Holma, & Seikkula, 2012b; Vall, Seikkula, Laitila, Holma, & Botella, 2014).

Este método de análisis pone el foco de análisis en la forma en que se responde a las intervenciones, más allá del contenido en sí mismo, ya que considera que dichas respuestas son construidas por una serie de intervenciones llevadas a cabo por cada participante en el diálogo conjunto de la sesión. Así pues, las respuestas a las intervenciones son identificadas para conocer cómo cada interlocutor participa en la creación de la conversación terapéutica (Seikkula et al., 2012; Seikkula & Olson, 2016). Las respuestas son identificadas según:

(1) *El participante que toma la iniciativa*, o que es dominante, en tres aspectos distintos. En primer lugar, se plantea el concepto de *dominancia cuantitativa*, es decir, se identifica quién habla más en el conjunto de la sesión. En segundo lugar, está el concepto de *dominancia semántica o temática*, es decir, quién introduce mayor cantidad de nuevos temas en la sesión y por tanto da forma al contenido del diálogo. En último lugar, encontramos el concepto de *dominancia interaccional*, es decir, quién influye más en las acciones comunicativas, iniciativas y respuestas del diálogo y por tanto quién regula en mayor medida los turnos de habla (Seikkula & Olson, 2016).

(2) *La forma en que se responde a la intervención*, pudiendo ser de dos modos distintos. Por un lado, se plantean las *respuestas monológicas*, en las que quien habla incluye en su intervención sus propios pensamientos e ideas sin adaptarlos a las intervenciones que otros participantes han hecho previamente. Una respuesta monológica suele rechazar la intervención anterior, mientras que las preguntas monológicas suelen presentarse de forma que presuponen la elección de una sola alternativa. Por otro lado, existen las *respuestas dialógicas*, en las cuales quien habla incluye en su intervención lo que se ha dicho previamente y termina con una intervención abierta, permitiendo al siguiente interlocutor comentar sobre lo que se ha dicho, con una posibilidad de múltiples respuestas e incluyéndolo en el diálogo (Bakhtin, 1984; Luckman, 1990; Seikkula, 1995).

(3) *Si se tiene en cuenta el momento presente en el diálogo*, es decir, si en la conversación terapéutica se hace referencia explícita a lo que está ocurriendo en el aquí y el ahora de la sesión. Aunque se puede tener en cuenta el momento presente de diversas formas en función de la idiosincrasia del caso, algunos ejemplos serían hacer referencia explícita a las reacciones emocionales, movimientos corporales, entonación, o bien expresiones de ansiedad o tristeza que han surgido durante la conversación en la sesión (Seikkula, 2008).

Asimismo, el método de IDC pone el foco de análisis en el área del lenguaje y en el proceso de narración de las sesiones de terapia:

(1) Se analiza si las palabras en el diálogo se refieren a algo fáctico, concreto o que existe en realidad (*lenguaje indicativo*) o bien si las palabras se refieren a aspectos intangibles o abstractos, como experiencias de la vida emocional (*lenguaje simbólico*) (Seikkula, 2002; Vygotsky, 1981).

(2) Se valora también el modo narrativo que presenta cada interlocutor, pudiendo ser: *externo*, cuando la persona se refiere y describe situaciones que han ocurrido; *interno*, cuando la persona se refiere a su propia experiencia sobre las situaciones que describe; o *reflexivo*, cuando la persona hace un proceso de atribución de significado y una evaluación sobre aquello de lo que está hablando (Laitila et al., 2001, 2005).

Además, este método se basa en los conceptos desarrollados en el marco del Diálogo Abierto por Bakhtin (1984, 1986) de “voz”, “polifonía”, “posicionamiento”, “destinatario” y “momento presente”. A pesar de que se realiza una separación conceptual en su explicación, todos ellos son conceptos intrínsecamente relacionados entre sí.

#### ***4.2.1 Concepto de “voz” y “polifonía”***

La terapia de pareja y familia resulta un contexto clave donde un nuevo lenguaje, nuevas voces, y en último término, nuevas historias, pueden desarrollarse gradualmente y de un modo impredecible a partir de las interacciones entre los participantes (Bakhtin, 1984, 1986). Resulta complejo dar una definición precisa del concepto de “voz”, aunque son varios los autores que han desarrollado esta idea. Stiles et al. (2004) ofrecen una visión cognitiva y ecológica de las voces, señalando que “las voces son huellas y son activadas por nuevos eventos que son similares o relacionados con el evento original” (p. 92). Se trata de una formulación con ideas provenientes de la epistemología constructivista piagetiana aunque con un enfoque dialógico. Desde el constructivismo piagetiano, todas nuestras experiencias dejan una señal en el cuerpo, pero sólo un fragmento de estas señales es expresado mediante una narrativa hablada. En la formulación de estas experiencias en palabras, éstas se convierten en voces de nuestras vidas. En lugar de hablar del concepto de inconsciente, en el que reprimimos aquellas emociones y experiencias a las que no somos capaces de enfrentarnos, sería más preciso hablar de experiencias no conscientes (Stern, 2004). En el momento en que las experiencias son formuladas en palabras, ya no son consideradas inconscientes (Bakhtin, 1984).

Aunque sin duda esta definición resulta útil, desde la perspectiva del enfoque dialógico, se subraya la naturaleza social y relacional de las voces. Como señala Bakhtin (1984), las voces son la conciencia hablada. Se vuelven vivas en un intercambio con otra persona, es decir, se entienden como un acto de comunicación con una base relacional. Las voces no son “cosas” dentro de una persona sino que sólo viven en un flujo permanente de interacción con los demás. Así, nuestras experiencias formuladas en palabras en un contexto dialógico se convierten en las voces de nuestras vidas. Todos tenemos un repertorio de múltiples voces (Ferreira, Salgado, & Cunha,

2006; Seikkula, 2008) relacionadas con las diferentes experiencias vividas, que se activan en el momento presente a través del diálogo (Olson et al., 2012).

Como señala Bakhtin (1984, 1986) las palabras pronunciadas por una persona pueden ser sus propias palabras o bien las palabras de otras personas. De este modo, una persona puede hablar con diferentes voces, lo que le permite adoptar distintas posiciones hacia esas voces. Este hecho conlleva que se tome en cuenta la calidad polifónica del lenguaje. Por ejemplo, el concepto de polifonía se puede entender a través de la conversación en una supervisión clínica. El terapeuta que está supervisando el caso describe lo que dijo el paciente y después comenta lo que él opina sobre esto. En este enunciado, al menos dos voces están presentes en una misma persona, la del paciente y la del terapeuta. Cuando en terapia existe la polifonía de voces entre los múltiples participantes y ninguna de las voces domina la otra, se puede afirmar que hay un diálogo dialógico. Si por el contrario una voz domina la otra en el diálogo, se produce un diálogo monológico (Seikkula & Trimble, 2005).

No existe una sola forma de polifonía, aunque las palabras que son expresadas abiertamente y el diálogo interno tienen significados diferentes desde el enfoque dialógico. Haarakangas (1997) describió la polifonía horizontal y vertical. El nivel de polifonía horizontal incluye las voces de todos los participantes que están presentes en la conversación y que narran un relato. Todos los participantes tienen su propia voz, y si se quieren movilizar los recursos psicológicos de cada uno, todos deben tener el derecho de comunicarse a su manera. Por ejemplo, en una terapia familiar las voces en un nivel horizontal serían las “voces externas” de cada terapeuta, del hombre, de la mujer, así como de los hijos, u otras personas que asistan a la sesión.

La riqueza de la conversación en la terapia de pareja y familia resulta evidente si nos focalizamos en polifonía de las “voces externas” que pueden ser percibidas en un nivel horizontal, pero sobre todo lo es si prestamos atención a la polifonía de las “voces internas” que están presentes en el diálogo interno de cada persona (Seikkula, 2008). Aunque sólo hay un narrador contando un relato, su narración puede evocar diferentes voces en una interacción dinámica con otras personas en base a su experiencias (Seikkula et al., 2012; Seikkula & Olson, 2016). Las “voces internas” de la polifonía vertical se activan dependiendo de cuál sea el tema del diálogo. Pongamos como ejemplo una mujer que asiste a terapia con su pareja con dificultades en su trabajo, en su

relación de pareja y que ha sufrido la pérdida de su padre recientemente. En función de cuál sea el tema del diálogo, esta mujer podría evocar varias “voces internas”, como la voz de profesional, de esposa, de hija, o bien podría incorporar la narración de otras personas que están presentes o ausentes en la sesión, como sería la voz de su marido o de su padre. Las “voces internas” evocadas en la sesión no están sólo presentes en el relato de la narración, sino que también reviven experiencias relacionales pasadas y forman parte del momento presente en la sesión (Seikkula, 2008).

El diálogo formado por las “voces internas” de nuestras vidas no es tanto una cuestión de centrarse en el significado de las palabras pronunciadas, sino de percibir los matices del momento presente. Como Vygotsky (1981) sugirió al referirse a las peculiaridades del discurso interior, “la primera peculiaridad es la preponderancia del sentido de una palabra sobre su significado” (p. 146). Lo que es más importante que el significado “estable” de las palabras es el sentido que se les otorga en el momento presente y en el contexto específico de la sesión. Las mismas palabras pueden generar significados muy distintos en función de su utilización en diferentes conversaciones, incluso cuando están presentes las mismas personas.

A nivel conceptual, distinguimos el concepto de “voces” descrito desde el Diálogo Abierto del concepto de “roles” establecido desde la Terapia Familiar Sistémica. En toda situación social, una variedad de voces diversas está presente. Como Bakhtin (1984) señala, en cada conversación están presentes al menos dos voces, y así, usar la palabra en plural (“voces”) es relevante. Vivimos en una multiplicidad de voces que serán activadas y puestas en juego simultáneamente según qué, dónde, cómo y con quién estamos hablando. La realidad social siempre es polifónica y el concepto de “voces” es dinámico y cambiante. En la realidad polifónica no existen estructuras firmes como los “roles” sociales, estructuras que podrían ser movidas de un lugar a otro sin tomar en cuenta los interlocutores actuales. En la realidad polifónica, cada asunto recibe un nuevo significado en una nueva conversación, en la cual se construye un nuevo lenguaje para las cosas que se examinan. El significado e identidad social de cada persona es creada en la conversación actual, en lugar de pensarlos como estáticos de una situación social a otra.

En contraste con otros modelos de terapia de pareja y familia, la aproximación del Diálogo Abierto no sólo se centra en la interacción del comportamiento entre los

miembros que asisten a la sesión, sino que sobre todo presta atención a cómo las “voces internas” (Seikkula, 2002) de cada uno median el intercambio social. Esta es la razón principal por la que el análisis dialógico se centra más en las voces y no tanto en las personas.

#### **4.2.2 Concepto de “posicionamiento”**

El concepto de “voz” es central para analizar la polifonía de los diálogos y el concepto de “posicionamiento” proporciona información complementaria sobre el proceso dialógico. Mientras que el concepto de “voz” se refiere a la pregunta “¿Quién está hablando?”, el concepto de “posicionamiento” se refiere a la pregunta “¿Desde dónde está hablando la persona?” (Hermans, 2006; Rober, 2008).

El posicionamiento implica una metáfora espacial que unifica una voz con un punto de vista o perspectiva desde la que el narrador participa en la conversación. Cada punto de vista, o posicionamiento, proporciona a la persona una perspectiva que le permite ver, oír y experimentar. Al mismo tiempo, cada posicionamiento contiene limitaciones inherentes: desde él hay una serie de aspectos que pueden ser percibidos mientras que otros permanecen fuera del foco de perspectiva (Seikkula, 2008).

El diálogo, ya sea interior o exterior, consiste en la unión de los diferentes posicionamientos, dentro de los cuales cada uno expresa su mensaje desde su perspectiva, activando una voz del interlocutor, quien hablará también desde su propia perspectiva en una permanente dinámica de acuerdos o desacuerdos –en referencia al contenido-, y de identificación o diferenciación –en referencia al posicionamiento- (Rober, 2008). Por tanto, el concepto de “posicionamiento” incluye una evaluación que sitúa al hablante y al interlocutor en relación el uno con el otro y en relación a lo que se está hablando (Bakhtin, 1984). El concepto de “posicionamiento” es claramente relacional, en el sentido que cuando un participante se posiciona, lo está haciendo en referencia a un interlocutor (Seikkula, 2008).

Wortham (2001) distingue entre el posicionamiento representacional (las posiciones del sujeto en la historia) y el posicionamiento interaccional (la persona que habla, el destinatario y la audiencia en la narración de la historia). En terapia de pareja y familia, el posicionamiento interaccional –cómo los miembros de la pareja o de la familia se posicionan a sí mismos en el momento presente de la sesión- requiere una



especial consideración. El posicionamiento no es un acto voluntario y unilateral en que la persona que habla pretende manipular estratégicamente a los interlocutores en el diálogo. Más bien el posicionamiento ocurre irreflexivamente entre las personas en el proceso de respuesta de lo que se ha dicho previamente. Desde el enfoque dialógico, concebimos las intervenciones como respuestas a lo que se ha dicho previamente y que, como resultado, nos posicionan en la conversación (Seikkula et al., 2012).

En un diálogo con múltiples participantes, el posicionamiento interaccional puede ser analizado al observar quién está tomando la iniciativa, tanto en referencia al contenido como al proceso de habla (Linell, 1998). En un óptimo diálogo, debería haber flexibilidad en términos de quién toma la iniciativa, en lugar de que sólo lo haga uno de los participantes, por ejemplo, el terapeuta. En una sesión, mientras los miembros de una pareja o familia contrastan sus perspectivas con las posiciones que atribuyen a los demás interlocutores –así como con las posiciones atribuidas a sí mismos por los otros interlocutores- los conflictos y los puntos de desacuerdo son fenómenos interesantes de observar. Estos desacuerdos hacen referencia al continuo movimiento de las posiciones cambiantes en sesión, dando a los terapeutas un cierto sentido de lo que está en juego para los miembros de la pareja o de la familia (Seikkula et al., 2012).

Al mismo tiempo, los terapeutas también forman parte del diálogo, lo que significa que también son invitados a tomar posiciones en el desempeño del sistema. La tarea esencial para los terapeutas es permanecer atentos a las propuestas implícitas de la pareja o de la familia y reflexionar sobre dicho posicionamiento: ¿Estas invitaciones abren un espacio para historias no contadas? ¿Contribuyen a la seguridad de la sesión? ¿Dejan espacio suficiente para que el otro cónyuge u otro miembro de la familia se sienta capaz de moverse de modo flexible en el desempeño de la sesión? (Rober, 2005).

El concepto de “posicionamiento” encuadrado en el Diálogo Abierto se asemeja al tercer axioma de la Teoría de la Comunicación Humana desarrollado por Watzlawick y colaboradores (1985). Según este axioma, la naturaleza de una relación depende de la puntuación o la gradación que los participantes hagan de las secuencias comunicacionales entre ellos; tanto el emisor como el receptor estructuran el flujo de la comunicación de diferente forma y, así, interpretan su propio comportamiento como mera reacción ante el otro. Cada uno cree que la conducta del otro es la causa de su propia conducta, cuando lo cierto según los autores es que la comunicación humana no

puede reducirse a un sencillo juego de causa-efecto, sino que es un proceso cíclico, en el que cada parte contribuye a la continuidad, ampliación o modulación del intercambio. Los casos de comunicación problemática constituyen círculos viciosos que no se pueden interrumpir a menos que la comunicación misma se convierta en el tema de comunicación (metacomunicación), y para ello es necesario colocarse fuera del círculo. En base a esta explicación de este axioma de la Teoría de la Comunicación Humana referente al concepto de “puntuación”, encontramos varios paralelismos con el concepto de “posicionamiento” del Diálogo Abierto:

(1) El principio de circularidad en la comunicación humana podría ser aplicado al concepto de “posicionamiento”, ya que el diálogo consiste en la unión de los posicionamientos de los distintos participantes de la terapia, los cuales interaccionan y se influyen mutuamente en el curso de la sesión.

(2) La metacomunicación, entendida como el proceso de comunicarse sobre la propia comunicación, puede ser una estrategia útil para los terapeutas a la hora de invitar a la pareja o la familia a permanecer fuera de su propio punto de vista y del otro. Diálogos de este tipo permiten reflexionar sobre la posición que cada cónyuge está tomando en la conversación.

#### ***4.2.3 Concepto de “destinatario”***

Toda intervención va dirigida a un interlocutor presente en la sesión, ya que cada una de ellas es la respuesta a lo que se ha dicho anteriormente (Bakhtin, 1986; Seikkula et al., 2012). La intervención puede dirigirse directamente a alguien que está presente en la sesión. Se puede expresar directamente la opinión sobre el tema de conversación; se puede estar de acuerdo con lo que se dijo previamente, se puede objetar, o se puede estar en parte de acuerdo, añadiendo el propio punto de vista sobre lo que se ha dicho, y así sucesivamente. Sin embargo, en un diálogo con múltiples participantes, es habitual que se hable a una persona, pero que al mismo tiempo, se sea consciente de la presencia de las demás personas que se encuentran en sesión, de modo que las intervenciones pueden ser modificadas debido a su presencia. En este sentido, los demás interlocutores que también están presentes forman parte de la audiencia a la que uno dirige sus intervenciones. Bakhtin (1986) se refiere a todas estas personas como “destinatarios”.

En terapia de pareja y familia, frecuentemente una persona habla dirigiéndose de forma explícita a un destinatario, quien es considerado el destinatario directo, pero indirectamente pretende que una tercera persona escuche su comentario, quien es el destinatario indirecto de la intervención (Vall et al., 2016). Por ejemplo, un miembro de una pareja puede estar hablando con uno de los terapeutas, pero sin embargo, su mensaje puede ir dirigido de modo indirecto al cónyuge. Al analizar diálogos, resulta interesante detectar quién es el destinatario directo e indirecto de las intervenciones al ser ésta una información con un claro componente relacional (Seikkula & Olson, 2016).

Bakhtin (1986) dio un paso más allá en esta conceptualización y consideró que, en un diálogo, un tercero está siempre presente, incluso cuando dos personas están hablando el uno con el otro de forma directa. En este caso, las dos personas están hablando en el momento presente. Y, al mismo tiempo, cuando están hablando de asuntos emocionales, también pueden estar dirigiendo sus palabras a personas ausentes en la sesión pero que son significativas para ellos. Al analizar los diálogos, no siempre resulta una tarea sencilla reconocer los destinatarios. No suelen haber demasiadas dificultades cuando se trata de un destinatario que está presente en la sesión terapéutica, ya que en estos casos uno se puede referir abiertamente a su destinatario y así puede definirse. Aunque también los destinatarios pueden estar presentes en el diálogo interno de la persona que transmite un mensaje, afectando así su entonación, su elección de palabras, sus gestos corporales, entre muchos otros aspectos, y en este caso no son destinatarios abiertamente reconocibles (Seikkula & Olson, 2016).

La aplicación de estas ideas en el ámbito de la terapia de pareja o de familia implica la suposición básica de que la presencia de los terapeutas en una relación de mutua reciprocidad con los pacientes puede ser la base necesaria para el cambio positivo en sus vidas. Tal vez lo más importante sea que los miembros de la pareja o de la familia también se encuentran en una relación de mutua reciprocidad entre sí, y de esta manera, se convierten en los mayores contribuyentes para este cambio positivo. La calidad específica de cualquier tipo de terapia de pareja o familia consiste en que sus miembros se conviertan en personas que están presentes e involucradas en los diálogos terapéuticos. Por tanto, todas las intervenciones estarán influenciadas por las demás personas presentes, y afectan a la vez a todas ellas, incluyendo a los terapeutas (Seikkula et al., 2012; Stiles et al., 2004).

#### 4.2.4 Concepto de “momento presente”

Desde la aproximación del Diálogo Abierto, el principal desafío para los terapeutas se convierte en estar presente en el momento actual de la sesión terapéutica y adaptar sus acciones a lo que está pasando en el aquí y ahora en cada turno de diálogo (Seikkula & Trimble, 2005; Seikkula & Olson, 2016). Según esta conceptualización, el terapeuta debería ser flexible para adaptarse a aquello que sucede en el diálogo en el momento presente, por ejemplo, respondiendo a cambios en el tono de voz de los demás participantes, a sus gestos, a las repeticiones de palabras, o bien a frases incomprensibles o inacabadas.

Andersen (1995) estudió dos posibles realidades con las que un terapeuta de pareja o familia se puede encontrar en su práctica clínica. En la primera realidad, el terapeuta gestiona cuestiones que pueden ser descritas de diversas maneras, y se tratan de cuestiones “vivas” y “visibles”. Por ejemplo, un terapeuta en terapia de pareja o familia podrá facilitar que las diferentes voces de los pacientes se sientan escuchadas cuando se produzca una discusión, de tal forma que no haya una perspectiva que sea considerada como válida y la otra como errónea. Pero también existe otra realidad en la que se tratan cuestiones “vivas” aunque “invisibles”. En esta realidad, el terapeuta experimenta la sensación de que hay algo que está sucediendo pero no cuenta con una definición que pueda ser precisada con palabras para darle una explicación. Por ejemplo, un apretón de manos; es algo que ocurre en nuestra participación corporal o no verbal en el diálogo de la sesión, y aunque no es comentada a través de la palabra, permanece en nuestra experiencia corporal (“*embodied experience*”) del momento presente (Seikkula, 2008). Es especialmente en esta segunda realidad, en que no interviene la palabra, cuando el momento presente en psicoterapia cobra real importancia.

Stern (2004) enfatiza la importancia del momento presente en las descripciones hechas en psicoterapia que se centran en las narrativas de los pacientes. En el contexto de la terapia de pareja y familia, basada en generar diálogo, se trata de cambiar el foco del contenido de las narrativas al momento presente en que estas narrativas son contadas. Los terapeutas y los pacientes en terapia viven en una experiencia corporal conjunta (“*joint embodied experience*”) que ocurre antes de que las experiencias de los pacientes sean formuladas en palabras. Como en un diálogo en su conjunto, una

conciencia intersubjetiva emerge (Seikkula, 2008); nuestra identidad social se construye adaptando nuestras acciones a las de los demás. Según Bakhtin (1986), uno sólo se puede conocer a sí mismo cuando se ve a través de los ojos del otro. Las personas emergen en contacto real con otros y se adaptan a ellos en una danza continua basada en movimientos automáticos sin controlar su comportamiento en palabras.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, en la Figura 1 se muestran los conceptos desarrollados en el marco del Diálogo Abierto por Bakhtin (1984, 1986) ilustrados en una conversación terapéutica en terapia de pareja a modo de ejemplo. En esta conversación, la mujer está hablando, y debido a la calidad polifónica del lenguaje, tiene un repertorio de distintas voces que están relacionadas con sus experiencias vividas. En función de cuál sea el tema de conversación, se activarán en ella unas voces u otras. Por ejemplo, supongamos que el tema de la depresión activa en la mujer la voz de “enferma”. En su discurso, la voz de “enferma” de la mujer está unificada con una perspectiva o posicionamiento desde la que está expresando el mensaje y participando en el diálogo terapéutico. Podría posicionarse en relación a su marido como “incomprendida” ante la depresión y posicionarle a él como “culpable” de dicha incomprensión. Al mismo tiempo, los terapeutas son invitados a tomar posiciones en la dinámica relacional de la pareja. Ellos deberán permanecer atentos a las propuestas implícitas y reflexionar sobre dicho posicionamiento.

Además, como suele ser habitual en un diálogo con múltiples participantes, en este caso la mujer está hablando con la terapeuta 1, aunque sus intervenciones están influenciadas también por la presencia de las demás personas que están en sesión. De este modo, aunque la terapeuta 1 sea la destinataria directa, la mujer puede estar dirigiendo su discurso implícitamente al hombre, siendo éste el destinatario indirecto de la intervención. Debido a que el mensaje está implícitamente dirigido al hombre, él podría sentirse destinatario del discurso de la mujer, y por tanto, podría dar respuesta a su intervención. Las voces tienen una naturaleza social y relacional, de modo que el discurso a través de la voz de “enferma” de la mujer está en flujo permanente de interacción con los demás, y podría activar la voz de “experto” del hombre. Por su parte, los terapeutas podrían estar atentos a lo que está ocurriendo en el aquí y ahora de la conversación y responder no sólo al contenido del discurso de la pareja, sino también a los cambios que se produzcan en su tono de voz, a sus gestos, o a sus movimientos corporales. Por ejemplo, al centrar la conversación en el aquí y el ahora, podría escuchar

las voces de ambos miembros de la pareja presentes en ese momento y explicitar el conflicto que está habiendo en el momento presente de la sesión.

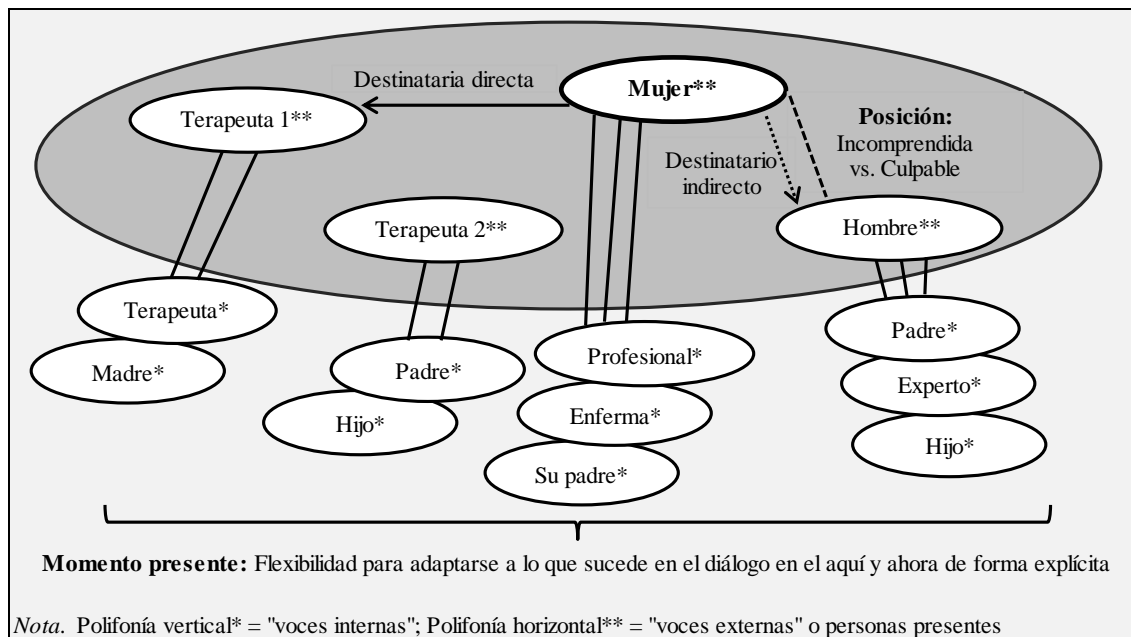


Figura 1. Ilustración y ejemplificación de los conceptos desarrollados en el marco del Diálogo Abierto (Bakhtin, 1984, 1986)

El método de IDC ha sido aplicado en el contexto de terapia familiar para el tratamiento de la psicosis (Guregard & Seikkula, 2012; Seikkula et al., 2012), en terapia grupal para hombres que han vivido situaciones de maltrato (Rasanen et al., 2012a, 2012b) y en terapia de pareja para situaciones de violencia doméstica (Keltikangas, Kulta, & Kyrö, 2014; Vall et al., 2014; Vall et al., 2016). La presente investigación tiene un especial interés, ya que hasta la actualidad, no existen estudios que hayan utilizado este método en el contexto de la terapia de pareja para la depresión, y en concreto, que hayan tenido en cuenta el nivel de ajuste diádico de las parejas y que hayan profundizado en el establecimiento de la alianza terapéutica como variables relevantes para el resultado de la terapia.

Investigaciones previas sobre las conversaciones en psicoterapia (Guregard & Seikkula, 2012; Seikkula, 2002) han demostrado que determinadas cualidades dialógicas están relacionadas y pueden ser influyentes en el resultado de la terapia. Consideramos que existen multitud de factores que pueden afectar al resultado terapéutico, tanto dentro como fuera del contexto de intervención, y por tanto, no se puede asumir que las cualidades dialógicas tomadas de forma aislada puedan ser

suficientes para explicar el resultado de una terapia. Sin embargo, en las investigaciones dialógicas, el investigador pretende profundizar en los elementos de la interacción de la forma más amplia e inclusiva posible, y al hacerlo, se espera abrir nuevas perspectivas aplicables a una variedad de contextos de tratamiento (Rasanen et al., 2012a, 2012b).

Diversos estudios dialógicos han propuesto que la construcción de un cambio en psicoterapia es facilitado a través de las interacciones dialógicas, refiriéndose a una conversación caracterizada por una escucha abierta y de aceptación, en la que los pacientes toman la iniciativa de la conversación y en la que los terapeutas son co-constructores del diálogo terapéutico (Andersen, 1995; Guregard & Seikkula, 2012; Seikkula, 2002).

La construcción de un diálogo dialógico ha sido considerada característica de casos con buen resultado, mientras que la presencia de un diálogo monológico es característica de casos con desfavorable resultado. En todos los contextos terapéuticos estudiados, los casos con buen resultado estaban caracterizados por una escucha atenta y por el ajuste de las respuestas de un interlocutor a lo que se había dicho previamente - forma de responder dialógica- en lugar de responder de forma que las intervenciones rechacen o refuten opiniones o comentarios anteriores de otros interlocutores -forma de responder monológica- (Seikkula, 2002; Vall et al., 2014). De acuerdo con la investigación previa, se asume que el diálogo dialógico contribuye favorablemente a la co-construcción de un nuevo significado de la problemática como un proceso compartido por los participantes en una conversación con múltiples voces (Seikkula et al., 2012; Seikkula, 2002, 2008; Laitila, Aaltonen, Wahlström, & Agnus, 2001, 2005).

La investigación ha demostrado en el ámbito de la terapia familiar que en los casos con buen resultado, y en los que primaba un diálogo dialógico, un tema de conversación se mantenía durante más tiempo en la sesión si se comparaba con otros casos con desfavorable resultado y con diálogo monológico (Guregard & Seikkula, 2012; Seikkula, 2002).

Rasanen et al. (2012a, 2012b) encontraron en el contexto de la terapia grupal para hombres en situación de maltrato que la cantidad de conversaciones dialógicas incrementaron a lo largo del proceso terapéutico, y contrariamente, las conversaciones monológicas disminuyeron conforme la terapia avanzó. En esa misma línea, Vall et al.

(2014) también detectaron en terapia de pareja en situaciones de violencia doméstica un incremento de la proporción de diálogo dialógico en el transcurso de la terapia. Dichos resultados fueron distintos a los que se habían obtenido en anteriores investigaciones en terapia de pareja, en las que la proporción de discurso monológico fue superior al dialógico a lo largo de toda la terapia (Keltikangas et al., 2014).

Todos estos autores coinciden en que la presencia de la pareja en terapia ayuda a generar la capacidad de reflexionar sobre sus dinámicas relacionales y sus elementos de conflicto, y esto resulta posible siempre y cuando se propicie una co-construcción de nuevos significados a través de un discurso dialógico (Mendez, Horst, & Stith, 2014).

Una conversación puede contener un nivel de expresión simbólico cuando los mensajes no tienen el mismo significado para todos los participantes. En consecuencia, las diferencias de significados entre los participantes son los principales desencadenantes de la articulación y la comparación de las distintas perspectivas, procesos que impulsan el descubrimiento de nuevos significados compartidos. En la definición, negociación y construcción de significados se necesitan conceptos abstractos que permitan la expresión a un nivel simbólico (Seikkula, 2002, 2008). Cuando una pareja o familia tiene la posibilidad de participar en un área de lenguaje simbólico, el diálogo suele persistir por más tiempo alrededor de un tema específico. Mientras que, en el lenguaje indicativo, la conversación suele basarse en un formato de pregunta y respuesta que limita la posibilidad de crear significados conjuntos y co-construidos por los miembros de la pareja o de la familia (Seikkula & Arnkil, 2014). Algunas investigaciones sugieren que el lenguaje simbólico es característico de las secuencias de las sesiones en que se produce un diálogo dialógico. Por tanto, la interacción dialógica y el habla con significado simbólico aparecieron simultáneamente (Rasanen et al., 2012a, 2012b).

Este hecho ha conllevado que la investigación dialógica, tanto en terapia de pareja como familiar, considere estas cualidades del discurso relacionadas con el resultado obtenido (Seikkula et al., 2012). La construcción de significado simbólico y el diálogo dialógico caracteriza a los casos con buen resultado, mientras que la presencia de lenguaje indicativo y diálogo monológico caracteriza casos con desfavorable resultado (Seikkula, 2002; Seikkula & Olson, 2016; Vall et al., 2016). En consecuencia, estudios en los que se preste atención a estas cualidades dialógicas proporcionan



herramientas para generar un tipo de conversación que promueva el cambio en los pacientes.

La interconexión entre estas cualidades del diálogo tiene un específico interés. El mantenimiento de un diálogo mutuo y co-construido por los interlocutores parecía estar facilitado por el uso de lenguaje simbólico (Seikkula, 2002), así como las conversaciones sobre hechos concretos y fácticos parecían llevarse a cabo con secuencias de pocas intervenciones y con respuestas de una sola palabra. Los significados simbólicos se generan en un diálogo en que una palabra conlleva una variedad de distintos posibles significados que emergen en el contexto del momento presente. Esto sucede de un modo creativo en un diálogo dialógico en que los interlocutores se mueven hacia el punto de vista del otro y emergen múltiples voces. En un diálogo monológico, no se produce un intercambio creativo de los puntos de vista de los distintos interlocutores, y por tanto, el proceso de aprendizaje significativo en ellos es más limitado (Rasanen et al., 2012a; Vygotsky, 1981).

En el ámbito de la terapia grupal, se consideró que las principales diferencias entre los casos con favorable y desfavorable resultado tuvieron que ver con la iniciación y la respuesta de los pacientes al discurso simbólico. En los casos con buen resultado, los pacientes espontáneamente produjeron conversaciones a un nivel simbólico. Por contraste, en los casos con desfavorable resultado, cuando los terapeutas intentaban llevar la discusión a un nivel de conversación más abstracto, los pacientes habitualmente no seguían la propuesta, y en lugar de eso, mantenían su discurso a un nivel de significado indicativo. En cambio, ante las contribuciones de los terapeutas, los pacientes de casos con buen resultado adaptaban su discurso de un modo flexible a un nivel de significado simbólico (Rasanen et al., 2012a).

En el contexto de la terapia de pareja, las investigaciones previas apoyan la relevancia del lenguaje simbólico en la construcción de nuevos significados compartidos acerca de los problemas relacionales de la pareja (Seikkula et al., 2012; Laitila et al., 2001, 2005). Cuando se asumen estos nuevos significados, el ciclo disfuncional de interacción puede ser comprendido y substituido por nuevos patrones de funcionamiento (Sprenkle, Davis, & Lebow, 2009). Este proceso puede ser logrado a través de diálogos dialógicos, y específicamente a través de diversas estrategias

terapéuticas como son el uso del lenguaje simbólico y el discurso con destinatarios con múltiples voces (Vall et al., 2016).

Además, la investigación sobre dominancia en el tratamiento familiar de la psicosis ha vinculado la dominancia semántica e interaccional de los pacientes con el favorable resultado terapéutico, mientras que la conexión entre la dominancia cuantitativa de los pacientes y el resultado terapéutico no ha sido reportada (Guregard & Seikkula, 2012; Seikkula, 2002).

Resultados similares fueron encontrados en el contexto de la terapia grupal para hombres que han vivido situaciones de violencia, con la particularidad que los terapeutas presentaron dominancia semántica e interaccional al inicio del tratamiento, estableciendo la estructura del tratamiento mediante un lenguaje indicativo. En cambio, en fases avanzadas, fueron los pacientes quienes presentaron estos dos tipos de dominancia y los terapeutas adoptaron un rol no directivo mediante lenguaje simbólico (Rasanen et al., 2012a, 2012b). Por tanto, los terapeutas definieron los temas de discusión y organizaron activamente turnos de conversación al inicio del tratamiento. En cambio, los pacientes presentaron en toda la terapia la dominancia cuantitativa, y conforme el proceso avanzó, fueron capaces de introducir nuevos temas de conversación y gestionar por sí mismos los turnos de habla. En estos estudios, no hubo diferencias significativas entre los casos con buen resultado y desfavorable resultado en la dominancia cuantitativa, y sin embargo, los casos con buen resultado obtuvieron porcentajes más elevados en términos de dominancia semántica e interaccional.

En terapia de pareja para situaciones de violencia doméstica, ha sido demostrado que al inicio del tratamiento, los hombres fueron cuantitativa e interaccionalmente más dominantes, y en contraposición, las mujeres tendieron a tener más control en los temas sobre los que se discutía –dominancia semántica– que sus parejas (Keltikangas et al., 2014). Estos resultados expresaron el “juego de control y poder” en que participaban las parejas y las expresiones de poder de hombres y mujeres que pudieron ser identificadas en los hallazgos sobre la dominancia. Mientras que la expresión femenina de poder parecía tomar un carácter de “invisibilidad” manifestado a través de la dominancia semántica, la expresión masculina de poder estuvo más caracterizada por la dominancia cuantitativa. Los resultados de dominancia fueron indicativos de la “lucha interna”

establecida en los miembros de la pareja, cada uno con estrategias discursivas distintas, para sentir que su voz era escuchada en terapia (Seikkula, 2002).

Estudios posteriores en el contexto terapéutico de pareja corroboraron parcialmente estos resultados, al encontrar que los hombres presentaron más dominancia cuantitativa y las mujeres más dominancia semántica. Sin embargo, en estos estudios la dominancia interaccional fue baja en ambos miembros de la pareja igualmente (Vall et al., 2014; Vall et al., 2016), contrariamente a Keltikangas et al. (2014) quienes encontraron que los hombres presentaban más dominancia de este tipo que las mujeres. La dominancia cuantitativa y semántica presente en la pareja conlleva que los terapeutas tengan el reto de implicarse en las dinámicas comunicativas de la pareja, y para ello, el uso de la dominancia interaccional es útil (Seikkula, 2002). Permite a los terapeutas regular el habla de la pareja y minimizar la dinámica relacional de “poder y control”.

Los resultados parecen indicar que la dominancia interaccional de los terapeutas fue una estrategia importante que resultó útil para poner fin a un proceso de escalada en la conversación de la pareja (Vall et al., 2016; Whitaker, Haileyesus, Swahn, & Saltzman, 2007; Yoon & Lawrence, 2013). En las primeras sesiones, cuando las parejas suelen estar más atrapadas en el ciclo disfuncional de interacción, la dominancia interaccional de los terapeutas puede ayudar a interrumpir dicho ciclo, dirigiendo el discurso a un solo miembro de la pareja cada vez (Sprenkle et al., 2009). Este tipo de dominancia posibilita invitar a nuevos hablantes en la conversación, y al hacerlo, el terapeuta puede desarrollar su sensibilidad dialógica para la multiplicidad de formas de respuesta de los participantes (Seikkula et al., 2012).

Además, Vall et al. (2016) comprobaron en su estudio de caso que la pareja presentó sus valoraciones más bajas en alianza terapéutica en las sesiones en que los terapeutas presentaron sus porcentajes más elevados de dominancia cuantitativa y semántica. Así pues, parece ser que la dominancia interaccional de los terapeutas no afecta a la construcción de la alianza terapéutica, mientras que la dominancia cuantitativa y semántica de los terapeutas sí parece afectar, al menos en la fase inicial del tratamiento.

Estos estudios ponen de manifiesto que los terapeutas en los distintos contextos terapéuticos utilizan activamente la dominancia semántica e interaccional al inicio del proceso terapéutico, y que sería esperable que a medida que la terapia avance, sean cada vez menos dominantes (Keltikangas et al., 2014; Rasanen et al., 2012a, 2012b; Vall et al., 2016). La dominancia interaccional de las parejas y de las familias les permite mayores posibilidades de control sobre las iniciativas y las respuestas en nuevos temas de discusión. Esto podría interpretarse como un signo de mayores posibilidades de convertirse en agentes activos de cambio de sus historias narradas (Seikkula & Arnkil, 2014).

Como señaló Sprenkle et al. (2009) un fenómeno habitual en terapia de pareja es que los dos miembros de la pareja traten de evitar la responsabilidad de la situación problemática. Esta es una respuesta habitual en tanto que cada uno de ellos intenta utilizar el comportamiento del otro para justificar el propio. En este contexto, la cuestión de la responsabilidad es de gran importancia desde una perspectiva dialógica; los terapeutas que trabajan desde el enfoque dialógico deben esforzarse para incorporar las voces de todos los participantes en la terapia (Seikkula & Trimble, 2005). En base a esta idea, una estrategia terapéutica eficaz en terapia de pareja es la formulación de preguntas que van dirigidas a escuchar las voces de ambos miembros de la pareja, lo que se conoce como intervenciones con “destinatarios con múltiples voces” (Seikkula et al., 2012).

Este tipo de intervenciones son útiles al contribuir que los dos miembros de la pareja se sientan tomados en cuenta en la conversación terapéutica. Como resultado, a través de una sola intervención los terapeutas pueden ser capaces de iniciar un cambio en todos los participantes. Además, las cuestiones de este tipo permiten que los pacientes se sientan destinatarios sin que la pregunta se les refiera de forma directa. Esto significa que la persona hacia quien va dirigida la intervención indirectamente puede sentirse menos bajo presión, y al mismo tiempo, puede movilizarse hacia la aceptación de la co-responsabilidad (Seikkula, 2002; Vall et al., 2014). La estrategia de hablar con “destinatarios con múltiples voces” y con lenguaje simbólico favorece el diálogo dialógico en terapia y la construcción de nuevos significados compartidos por los participantes (Rasanen et al., 2012a; Vall et al., 2016).

Otra estrategia terapéutica que se ha demostrado eficaz en terapia de pareja es el diálogo reflexivo con los pacientes (Seikkula, 2008; Seikkula & Trimble, 2005) y el meta diálogo (Stith et al., 2012) entre los terapeutas. Esta estrategia dialógica tiene el potencial de producir cambios relevantes en la pareja e incrementar su posicionamiento reflexivo en el diálogo. Mediante el diálogo reflexivo, los terapeutas pueden invitar a la pareja a permanecer fuera del propio punto de vista y del otro. Diálogos de este tipo permiten reflexionar sobre la posición que cada cónyuge está tomando –un objetivo básico cuando se pretende causar un cambio en el ciclo de interacción de la pareja, siendo éste un factor importante en el desarrollo de la terapia de pareja- (Sprenkle et al., 2009). Por tanto, desde la perspectiva del enfoque dialógico, la focalización de la conversación en el momento presente mediante un lenguaje reflexivo permite centrarse en el patrón relacional, en la dinámica de la comunicación y en la posibilidad de que se produzca una retroalimentación significativa para la pareja (Seikkula, 2002; Seikkula et al., 2012; Vall et al., 2014).

Asimismo, otra estrategia eficaz que ha sido identificada en las investigaciones dialógicas en terapia de pareja es la posición directiva de los terapeutas. Esta estrategia permite romper el ciclo de interacción disfuncional (Vall et al., 2014). La estructuración por parte de los terapeutas de los turnos de habla, mediante la dominancia interaccional, resulta útil ya que en terapia de pareja los pacientes tienden a entrar en discusiones sobre los mismos temas de conflicto y suele ser complejo avanzar en la conversación (Sprenkle et al., 2009).

En la revisión de la literatura sobre las investigaciones dialógicas, no se han encontrado estudios previos que hayan examinado el diálogo en casos de terapia de pareja para la depresión en función del nivel de ajuste diádico y del establecimiento de la alianza terapéutica, ni tampoco que hayan detectado las cualidades dialógicas asociadas a un buen resultado terapéutico, como sugieren los autores del método de IDC (Seikkula et al., 2012; Seikkula & Olson, 2016). Estudios de este tipo contribuirían a detectar estrategias dialógicas que pueden promover el cambio terapéutico en esta modalidad de terapia.

## SEGUNDA PARTE. APLICACIÓN EMPÍRICA

### 5. Objetivos e hipótesis

---

5.1 Objetivos generales

5.2 Objetivos específicos

5.3 Hipótesis



## **5. Objetivos e hipótesis**

---

### **5.1 Objetivos generales**

En primer lugar, explorar la interacción entre el ajuste diádico, la construcción de la alianza terapéutica y el resultado del tratamiento, en base a la sintomatología depresiva, en casos de terapia de pareja cuando uno de los cónyuges está diagnosticado de depresión.

En segundo lugar, contribuir en el estudio del análisis del diálogo en terapia de pareja con depresión, con el propósito de (a) determinar cualidades dialógicas que están presentes en los casos en función del nivel de ajuste diádico y resultado del tratamiento; y (b) profundizar en los procesos de establecimiento de la alianza terapéutica.

### **5.2 Objetivos específicos**

En referencia al primer objetivo general, se han planteado los siguientes objetivos específicos:

1. Realizar un análisis descriptivo de las puntuaciones globales de las dimensiones que configuran la alianza terapéutica mediante el modelo SOATIFO.
2. Analizar la correlación entre el nivel de ajuste diádico, el resultado del tratamiento, en base a la sintomatología depresiva, y la alianza intrasistema.



En cuanto al segundo objetivo general, se han determinado los siguientes objetivos específicos:

3. Explorar las cualidades dialógicas de dos casos de terapia de pareja con depresión; uno con bajo ajuste diádico y desfavorable resultado terapéutico y otro con alto ajuste diádico y favorable resultado terapéutico, en base a la sintomatología depresiva.
4. Determinar el contenido del diálogo en los dos casos de terapia de pareja en función de las dimensiones de la alianza terapéutica.
5. Profundizar en las cualidades dialógicas de las parejas y las estrategias dialógicas de los terapeutas en los dos casos analizados en función del establecimiento de la alianza intrasistema.

### **5.3 Hipótesis**

Las siguientes hipótesis hacen referencia al análisis descriptivo y estadístico de la alianza terapéutica:

- H1. Las parejas con alto ajuste diádico obtendrán puntuaciones más positivas en la alianza intrasistema en comparación con las parejas que presenten un bajo ajuste diádico.
- H2. El nivel de deterioro en el ajuste diádico de la pareja al inicio de la terapia influirá en la dificultad de construir la alianza intrasistema, afectando negativamente al resultado de la terapia.

En referencia a las cualidades dialógicas de las parejas y de los terapeutas, las hipótesis que nos planteamos son las siguientes:

H3. Las cualidades dialógicas de la pareja con bajo ajuste diádico se basarán en el discurso monológico, la utilización del lenguaje indicativo y del modo narrativo externo, así como en la dominancia cuantitativa y semántica presente de forma desequilibrada entre los cónyuges. En cambio, las cualidades dialógicas de la pareja con alto ajuste diádico se basarán en el discurso dialógico, la utilización del lenguaje simbólico y del modo narrativo reflexivo, así como en la dominancia cuantitativa y semántica presente de forma equitativa entre los cónyuges.

H4. En cuanto a las cualidades dialógicas de los terapeutas, en ambos casos presentarán dominancia interaccional al inicio de la terapia, y en concreto en el caso con alto ajuste diádico, reducirán su directividad al final de la terapia. Además, los terapeutas del caso con alto ajuste diádico centrarán más la conversación en el momento presente en comparación con los terapeutas del caso con bajo ajuste diádico.

H5. La pareja con bajo ajuste diádico presentará una alianza intrasistema negativa cuando el tema de conversación en la sesión sea la relación de pareja y la depresión. Por el contrario, la pareja con alto ajuste diádico presentará una alianza intrasistema positiva cuando aparezcan estos mismos temas de conversación.

H6. La pareja con bajo ajuste diádico hablará con poca variedad de voces, presentará posicionamientos rígidos e invariables, y las intervenciones tendrán destinatarios con múltiples voces, dirigiendo así su discurso mayoritariamente a los terapeutas. En cambio, la pareja con alto ajuste diádico hablará con una mayor variedad de voces, los posicionamientos serán más flexibles y su discurso irá dirigido hacia el cónyuge de forma directa, sobre todo al final de la terapia.

H7. Las estrategias terapéuticas basadas en focalizar el discurso en el momento presente, en posicionar a la pareja como una unidad en el proceso terapéutico y como agentes activos de cambio contribuirán positivamente al resultado terapéutico.



## 6. Método

---

6.1 Diseño

6.2 Participantes

6.3 Instrumentos

6.4 Procedimiento

6.5 Análisis de datos



## 6. Método

---

### 6.1 Diseño

Estudio de casos con una metodología mixta observacional indirecta y semiestructurada para realizar el análisis de la alianza terapéutica en los casos incluidos en la investigación. El análisis dialógico fue realizado tanto con datos cuantitativos, derivados del Método de IDC y de la codificación del NPCCS, como con datos cualitativos, derivados de las transcripciones de las sesiones de psicoterapia.

Con este diseño pretendemos aportar un conocimiento dinámico y micro analítico sobre la construcción de la alianza terapéutica y también sobre el diálogo en procesos terapéuticos con múltiples participantes, como es el caso de la terapia de pareja. En primer lugar, las investigaciones actuales sobre la alianza terapéutica recomiendan estudios precisos para estudiar cómo se genera la creación de ésta (Hatcher & Barends, 2006). En ese sentido, se sugieren investigaciones que analicen “eventos interpersonales de pequeña escala” dentro de la terapia (Horvath, 2011). En segundo lugar, se han contemplado las investigaciones que incorporan la visión del diálogo como productor de cambio en la terapia de pareja (Seikkula et al., 2012). Así pues, destacamos los estudios que ponen énfasis en explorar el diálogo “en movimiento”, permitiendo estudiar las dinámicas relacionales de las parejas en terapia (Guregard & Seikkula, 2012; Olson et al., 2012; Rasanen et al., 2012a) y las estrategias que los terapeutas pueden usar para generar un cambio en la relación (Seikkula & Olson, 2016; Rasanen et al., 2012b; Vall et al., 2016).

En la línea de Martínez (2006) y Yin (2003), este tipo de diseño es una estrategia dirigida a comprender las dinámicas presentes en contextos singulares con el fin de describir, verificar o generar teoría. Específicamente, ofrece una serie de ventajas en el ámbito clínico, entre ellas la de posibilitar investigaciones sobre tratamientos y desarrollar un estudio atento y exhaustivo sobre la realidad estudiada (Barlow & Hersen, 1988; Hernández, 2007).

## 6.2 Participantes

Se seleccionaron 10 casos de terapia de pareja registrados audiovisualmente en que uno de los cónyuges era diagnosticado de un Trastorno Depresivo Mayor (TDM). En algunos casos, se presentaba un Trastorno Depresivo Mayor episodio único (n=4) o un Trastorno Depresivo Mayor recidivante (n=6).

Los pacientes fueron evaluados bajo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; APA, 2000) y nosotros partimos de esa clasificación para referirnos a los casos del presente estudio. Posteriormente, se hizo la aportación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2014), el cual realiza una nueva clasificación para el Trastorno Distímico, pero en el caso de la Depresión Mayor los criterios diagnósticos siguen siendo los mismos.

Los casos escogidos se obtuvieron mediante un convenio de colaboración, establecido en junio del 2013, entre el Dr. Guillem Feixas de la *Universitat de Barcelona* y la Dra. Anna Vilaregut de la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport (FPCEE) Blanquerna, Universitat Ramon Llull*. El conjunto de casos seleccionados formaban parte de un proyecto de investigación I+D+i (2012-2014), titulado *Terapia Cognitiva para la Depresión Unipolar: Eficacia de una Intervención Centrada en Dilemas* financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación, Dirección General de Investigación y Gestión del Plan Nacional de I+D+i (Subdirección General de Proyectos de Investigación) con referencia PSI2011-23246, dirigido por el Dr. Guillem Feixas.

Durante tres años, se evaluaron 210 pacientes en centros de salud mental y atención primaria de Barcelona que colaboraban en el proyecto de investigación mencionado. A los pacientes que cumplían criterios diagnósticos de Depresión Mayor o Distimia se les ofrecía la posibilidad de recibir tratamiento individual o de pareja. De todos los pacientes evaluados, 133 fueron incluidos en el estudio organizado por la *Universitat de Barcelona*. De todos ellos, 17 iniciaron un tratamiento protocolizado de terapia de pareja desde el enfoque sistémico.

Tuvimos acceso a 10 casos de terapia de pareja grabados, los cuales forman parte de la tesis doctoral, realizada en el *Grup de Recerca de la Parella i Família*

(GRPF SGR-953, AGAUR 2014) de la FPCEE, Blanquerna del que es investigador principal el Dr. Carles Pérez-Testor.

Los 10 casos que iniciaron un tratamiento de terapia de pareja, desde un enfoque sistémico, con anterioridad realizaron un proceso de evaluación, que formaba parte del proyecto organizado por la *Universitat de Barcelona*. El proceso de evaluación transcurría en tres sesiones realizadas por evaluadores entrenados en la administración de cuestionarios. En la primera sesión, que se realizaba individualmente con el paciente, se determinaba el diagnóstico mediante la *Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV-TR* (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996). Esta entrevista permitía realizar el diagnóstico de los trastornos más frecuentes del Eje I del DSM-IV-TR. Los evaluadores administraban la entrevista para evaluar los criterios diagnósticos de inclusión en el estudio (Trastorno Depresivo Mayor o Distimia) y los posibles trastornos comórbidos.

En segundo lugar, se administraba el *Inventario de Depresión de Beck II* (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996; adaptación española de Sanz & Vázquez, 2011). Es un inventario de 21 preguntas de auto informe de opción múltiple para medir la gravedad de la depresión. Una vez hecha la entrevista y determinado que la persona cumplía los criterios de inclusión del estudio, se le entregaba una carta al cónyuge, destinada a obtener su colaboración en el tratamiento, y se le convocaba a la segunda sesión de evaluación.

Una vez los cónyuges aceptaban realizar la modalidad de tratamiento en terapia de pareja, debían mostrar la conformidad con el consentimiento informado. En éste se informaba del derecho de confidencialidad de los datos según la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales 15/99 LOPD, así como el uso exclusivo de éstos para fines docentes o científicos y la posibilidad de renunciar a la participación del estudio, si así lo deseaban. A continuación, en esta segunda sesión con los dos miembros de la pareja, se administraba de forma individual la *Escala de Ajuste Diádico Breve* (EAD-13; Santos-Iglesias, Vallejo-Medina, & Sierra, 2009).

En todas las sesiones, tanto de pre-evaluación, de terapia, como de post-evaluación, el paciente y el cónyuge respondían el BDI-II y la EAD-13. En el caso del BDI-II, el cónyuge respondía el cuestionario pensando cómo se sentía su pareja en relación a los síntomas depresivos para efectuar un seguimiento de los síntomas



depresivos a lo largo del proceso. En cuanto a la EAD-13, ésta era respondida individualmente por los dos miembros de la pareja para conocer su evaluación subjetiva sobre la calidad de la relación de pareja. En nuestro estudio disponemos de la puntuación inicial y final del BDI-II del paciente para determinar el resultado final de la terapia, en relación a la mejora o no mejora de la sintomatología depresiva, así como la puntuación inicial y final de la EAD-13 del paciente y del cónyuge para determinar su percepción subjetiva de la calidad de la relación.

Una vez finalizada la fase de evaluación, las parejas eran asignadas a diferentes terapeutas (todos los casos han realizado el tratamiento con terapeutas distintos) para iniciar el proceso terapéutico, con una duración flexible, que transcurría entre 12 y 20 sesiones. Los terapeutas trabajaban en pares en co-terapia y tenían menos de cinco años de experiencia clínica. El terapeuta había finalizado su formación en el *Máster en Terapia Familiar* de l'Escola de Teràpia Familiar Sistèmica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona (*Universitat Autònoma de Barcelona*) y el co-terapeuta estaba cursando el *Máster de Terapia Cognitivo Social* de la *Universitat de Barcelona*. Todas las sesiones fueron registradas audiovisualmente y visualizadas en sesiones de supervisión con un terapeuta experto.

Las parejas recibían terapia desde el enfoque sistémico siguiendo el Manual de Terapia Sistémica de Pareja para la Depresión (*Systemic Couple Therapy for Depression*) de Jones y Asen (2000). Aunque en apartados anteriores ya hemos comentado las bases teóricas de estos dos autores, a continuación exponemos la estructura del tratamiento que llevaron a cabo las parejas.

A grandes rasgos, la propuesta de Jones y Asen (2000) tiene básicamente una estructura dividida en tres fases principales. En las sesiones iniciales (primeras 3-6 sesiones) la terapia se centra en el problema y las soluciones intentadas y tiene como objetivo disminuir la sintomatología depresiva, así como la participación del cónyuge en el proceso terapéutico (inicialmente el cónyuge se define como un informante). Para tales objetivos, el terapeuta debe explorar la forma en que la pareja define el problema y los síntomas, así como la forma en que el problema se manifiesta a través del tiempo, cómo responden a éste y qué significados se le atribuyen. En las sesiones intermedias (4-7 sesiones intermedias), el trabajo del terapeuta gira en torno a examinar los patrones de la relación a largo plazo para conectar el pasado con las experiencias actuales y

fomentar diversas formas de futuro. La intervención se centra en los patrones disfuncionales de las interacciones de la pareja asociados con el mantenimiento de los síntomas (el cónyuge se convierte en parte de la terapia y deja de ser un informante). La fase final (2-3 sesiones finales) se centra en la consolidación de los cambios, la prevención de recaídas identificando y la anticipación de posibles puntos de crisis.

Expuesto el modo por el cual se obtuvieron los participantes y el procedimiento realizado por la *Universitat de Barcelona*, describimos el conjunto de participantes (N=10) incluidos en la presente tesis doctoral. Del total de participantes diagnosticados de Trastorno Depresivo Mayor, la mayoría eran mujeres (n=8) y una minoría eran hombres (n=2). La media de edad del conjunto de los pacientes era de 53.4 años ( $Dt=9.27$ ) y la media edad del conjunto de cónyuges era de 52.5 ( $Dt=9.83$ ).

En relación al nivel de estudios de los pacientes, el 30% tenían estudios secundarios sin título de graduado, un 20% tenían estudios primarios o estudios secundarios con título de graduado. Un 10% tenían estudios superiores de 3 años, el otro 10% estudios de Formación Profesional I y, finalmente, el 10% restante tenía estudios de Formación Profesional II. Respecto a los cónyuges, el 40% tenía estudios secundarios con título de graduado, el 30% tenía estudios secundarios sin título de graduado, y el 30% restante tenía estudios primarios, estudios de enseñanza superior de 3 años y estudios de Formación Profesional II, con un 10%, respectivamente.

Respecto a la situación laboral el conjunto de pacientes, el 30% se encontraba en una situación de baja laboral, el 20% trabajaba casa y un 20% tenía una incapacidad laboral. El 30% restante estaba activo a jornada completa, en paro o jubilado, con un 10%, respectivamente. En referencia a los cónyuges, el 50% estaba activo a jornada completa, el 20% estaba jubilado y el 20% restante trabajaba en casa o estaba en paro, con un 10%, respectivamente. Respecto al número de hijo en el caso de los pacientes, el 80% tenía dos hijos y en el caso de los cónyuges el 60% también tenían dos hijos (ver Tabla 1).

Tabla 1.  
*Descriptivos sociodemográficos*

Variable		Paciente		Cónyuge	
		<i>n</i>	<i>M (Dt) o %</i>	<i>n</i>	<i>M (Dt) o %</i>
<i>Género</i>	Hombre	2	20%	8	80%
	Mujer	8	80%	2	20%
<i>Edad (años)</i>		10	53.4 (9.27)	10	52.5 (9.83)
<i>Nivel de estudios</i>					
	Primarios	2	20%	1	10%
	Secundarios (sin título de graduado)	3	30%	3	30%
	Bachillerato o equivalente	2	20%	4	40%
	Enseñanza superior 3 años	1	10%	1	10%
	Escuela formación profesional (1er ciclo)	1	10%	-	-
	Escuela formación profesional (2nd ciclo)	1	10%	1	10%
<i>Situación laboral</i>					
	Ama de casa	2	20%	1	10%
	En activo (jornada completa)	1	10%	5	50%
	En activo jornada (parcial)	-	-	1	
	En paro	1	10%	1	10%
	Baja laboral	3	30%	-	-
	Incapacidad laboral	2	20%	-	-
	Jubilado	1	10%	2	20%
<i>Número de hijos</i>					
	Sin hijos	-	-	1	10%
	Un hijo	2	20%	3	30%
	Dos hijos	8	80%	6	60%

El total de los participantes estaban casados. Respecto a los años de relación, el 80% llevaba más de 20 años de relación, mientras que el 20% restante llevaban entre 5 y 10 años de relación o entre 10 y 15 años de relación, con 10%, respectivamente. Finalmente, respecto a los años de convivencia, el 70% llevaba más de 20 años de convivencia, y el 30% restante llevaba entre 15 y 20 años de convivencia, entre 5 y 10 años o no convivía, con un 10%, respectivamente (ver Tabla 2).

Tabla 2.  
*Datos sociodemográficos respecto al estado civil, años de relación y convivencia de las parejas*

<b>Variable</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Estado civil</i> (casado/a)	10	100
<i>Años de relación</i>		
Entre 5 y 10 años	1	10
Entre 10 y 15 años	1	10
Más de 20 años	8	80
<i>Años de convivencia</i>		
No conviven	1	10
Entre 5 y 10 años	1	10
Entre 15 y 20 años	1	10
Más de 20 años	7	70

De los 10 casos de terapia de pareja grabados se transcribió literalmente el discurso de todos los participantes. En la Tabla 3 exponemos los datos descriptivos más relevantes de cada una de las parejas y se puede comprobar la tipología de conflicto que manifestaron a través de su discurso al iniciar el proceso terapéutico. El conflicto expresado más prevalente en los casos de terapia de pareja analizados estuvo relacionado con la familia de origen de la paciente y sólo en dos casos lo estuvo con la familia de origen del cónyuge. Otro conflicto que la pareja expresó en bastantes casos analizados estuvo centrado en su conyugalidad. Por último, otros conflictos expresados por las parejas, aunque con una menor frecuencia, estuvieron centrados en temas como las dificultades económicas, la relación con los hijos y el área laboral.

Tabla 3.  
*Características descriptivas y principales conflictos de las parejas*

<b>Pareja</b>	<b>Número sesiones</b>	<b>Miembros</b>	<b>Conflictos de la pareja</b>
<b>1</b>	18	Paciente (mujer 49 años) Cónyuge (hombre 49 años)	En la F.O. de la paciente
<b>2</b>	13	Paciente (hombre 54 años) Cónyuge (mujer 51 años)	En la conyugalidad Dificultades económicas
<b>3</b>	8	Paciente (mujer 45 años) Cónyuge (hombre 49 años)	En la F.O. de la paciente
<b>4</b>	16	Paciente (mujer 53 años) Cónyuge (hombre 64 años)	En la F.O. de la paciente
<b>5</b>	15	Paciente (mujer 53 años) Cónyuge (46 años)	En la F.O. de la paciente Con la hija de la paciente
<b>6</b>	16	Paciente (mujer 48 años) Cónyuge (hombre 54 años)	En la F.O. de la paciente En la conyugalidad Dificultades económicas
<b>7</b>	9	Paciente (mujer 49 años) Cónyuge (49 años)	En la F.O. de la paciente Con la F.O. del cónyuge por parte de la paciente En la conyugalidad
<b>8</b>	16	Paciente (hombre 40 años) Cónyuge (mujer 34 años)	En el área laboral En la conyugalidad
<b>9</b>	17	Paciente (mujer 61 años) Cónyuge (hombre 61 años)	En la F.O. de la paciente Con la F.O. del cónyuge por parte de la paciente En la conyugalidad
<b>10</b>	7	Paciente (mujer 68 años) Cónyuge (hombre 68 años)	Con el hijo de la pareja

*Nota. F.O.* (familia de origen)

A continuación se realiza la descripción con mayor profundidad de los dos casos de terapia de pareja escogidos para el análisis dialógico.

### ***Caso 1: Caso con bajo nivel de ajuste diádico***

La pareja, María y Amancio (nombres ficticios), ambos de 62 años, aceptaron iniciar la terapia de pareja desde el enfoque sistémico que se inscribía dentro del proyecto de investigación sobre la depresión. Se llevaron a cabo diecisiete sesiones de tratamiento con una periodicidad quincenal. La pareja aceptó la propuesta de iniciar un trabajo terapéutico de esta modalidad debido a la intensificación de la sintomatología depresiva de María y a un aumento en los últimos tiempos de los conflictos conyugales. Amancio trabajaba en una misma empresa desde su juventud y María era ama de casa (Figura 2).

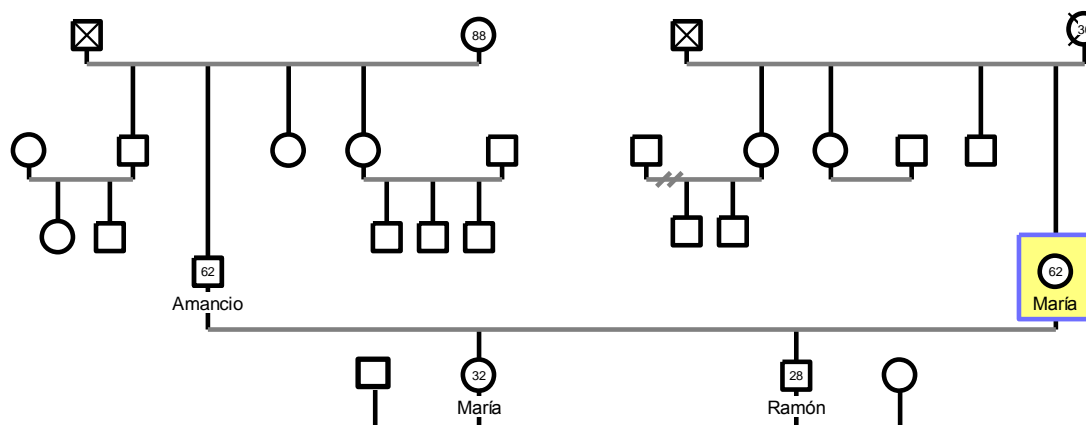


Figura 2. Genograma del caso 1 con bajo ajuste diádico.

María llevaba en tratamiento psiquiátrico desde hacía 34 años debido a su sintomatología depresiva. La paciente, proveniente de Murcia, era la menor de cuatro hermanos. Tenía once meses cuando su madre murió a causa de los malos tratos que recibía por parte de su padre. Desde entonces y hasta que tuvo siete años, María tuvo que responsabilizarse de sus hermanos y de las áreas que atañían a la organización familiar, ya que su padre desapareció de casa durante largos periodos de tiempo y mantuvo una actitud negligente con todos ellos a base de maltrato físico. En referencia a su historia familiar, María tenía recuerdos de un alto grado de exigencia y una responsabilidad exagerada, así como de una falta de valoración y reconocimiento. Provenía de una familia de origen con precarios niveles de nutrición relacional; su familia estaba definida en términos de carencia, desprotección y con una clara ausencia de afectos positivos por parte de su padre, su única figura nutricia durante la infancia.

A los ocho años, decidió trasladarse a Barcelona con sus hermanos en búsqueda de un mejor trabajo mediante el que poder ganarse la vida, aunque en aquella época seguía estando a cargo de sus tres hermanos con graves problemas económicos. El papel de la familia de origen y las experiencias traumáticas durante el desarrollo de la paciente, constituyó un evento crucial en cuanto a su vulnerabilidad frente al estrés así como en su estilo de afrontamiento (Brown, 2002):

*“Cuando vine a Barcelona aún abusaron más de mí, he dado con gente muy mala. Aquello ya fue un infierno. Yo trabajando y cuatro personas a mi cargo para hacer fiambreras, no teníamos agua. Fui una cenicienta. Jamás he dado con nadie que*

*hubiera estado a mi favor. O que me hubiese apoyado. Yo era la esclava de todos ellos”*

(Sesión 3, minuto 20:08)

Amancio era proveniente de Extremadura y emigró a Barcelona a los 18 años, donde tuvo que trabajar y sacrificarse mucho, pero no pasó situaciones tan extremas y carentes como las de María. Siendo el segundo de cuatro hermanos, afirmó tener una relación cordial y satisfactoria tanto con éstos como con sus padres. Su organización familiar priorizaba la unión por encima de la autonomía de sus miembros, siendo así una familia aglutinada, y en términos generales, la atmósfera relacional familiar estuvo definida en términos de protección, valoración y de afectos positivos por parte de sus padres.

Si nos centramos en la conyugalidad de la pareja, María desde el inicio de la relación trataba de compensar la falta de nutrición relacional que tuvo en su familia de origen; la elección de pareja se hizo en base a unas expectativas de protección, afecto y comprensión que no fueron cubiertas en su familia, hecho que no fue posible. María tenía unas elevadas expectativas de ser acogida por la familia de origen de Amancio como si fuera un miembro más, encaje que no fue factible dadas las características aglutinadas de la familia de éste. Como resultado de ello, se produjo un segundo desengaño, en cuyo contexto hubo la irrupción de los síntomas depresivos, cargados de interacciones negativas hacia el cónyuge al ser éste considerado como partícipe de los eventos negativos generadores de insatisfacción en la paciente en su relación de pareja (Beach & Gupta, 2003; Heene et al., 2005):

*“Me hacía falta mucho cariño y todavía lo necesito (...) Yo vengo de una historia, pero cuando me casé esperaba encontrar otra historia. Yo quería tener una familia que me quisiera. Su familia no quiere a nadie forastero, sólo se quieren a ellos. Y después de ellos ya tienen un escudo para que esa persona no entre en esa piña”*

(Sesión 6, minuto 11:04)

En respuesta a ello, Amancio manifestó la imposibilidad de controlar o ayudar a superar los síntomas de María, mostrándose incapaz de dar la nutrición relacional que ésta necesitaba, e instaurándose así una serie rígida de ciclos de interacción (Jones & Asen, 2000):

*“A mí me da rabia que a veces le digo cosas a María y ella se lo toma a mal. Le da la vuelta a mis palabras. Los hermanos han abusado, ha abusado todo el mundo de ella y a veces se molesta si yo le digo que se defienda más con sus hermanos. Le digo que abra los ojos” (Sesión 3, minuto 51:25)*

Existía un desajuste en la jerarquía interna de la pareja basado en un patrón de complementariedad rígida, en el cual el cónyuge ocupaba una posición superior y la paciente una posición inferior. La ausencia de alternancia y polarización rígida de las expectativas en torno a la relación favoreció la aparición de psicopatología. De acuerdo con Campo (2014) y Linares y Campo (2000) la sintomatología de la paciente fue el recurso que le permitió recuperar una cierta iniciativa relacional y el poder en la relación. Los síntomas fueron el terreno en el que todas las personas poderosas que rodeaban a la paciente fracasaron, con el cónyuge en primera opción.

A través de sus comentarios y acciones, se pusieron de manifiesto distintos desacuerdos presentes en la pareja. Así pues, la pareja presentaba las tres tipologías de conflicto que fueron definidas por Campo (2014), lo que suele indicar un pronóstico más negativo en cuanto a su viabilidad como pareja: (a) Tenían desajustes en torno a la organización de la convivencia, sobretodo en referencia a las actividades diarias que uno y otro quería realizar; (b) tenían dificultades en armonizar sus estilos de comunicación y de resolución de conflictos, en especial en temas relacionados con la familia de origen de Amancio y con la depresión; y (c) tenían desacuerdos en cuanto a la definición de la relación, en cuanto al grado de apoyo, cuidado y valoración ofrecido al otro.

Cuando la pareja inició la terapia tenían motivos contrapuestos respecto a la finalidad de la terapia. Estas diferencias motivacionales estaban relacionadas con el tipo de demanda que los cónyuges realizaron. Según Escudero (2009), María formuló una demanda de tipo solícita, es decir, entendía que debía abordar o cambiar algo al formar parte tanto del problema como de su pertinente solución. En cambio, Amancio presentó una demanda de tipo demandante, ya que reconocía que había un problema pero no se percibía a sí mismo como implicado en su solución. Esta divergencia en las formulaciones de la demanda de los clientes conllevó el grado de colaboración por parte de los cónyuges en la terapia.



### ***Caso 2: Caso con alto nivel de ajuste diádico***

La pareja, Isabel y David (nombres ficticios), de 64 y 61 años respectivamente, estuvieron de acuerdo en realizar la terapia de pareja desde el enfoque sistémico que formaba parte del proyecto de investigación sobre la depresión. Se llevaron a cabo dieciséis sesiones de tratamiento con una periodicidad quincenal.

La pareja aceptó la propuesta de iniciar un trabajo terapéutico de esta modalidad debido a la intensificación de la sintomatología depresiva de María en los últimos dos años. Isabel había trabajado como auxiliar de enfermería hasta los 50 años, momento en el que recibió la incapacidad laboral absoluta por patologías físicas, mientras que David había trabajado como técnico de relaciones laborales en una empresa, aunque en el momento de la terapia ya se había jubilado (ver Figura 3).

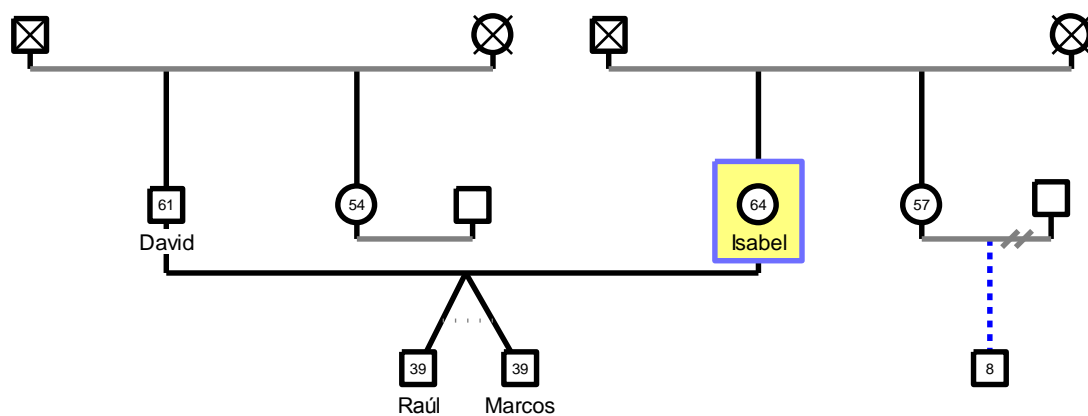


Figura 3. Genograma del caso 2 con alto ajuste diádico.

Isabel estaba en tratamiento psiquiátrico debido a su sintomatología depresiva desde hacía unos 14 años. En referencia a su historia familiar, la familia de Isabel provenía de un pueblo de Navarra, siendo ella la mayor de dos hermanas, y su padre murió durante su juventud a causa de un breve proceso de enfermedad. Al cabo de poco tiempo del fallecimiento de su padre, Isabel decidió emigrar sola a Barcelona con intención de iniciar sus estudios de auxiliar de enfermería, momento en el que conoció a David e iniciaron su relación. Durante ese tiempo, su madre vivía con la hermana de la paciente en el pueblo de origen.

En la historia de la paciente, hubo una serie de acontecimientos vitales que fueron relacionados con la depresión en el discurso de la pareja. Unos 30 años atrás, Isabel tuvo que someterse a una intervención de alto riesgo debido a una complicación

de úlcera estomacal. Dicha operación conllevó que la paciente tuviera que estar con un proceso de larga baja durante un tiempo; ese fue el inicio del ciclo de problemas descritos por la pareja. En el momento en que sus hijos fueron adolescentes e Isabel tenía unos 40 años, empezó de nuevo a trabajar como auxiliar de enfermería en una residencia para la tercera edad y ella relató esos años como un buen momento de su vida. Cuando Isabel tenía aproximadamente 50 años, sufrió un accidente en el trabajo que le perjudicó la columna vertebral y le conllevó la incapacidad laboral permanente. La pareja relató este acontecimiento como el inicio de un ciclo de tristeza para la paciente, momento en que inició el tratamiento psiquiátrico por la depresión:

*“A parte de parte de sentirme limitada, me comía mucho el coco por ser un problema para mi marido y mis hijos. Eso es lo que más, ya no ser incapacitada yo, sino el problema que les iba a dar a ellos... Nos lo pusieron muy negro, tenía la silla de ruedas muy cerca, el miedo continuamente era ese”* (Sesión 1, minuto 21:05)

En el momento de iniciar la terapia, la pareja consideró que habían sucedido otros acontecimientos problemáticos más recientes que mantenían relación con la depresión de Isabel, como fue el proceso de enfermedad de seis años de su madre y su posterior fallecimiento, hechos que la paciente vivió con un alto grado de responsabilidad. La madre falleció dos años antes de iniciar la terapia de pareja y coincidió con el empeoramiento de su estado de ánimo deprimido:

*“Hemos tenido seis años a mi madre con Alzheimer y cada dos meses la teníamos nosotros. No llevaba ni 48 horas que vino aquí se murió. Ya me vino muriéndose por el camino. Y eso es que me afectó tanto... Es lo que a mí yo creo que me bloqueó y no tener ganas de salir”* (Sesión 1, minuto 38:12)

Meses antes de iniciar el proceso terapéutico, la hermana de Isabel inició el proceso de divorcio conflictivo con su pareja que desembocó en problemas con el hijo adoptivo que la pareja tenía en común y también en problemas económicos. Según el relato propio de la pareja, Isabel se implicó en estos problemas de su hermana y también los vivió como una responsabilidad propia. Ante esta sobre implicación de la paciente en los problemas de su hermana, Isabel expresó no sentirse suficientemente comprendida por su familia.

En conjunto, tanto por el relato de su historia familiar como por este conjunto de acontecimientos relacionados con el desarrollo y el mantenimiento de la depresión, se percibe cómo la familia de origen sometía a Isabel a un alto grado de exigencia y una elevada responsabilidad, pero sin embargo, no existía valoración ni reconocimiento hacia ella. El clima familiar estaba regido por creencias y valores de exigencia en la esfera cognitiva y por un clima emocional frío y distante (Linares & Campo, 2000).

David era proveniente de Barcelona y era el mayor de dos hermanos. Su organización familiar priorizaba la autonomía de sus miembros por encima de la unión, y la atmósfera relacional familiar estuvo definida en términos de protección y cuidado, aunque también de independencia y de clima emocional frío. Desde los dos años previos al inicio de la terapia de pareja estuvo en seguimiento psiquiátrico por síntomas depresivos, según su propio relato, por la readaptación que tuvo que hacer en su vida al dejar de trabajar y jubilarse.

Si nos centramos en la conyugalidad de la pareja, Isabel encontró en David una figura nutricia que le permitió compensar la falta de valoración y reconocimiento que había tenido en su familia de origen, y por tanto, a diferencia del otro caso, pudo cumplir sus expectativas en la elección de pareja. Sin embargo, los acontecimientos vitales que fueron sucediendo en la historia de Isabel, como el proceso de duelo de su madre, provocaron la aparición de los síntomas depresivos, y éstos a su vez constituyeron una fuente de estrés a la que David respondió con poca tolerancia y comprensión en ciertos momentos. Por tanto, se instauró una serie rígida de anillos de interacción entre los comportamientos de la paciente ante las dificultades y las respuestas consecuentes del cónyuge ante la depresión (Jones & Asen, 2000):

*“En ese sentido de ver las cosas y los problemas me siento incomprendida. Si quiero contar algo en casa, mi opinión, saltan los tres hombres de mi casa en contra, se ponen de los nervios, hasta a chillar. Y eso me hace parecer que veo diferente las cosas, que soy diferente a ellos, que no las veo normal. A lo mejor es que soy muy torpe para entender las cosas...”* (Sesión 1, minuto 58:29)

La jerarquía interna de la pareja presentaba un desajuste basado en un patrón de complementariedad rígida. La ausencia de alternancia de las posiciones y su polarización favoreció la aparición de la psicopatología, la cual reducía a la paciente a

un estado de incapacidad progresiva. David ocupaba una posición superior, mientras que la paciente, a través de la sintomatología, ocupaba una posición inferior (Campo, 2014; Linares & Campo, 2000).

Se manifestaron los diferentes desacuerdos en la pareja que conllevaban la presencia de dos de las tipologías de conflicto definidas por Campo (2014): (a) Tenían desajustes en cuanto a la organización de las tareas domésticas, en concreto, en referencia a encontrar el equilibrio entre seguir realizando actividades cotidianas por parte de Isabel y delegar algunas de ellas en David debido a sus dolencias físicas; y (b) tenían dificultades en armonizar sus estilos de comunicación y de resolución de conflictos, sobretodo en temas referentes a la familia de origen de Isabel.

Al iniciar la terapia, la pareja presentaba motivos diferentes respecto a la finalidad de la terapia, las cuales se relacionaban con el tipo de demanda que cada miembro de la pareja realizó. Siguiendo la categorización de Escudero (2009), Isabel planteó una demanda de tipo solícita, en otras palabras, entendía que ella debía abordar la situación o cambiar algo para empezar a sentirse mejor, y por tanto, ella se sentía parte del problema y de la consecuente solución. En cambio, David presentó una demanda de tipo demandante, ya que se posicionaba como observador externo y describía sucesos de la vida de Isabel que la habían conllevado a sentirse deprimida, sin incluirse o formar parte del problema. Sin embargo, a diferencia del otro caso, David expresaba su necesidad de implicarse en el proceso terapéutico para encontrar una solución, siendo así una figura de apoyo para Isabel.

### **6.3 Instrumentos**

Para evaluar la construcción de la alianza terapéutica se utilizó el Sistema para la Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o; Friedlander et al., 2006).

Este instrumento fue diseñado para ser aplicado por evaluadores externos mientras observan una sesión grabada de terapia de pareja o familia, mediante un soporte informático llamado e-SOATIF (la versión informatizada del SOATIF-o) y ofrece dos posibilidades. Por un lado, evaluar cómo la pareja o la familia establece la alianza terapéutica con el terapeuta, y por el otro, cómo el terapeuta construye o genera la alianza terapéutica con la pareja o la familia en el proceso de terapia.

Hay dos partes diferenciadas en la evaluación de la alianza con este instrumento. La primera, detectar la presencia de indicadores de comportamiento en el desarrollo de la sesión. La segunda, hacer una valoración global sobre la fuerza de las 4 dimensiones del SOATIF (*Enganche en el Proceso Terapéutico, Conexión Emocional con el Terapeuta, Seguridad dentro del Sistema Terapéutico y Sentido de Compartir el Propósito de la Terapia en la Familia*) después de ver la sesión grabada.

El SOATIF-o se compone de 44 conductas observables o indicadores para los miembros de la familia o pareja (negativos y positivos) agrupadas en las cuatro dimensiones y de 43 conductas observables o indicadores correspondientes a las contribuciones (negativas y positivas) del terapeuta a la alianza terapéutica en cada una de las dimensiones del SOATIF (ver Apéndice C y Apéndice D).

Visionando las grabaciones, los evaluadores entrenados en el instrumento anotan primero la ocurrencia de cada conducta/indicador para cada uno de los miembros (paciente, cónyuge y terapeuta). Y después de ver la sesión, hacen una estimación global de cada dimensión del SOATIF-o. Para ello tienen en cuenta la frecuencia, valencia, intensidad y contexto de los comportamientos observados en cada una de las respectivas dimensiones. Para hacer la valoración global de las cuatro dimensiones, el instrumento se puntúa en una escala *Likert* de 7 puntos que va desde -3 (alianza muy problemática) a +3 (alianza muy fuerte). La puntuación central de las escalas dimensionales (0 = no reseñable o neutra) indica que o bien no hay conductas que sugieran que la dimensión en cuestión sea excepcionalmente fuerte o débil; o bien la frecuencia y la naturaleza de las conductas, tanto positivas o negativas, se compensan, con el resultado de una puntuación neutra.

Dentro de este continuo que va de alianza extremadamente problemática (-3) hasta alianza extremadamente fuerte (+3), cada miembro de la pareja o familia recibe una valoración independiente en *Enganche, Conexión Emocional* y *Seguridad*, y en cambio, en *Compartir el Propósito* se valora la pareja o a toda la familia como un conjunto, como un sólo miembro. Las directrices para puntuar al terapeuta son idénticas a las directrices que se utilizan para puntuar a la familia o a la pareja, y éste recibe una puntuación global de las 4 dimensiones, en función de las contribuciones realizadas sobre la alianza.

El manual de entrenamiento (Friedlander et al., 2005) provee definiciones operacionales para cada indicador de conducta y dimensión, así como una guía que muestra cómo realizar determinadas valoraciones. Las directrices especifican, por ejemplo, que una valoración de 0 (no reseñable o neutral) debe ser asignada cuando no se observan comportamientos relacionados con alianza en una determinada dimensión. Cuando sólo se observan comportamientos positivos, los observadores pueden asignar valoraciones entre +1 (alianza ligera), +2 (alianza bastante fuerte) y +3 (alianza muy fuerte); cuando sólo son observados comportamientos negativos, las valoraciones deben estar entre -1 (alianza ligeramente problemática), -2 (alianza bastante problemática) y -3 (alianza muy problemática); cuando se observan comportamientos tanto negativos como positivos, la valoración debe estar entre -1 y +1.

La investigación con el SOATIF-o ha demostrado una adecuada fiabilidad (Friedlander et al., 2009; Escudero et al., 2008). Los autores del SOATIF-o llevaron a cabo tres pruebas de fiabilidad (en español y en inglés) en las que evaluaron 28 y 38 sesiones, respectivamente e informaron de correlaciones promedio intra-clases que iban desde .72 hasta .95 para las diferentes dimensiones (Friedlander et al., 2006). En un estudio de Escudero et al. (2008) informaron de una media de las correlaciones intra-clase de .73 para *Enganche*; .76 para *Conexión Emocional*; .84 para *Seguridad* y .96 para *Sentido de Compartir el Propósito*, al evaluar las sesiones centrándose en las conductas de los pacientes y usando una muestra seleccionadas aleatoriamente del 25% de las sesiones. En la presente investigación también se analizó la adecuada fiabilidad mediante el índice *Kappa Cohen* de los observadores y posteriormente será expuesta.

Además, se utilizó el *Inventario de Depresión de Beck II* (BDI-II; Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz & Vázquez, 2011) para valorar la sintomatología depresiva y el cambio sintomático de los pacientes, mediante las puntuaciones pre y post-tratamiento. Este instrumento está formado por 21 ítems de auto-informe de opción múltiple diseñado para evaluar la existencia y la gravedad de los síntomas de depresión que se enumeran en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; APA, 2000). Presenta unas adecuadas propiedades psicométricas con una alta fiabilidad en términos de consistencia interna mediante un coeficiente *alfa de Cronbach* de 0.91.

Finalmente, se administró la *Escala de Ajuste Diádico Breve* (EAD-13; Santos-Iglesias et al., 2009), versión breve de 13 ítems de la *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1979; adaptación española de Bornstein & Bornstein, 1988) para evaluar la satisfacción conyugal. Las puntuaciones de la EAD-13 van de 0 a 63. Altas puntuaciones en esta escala indican un alto nivel de ajuste diádico, siendo 44 el punto de corte que permite discriminar e identificar a las parejas con un alto y un bajo ajuste diádico. Presenta unas adecuadas propiedades psicométricas con valores de consistencia interna mediante un coeficiente *alfa de Cronbach* de 0.83.

#### **6.4 Procedimiento**

En primer lugar, se llevó a cabo el **análisis de la alianza terapéutica** de los 10 casos grabados de terapia de pareja. Para ello, se tuvieron en cuenta las dos posibilidades que ofrece el Sistema para la Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o; Friedlander et al., 2006). Se evaluó cómo la pareja establecía la alianza con el terapeuta y entre ellos (alianza intrasistema) y cómo el terapeuta contribuía al establecimiento de la alianza.

Un equipo formado por dos observadoras, una de ellas la autora de la tesis doctoral, analizaron la alianza terapéutica de los casos de terapia de pareja. Las dos observadoras eran licenciadas en Psicología y psicoterapeutas de orientación sistémica, con una experiencia clínica inferior a 5 años. Las observadoras fueron formadas en el instrumento mediante una estancia con el Dr. Valentín Escudero, uno de los autores del mismo, y con un entrenamiento posterior superior a 20 horas a través del análisis de casos distintos a los de este estudio.

Para garantizar una buena fiabilidad entre las dos observadoras, evaluamos las grabaciones de los casos incluidos en el estudio de forma independiente. Se calculó la fiabilidad mediante el índice de *Kappa de Cohen*, valorando una muestra de sesiones seleccionadas aleatoriamente (30% del total de sesiones). Se obtuvo una media de correlación .84 para la dimensión de *Enganche en el Proceso Terapéutico*, .93 para la dimensión de *Conexión Emocional con el Terapeuta*, .78 para la dimensión de *Seguridad dentro del Sistema Terapéutico* y finalmente .91 para la dimensión de *Sentido de Compartir el Propósito de la Terapia*.

De los 10 casos de pareja grabados, se realizó una transcripción literal del contenido de las sesiones para poder analizar de manera precisa tanto el discurso de los terapeutas como el discurso de las parejas y se inició el proceso de análisis con el SOATIF-o (Friedlander et al., 2006). El análisis de terapeuta y co-terapeuta se realizó de un modo conjunto como equipo terapéutico. En concreto, las observadoras analizaron la alianza terapéutica de la primera y última sesión del proceso terapéutico para los 10 casos de terapia de pareja mediante el SOATIF-o (Friedlander et al., 2006). Por tanto, se evaluaron un total de 20 sesiones de terapia. Teniendo en consideración los objetivos establecidos para la presente investigación, se tuvo en cuenta el análisis realizado en estas sesiones por los siguientes motivos. Por un lado, el análisis de la primera y última sesión nos permitía evaluar la posible interacción entre el ajuste diádico previo y posterior a la terapia, el establecimiento de la alianza intrasistema en esos mismos momentos, al inicio y al final del proceso terapéutico, como sugieren Halford et al. (2016), y el resultado final. Por otro, las dinámicas relacionales de las parejas al inicio de la terapia y las estrategias de los terapeutas útiles para contribuir a un cambio en la relación al finalizar el proceso (Seikkula & Olson, 2016; Guregard & Seikkula, 2012) fueron analizadas en la primera y última sesión en función del establecimiento de la alianza intrasistema, al ser ésta una dimensión de la alianza considerada como esencial para el buen resultado de la terapia (Friedlander et al., 2008b; Lambert et al., 2012).

Así pues, tomamos como consideración algunos autores que valoran la alianza terapéutica como predictiva del resultado terapéutico cuando se analiza en la fase inicial del proceso terapéutico (Corbella & Botella, 2003; Hovarth & Symonds, 1991) y también otros autores que mencionan la importancia de las investigaciones que miden la alianza a través del tiempo (Crist-Cristoph et al., 2011; Falkenström et al., 2013; Knobloch-Fedders et al., 2007).

En segundo lugar, obtuvimos las puntuaciones de los pacientes en la evaluación pre y post-tratamiento del *Inventario de Depresión de Beck II* (BDI-II; Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz & Vázquez, 2011) para valorar si los pacientes habían realizado un cambio sintomático al finalizar la terapia. De este modo, las parejas fueron clasificadas en función de si los pacientes, después de la terapia, habían realizado o no un cambio clínicamente significativo en la sintomatología depresiva.



Para determinar la mejora o no mejora sintomática del paciente y conocer si el cambio fue clínicamente significativo, se tuvieron en cuenta los criterios sugeridos por Jacobson y Truax (1991). Este método incluye dos condiciones. En primer lugar, debe haber un resultado clínicamente significativo, por lo que al final de la terapia, el paciente debe cambiar a partir de una gama disfuncional a una funcional (ver criterio "C" en Jacobson & Truax, 1991, p. 13). Para la primera condición, se compararon las puntuaciones post-tratamiento del BDI-II (Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz & Vázquez, 2011) de los pacientes con el punto de corte obtenido mediante la fórmula establecida por Jacobson y Truax (1991), que es de 16.92. La segunda condición del método consiste en probar la fiabilidad de la magnitud del cambio observado. Los autores propusieron el Índice de Cambio Fiable (ICF). Es decir, el cambio entre las puntuaciones obtenidas en el pre-tratamiento y en el post-tratamiento del paciente, dividido por el error estándar de la diferencia de la prueba que se utiliza, en este caso el BDI-II (Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz & Vázquez, 2011). El (ICF) discrimina si el cambio es de magnitud suficiente como para estar seguros de que va más allá del error de medición. Si el índice es superior a 1.96 el cambio en las puntuaciones se considera estadísticamente significativo (intervalo de confianza del 95%). Para el cálculo del (ICF) se tuvieron en cuenta los datos normativos españoles del BDI-II (población disfuncional: media 27.31, *Dt* 11.04; población funcional: media 9.61, *Dt* 7.61, fiabilidad test-retest de 0,91; Sanz & Vázquez, 2011).

Como se observa en la Tabla 4, los participantes quedaron divididos del siguiente modo, teniendo en cuenta los criterios sugeridos por Jacobson y Truax (1991) mediante las puntuaciones obtenidas en el BDI-II en la evaluación pre y post-tratamiento. Del total de participantes (N=10) obtuvimos dos subgrupos; (n=5) pacientes que obtuvieron una mejora sintomática en la evaluación post-tratamiento y (n=5) pacientes que no obtuvieron una mejora en la sintomatología depresiva en la evaluación post-tratamiento.

Tabla 4.  
Asignación al grupo de este estudio según la definición operacional del cambio clínico valorada a partir de las puntuaciones obtenidas en el BDI-II y los criterios planteados por Jacobson y Truax (1991)

Diagnóstico	Caso	BDI-II Resultados		BDI Diferencia e interpretación Pre y Post		Nivel funcionalidad (punto corte = 16.92)	ÍNDICE DE CAMBIO FIABLE (ICF>1.96)	
		PRE	POST	Diferencia	Interpretación	Interpretación post	Valor	Interpretación
TDM e. único	1	25	12	13	Mejora	Funcional	2.77	Cambio
TDM e. único	2	32	15	17	Mejora	Funcional	3.62	Cambio
TDM recidivante	3	24	7	17	Mejora	Funcional	3.62	Cambio
TDM recidivante	4	25	10	15	Mejora	Funcional	3.20	Cambio
TDM e. único	5	38	14	24	Mejora	Funcional	5.12	Cambio
TDM recidivante	6	53	51	2	Mejora	Disfuncional	0.42	No cambio
TDM recidivante	7	35	44	-9	Empeora	Disfuncional	1.92	No cambio
TDM recidivante	8	37	28	9	Mejora	Disfuncional	1.92	No cambio
TDM recidivante	9	25	32	-7	Empeora	Disfuncional	1.49	No cambio
TDM e. único	10	20	24	-4	Empeora	Disfuncional	0.85	No cambio

Nota. Inventario de Depresión de Beck II, adaptación española (BDI-II); Trastorno Depresivo Mayor episodio único (TDM e. único) o Trastorno Depresivo Mayor recidivante (TDM recidivante)

Además, valoramos las puntuaciones de los dos miembros de la pareja de los casos en la evaluación pre y post-tratamiento de la *Escala de Ajuste Diádico Breve* (EAD-13; Santos-Iglesias et al., 2009), versión breve de la *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1979; adaptación española de Bornstein & Bornstein, 1988) para evaluar su percepción subjetiva de la calidad de la relación de pareja, y por tanto, considerar su nivel de ajuste diádico. El punto de corte de 44 de la escala nos permitió discriminar e identificar a las parejas con un alto y un bajo nivel de ajuste diádico tanto en el inicio como en la finalización de la terapia.

En la Tabla 5 se comprueba cómo los participantes quedaron clasificados en los dos subgrupos del mismo modo que en la categorización realizada en función del cambio clínico<sup>1</sup>. No se produjo ningún cambio destacable en el ajuste diádico en ninguna las parejas, es decir, todos los casos mantuvieron una misma tendencia en el nivel de ajuste diádico previo y posterior a la terapia. En algunos de los casos de cambio sintomático, los pacientes disminuyeron el ajuste diádico al finalizar la terapia, y en cambio, algunos cónyuges lo aumentaron. En los casos de no cambio, los pacientes aumentaron su nivel de ajuste diádico, aunque éste se encontrara por debajo del punto

<sup>1</sup> Esta idéntica clasificación de los casos en base a ambos criterios, conllevó que en la presente investigación, cuando nos referimos a *casos con alto ajuste diádico*, estamos haciendo referencia también a los casos de mejora al final de la terapia en términos de sintomatología depresiva, y cuando nos referimos a *casos con bajo ajuste diádico*, hacemos referencia a los casos de no mejora en base a la sintomatología depresiva.

de corte al inicio y al final de la terapia. Los cónyuges de estos casos mantuvieron estable el nivel de ajuste diádico a niveles próximos al punto de corte.

Tabla 5.

*Asignación al grupo de este estudio según los resultados del nivel de ajuste diádico de las parejas en base a las puntuaciones en la EAD-13 al inicio y al final de la terapia*

Diagnóstico	Caso	Participante	EAD-13 Resultados		Nivel de ajuste diádico (punto de corte = 44)	
			PRE	POST	PRE	POST
<b>CASOS DE CAMBIO EN FUNCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA</b>						
TDM e. único	1	Paciente	55	54	Alto	Alto
		Cónyuge	53	50	Alto	Alto
TDM e. único	2	Paciente	48	50	Alto	Alto
		Cónyuge	53	62	Alto	Alto
TDM recidivante	3	Paciente	46	45	Alto	Alto
		Cónyuge	48	50	Alto	Alto
TDM recidivante	4	Paciente	60	57	Alto	Alto
		Cónyuge	51	53	Alto	Alto
TDM e. único	5	Paciente	51	54	Alto	Alto
		Cónyuge	48	51	Alto	Alto
<b>CASOS DE NO CAMBIO EN FUNCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA</b>						
TDM recidivante	6	Paciente	35	39	Bajo	Bajo
		Cónyuge	42	43	Bajo	Bajo
TDM recidivante	7	Paciente	31	34	Bajo	Bajo
		Cónyuge	38	35	Bajo	Bajo
TDM recidivante	8	Paciente	41	42	Bajo	Bajo
		Cónyuge	36	28	Bajo	Bajo
TDM recidivante	9	Paciente	20	27	Bajo	Bajo
		Cónyuge	41	43	Bajo	Bajo
TDM e. único	10	Paciente	42	43	Bajo	Bajo
		Cónyuge	41	42	Bajo	Bajo

*Nota. Escala de Ajuste Diádico Breve (EAD-13); Trastorno Depresivo Mayor episodio único (TDM e. único) o Trastorno Depresivo Mayor recidivante (TDM recidivante)*

Por último, procedimos a realizar el **análisis dialógico** de dos casos de terapia de pareja mediante el método de Investigaciones Dialógicas de Cambio (IDC) (Seikkula et al., 2012; Seikkula & Olson, 2016). Este método nos permitió determinar las cualidades del diálogo que estaban presentes en dos casos de terapia de pareja con diferente nivel de ajuste diádico y resultado final de la terapia. Contribuyó también a obtener un conocimiento profundo de las dinámicas relacionales de las parejas (Guregard & Seikkula, 2012) y las estrategias terapéuticas útiles para favorecer un cambio en la relación (Seikkula & Olson, 2016) en momentos de la sesión en que se detectó algún indicador de la alianza intrasistema, al ser un componente relacionado con el ajuste diádico de la pareja (Artigas et al., 2017; Montesano & Izu, 2016) y relevantes para resultado terapéutico (Friedlander et al., 2008b; Lambert et al., 2012).

Los dos casos escogidos para su análisis dialógico fueron el Caso 4 (caso de cambio sintomático y alto ajuste diádico) y el Caso 9 (caso de no cambio sintomático y bajo ajuste diádico) de acuerdo a tres criterios de selección. En primer lugar, las pacientes de los dos casos presentaron al inicio del tratamiento la misma gravedad de

los síntomas depresivos según sus puntuaciones en el BDI-II y cumplían criterios para el diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor recidivante, pero en cambio, la paciente del Caso 4 presentó un cambio clínicamente significativo al final del tratamiento y la paciente del Caso 9 no obtuvo una mejora significativa, encontrándose así en el rango disfuncional al finalizar la terapia (ver Tabla 4). En segundo lugar, las pacientes de los dos casos presentaron las puntuaciones más extremas de toda la muestra en cuanto a su nivel de ajuste diádico al inicio de la terapia, considerándose así como los casos más contrastados entre sí e ilustrativos en referencia a esta variable de estudio (ver Tabla 5). En tercer lugar, se escogieron dos parejas con características sociodemográficas similares, en términos de género de la paciente, edad, nivel de estudios, situación laboral, número de hijos, años de relación, años de convivencia y etapa del ciclo vital de la pareja. En cuanto al análisis de terapeuta y co-terapeuta, se llevó a cabo conjuntamente como equipo terapéutico.

Se transcribió la primera y última sesión de terapia de los dos casos seleccionados. De este modo, las transcripciones de las sesiones fueron analizadas a un **nivel macro-analítico** según el método de IDC (Seikkula et al., 2012; Seikkula & Olson, 2016).

El nivel de análisis macro se divide en tres pasos distintos:

### **I. Explorar los Episodios Temáticos en el diálogo.**

Los Episodios Temáticos son la unidad principal de análisis (Linell, 1998). El primer paso consiste en dividir el diálogo entero de una sesión en secuencias o Episodios Temáticos. Los Episodios Temáticos son definidos por el tema que se discute, de modo que si el tema de conversación cambia, el Episodio Temático termina y se da paso al siguiente. Una vez la sesión ha sido dividida en Episodios Temáticos, se da un título a cada uno de ellos. Posteriormente, en cada Episodio Temático se identifican una serie de variables, como se explica en los siguientes pasos.

### **II. Explorar las respuestas a las intervenciones.**

En cada uno de los Episodios Temáticos detectados en el diálogo de una sesión, se explora la forma en que se responde a las intervenciones. Las respuestas son construidas por una serie de intervenciones llevadas a cabo por cada participante en el

diálogo conjunto de la sesión. De este modo, dentro de cada Episodio Temático las respuestas a las intervenciones son identificadas para obtener así una idea de cómo cada interlocutor participa en la creación de la conversación terapéutica. Las respuestas a las intervenciones se categorizan según:

***1. El participante que toma la iniciativa (quién es dominante) en cada uno de los siguientes aspectos:***

*Dominancia cuantitativa:* Se identifica quién habla más en cada Episodio Temático, en términos de números de palabras.

*Dominancia semántica o temática:* Se refiere a quién introduce nuevos temas o palabras en cada Episodio Temático, quién da forma al contenido del diálogo.

*Dominancia interaccional:* Se identifica quién influye en mayor medida en las acciones comunicativas, iniciativas y respuestas en cada Episodio Temático, en otras palabras, quién regula los turnos de habla. Es posible que el participante que presente esta dominancia pueda ejercer una mayor influencia en los demás que aquél participante que esté hablando en un momento dado (Linell, 1998). Por ejemplo, cuando el terapeuta invita a un miembro de la pareja a hablar o comentar lo que se ha dicho previamente puede representar este tipo de dominancia. Sin embargo, un miembro de la pareja que no hable durante un tiempo en la sesión puede también presentar la dominancia interaccional, ya que está evocando a que los demás generen determinadas respuestas. No se trata sólo de identificar quién es el dominante en cada Episodio Temático, sino que el principal foco de la investigación es comprender los patrones de cambio en estas tres categorías de dominancia.

***2. Cómo se responde a la intervención:***

*Monológicamente:* Quien habla incluye en su intervención los propios pensamientos e ideas sin adaptarlos a las intervenciones que otros participantes han realizado previamente. Por tanto, una intervención monológica rechaza muchas veces a la anterior. Las preguntas monológicas son presentadas de tal forma que presuponen la elección de una sola alternativa, de modo que el siguiente interlocutor responde a la pregunta y en ese sentido se podría considerar que están llevando a cabo un diálogo, pero sin embargo, se trata de un diálogo cerrado. Las intervenciones son monológicas

cuando cumplen alguno de los siguientes criterios: (a) hay presencia de algunas voces dominantes que silencian otras; (b) contienen el debate o la discusión de opiniones; (c) contradicen, desaprueban o critican las intervenciones de otros; y (d) aparecen como fragmentos separados del resto de la conversación, rompiendo en flujo de iniciativas y respuestas (Rasanen et al., 2012a, 2012b).

*Dialógicamente:* Se presenta cuando quien habla incluye en su intervención aquello que se ha dicho previamente y termina con una intervención abierta, permitiendo a la siguiente persona comentar sobre lo que se ha dicho con una posibilidad de múltiples respuestas. De este modo, un nuevo significado es co-construido entre los interlocutores (Bakhtin, 1984; Luckman, 1990; Seikkula, 1995). Eso significa que quien habla incluye lo que se ha dicho antes, incorporando al interlocutor en el diálogo y permitiendo que comente lo que se ha dicho. Las intervenciones son codificadas como dialógicas cuando cumplen alguno de los siguientes criterios: (a) emergen significados nuevos y compartidos por los interlocutores; (b) son polifónicas y respetan la aparición de distintas voces; (c) tienen la capacidad de reflexionar sobre pensamientos, emociones o comportamientos; y (d) están conectadas con intervenciones previas (Rasanen et al., 2012a, 2012b).

### ***3. El momento presente es tenido en cuenta:***

Se codifica si los participantes tienen o no en cuenta el momento presente en la conversación terapéutica. Un ejemplo sería hacer referencia explícita a las reacciones emocionales, movimientos corporales, entonación, expresiones de ansiedad o lloro que han surgido durante el aquí y el ahora de la conversación en la sesión. El momento presente puede ser también tenido en cuenta cuando se comentan las emociones que se han sentido durante la sesión de terapia. Ésta no es una categoría predefinida, sino que se trata de una categoría específica para cada caso analizado en función de su particularidad e idiosincrasia. Por tanto, el momento presente puede ser tenido en cuenta en la conversación terapéutica de diferente forma en un caso que en otro.

Estas categorías son mutuamente excluyentes, es decir, la detección de una de ellas en un Episodio Temático implica necesariamente que las otras opciones alternativas no sean marcadas. Este es el caso de las categorías que se refieren a *quién toma la iniciativa*, y a *si el momento presente es tenido en cuenta*. Por ejemplo, en un

Episodio Temático se puede detectar que la dominancia cuantitativa es presentada por la paciente, y este hecho conlleva a que el cónyuge y el terapeuta no la presenten. Sin embargo, en esta investigación se consideró pertinente que en la categoría de *cómo se responde a la intervención* se pudieran detectar las dos opciones dentro de un mismo Episodio Temático. Por ejemplo, pudo suceder que en un Episodio Temático la conversación evolucionara de monológica a dialógica, o viceversa. En ese caso, ambas opciones pudieron ser marcadas para un mismo Episodio Temático.

### **III. Explorar el proceso de narración y el área del lenguaje.**

Este paso se puede llevar a cabo de dos formas distintas, aunque debido a su especificidad e interés, en la presente tesis doctoral ambas alternativas han sido realizadas:

#### ***1. Lenguaje indicativo vs. Lenguaje simbólico:***

Se analiza si las palabras en el diálogo se refieren a algo fáctico, concreto o que existe en la realidad (lenguaje indicativo) o bien si las palabras se refieren a aspectos intangibles o abstractos, como por ejemplo el lenguaje o experiencias de la vida emocional (lenguaje simbólico) (Seikkula, 2002; Vygotsky, 1981). Cada intervención dentro de un Episodio Temático es categorizada con una de estas dos alternativas de lenguaje. Por tanto, para cada sesión se calculó el porcentaje presente de lenguaje indicativo y de lenguaje simbólico.

#### ***2. Narrative Process Coding System (NPCS):***

El desarrollo preliminar de este sistema de codificación fue creado para el contexto de la terapia individual (Agnus, Levitt, & Hardtke, 1999; Agnus & Hardtke, 1994; Agnus, 2012; Agnus et al., 2012) aunque posteriormente fue desarrollado para ser aplicado en el contexto de la terapia familiar y de pareja (Laitila et al., 2001, 2005). Para cada participante, se analiza qué modo narrativo presenta: (a) *externo*: la persona se refiere y describe situaciones que han pasado; (b) *interno*: la persona se refiere a su propia experiencia sobre las situaciones que describe; y (c) *reflexivo*: la persona hace un proceso de atribución de significado y una evaluación sobre aquello de lo que está hablando. En otras palabras, la persona explora los múltiples significados posibles de la situación que plantea, sus emociones implicadas, y su propia posición en este tema.

Así pues, todos los Episodios Temáticos de la primera y última sesión fueron analizados según las dimensiones del método NPCCS, es decir, se valoró si contenían un modo narrativo externo, interno o reflexivo. En primer lugar, se hizo un análisis general de los porcentajes totales de los modos narrativos presentes en cada sesión. En segundo lugar, se concretó en forma de porcentajes el uso de los modos narrativos para cada participante.

Estas categorías son mutuamente excluyentes, es decir, la detección de una de ellas en un Episodio Temático implica que las otras opciones alternativas no sean marcadas. Ese es el caso de la *tipología de lenguaje*. Por ejemplo, un Episodio Temático codificado con lenguaje simbólico implica necesariamente que no se codifique con lenguaje indicativo. Sin embargo, en el caso del *método de NPCCS*, en esta investigación que consideró posible que dentro de un mismo Episodio Temático se detectara más de un *modo narrativo*. Por ejemplo, puede ser que en un Episodio Temático se haya detectado en un participante primero un modo narrativo externo y después un modo narrativo interno. En ese caso, ambas opciones pudieron ser marcadas en un mismo participante o bien en el conjunto del Episodio Temático.

En la fase del análisis macro, se puede obtener una respuesta sobre qué sucede en los Episodios Temáticos en general y en comparación entre ellos para así detectar en qué momentos el cambio empezó a ocurrir, o según nuestro objetivo de estudio, detectar los momentos relevantes en la construcción de la alianza terapéutica.

Una vez finalizada la exploración a través del método de IDC a un nivel macro-analítico, nos propusimos relacionar el **análisis de la alianza terapéutica de los dos casos de terapia de pareja con el contenido del diálogo terapéutico**. Para ello, tuvimos en cuenta la división de las sesiones en base a los Episodios Temáticos (Paso I del análisis macro) con las puntuaciones de la alianza terapéutica a través del instrumento SOATIF-o (Friedlander et al., 2006). Se detectaron las frecuencias de indicadores de las cuatro dimensiones de la alianza terapéutica en cada Episodio Temático de las sesiones analizadas. Este proceso obedeció a un doble propósito. En primer lugar, nos permitió ubicar los indicadores de la alianza terapéutica en el momento preciso de la sesión en que éstos habían sido puntuados. De esta forma, pudimos conocer cuál era el tema de conversación en el instante de la sesión en que se detectó algún indicador de la alianza terapéutica. En segundo lugar, pudimos detectar



aquellos Episodios Temáticos de las sesiones que resultaban relevantes, en términos de la alianza terapéutica, para profundizar a través del análisis dialógico en un nivel micro-analítico.

Posteriormente, procedimos a la exploración a un **nivel micro-analítico** de la primera y última sesión de los dos casos de terapia de pareja para profundizar en las cualidades dialógicas de las parejas y de los terapeutas. Gracias al análisis a un nivel micro-analítico se puede ahondar en las dinámicas relacionales establecidas en estos específicos momentos de las sesiones (Seikkula et al., 2012; Seikkula & Olson, 2016).

Se identificaron Episodios Temáticos de las sesiones especialmente significativos para ser analizados a un mayor nivel de profundidad en función de la alianza intrasistema. Dicha selección de los Episodios Temáticos se realizó en base a dos criterios: (1) Se seleccionaron Episodios Temáticos en que se hubieran puntuado indicadores de la dimensión de Compartir Propósito mediante el instrumento SOATIF-o, y por tanto, fueron considerados como ejemplificadores del establecimiento de la alianza intrasistema de las parejas; y (2) se escogieron Episodios Temáticos que, además, ilustraran las cualidades dialógicas del caso.

En referencia al caso con alto ajuste diádico, se escogieron para la primera y última sesión Episodios Temáticos que demostraran la capacidad de la pareja para establecer una favorable alianza intrasistema y también sus cualidades dialógicas más prevalentes. En cuanto al caso con bajo ajuste diádico, se escogieron Episodios Temáticos para la primera y última sesión en base a dos criterios distintos. Por un lado, Episodios Temáticos que resultaran explicativos de las dificultades de la pareja para establecer la alianza intrasistema y también de sus cualidades dialógicas más presentes. Por otro lado, Episodios Temáticos en que la pareja momentáneamente pudo establecer una positiva alianza intrasistema y en que se produjo un cambio en la tendencia general de la sesión en cuanto a sus cualidades dialógicas.

En el nivel de análisis micro se analizaron los siguientes conceptos:

### ***1. Las voces, posiciones, y destinatarios del diálogo de la pareja:***

En referencia a las voces, se trata de detectar "quién está hablando", es decir, qué voz de la persona se está activando en el momento presente del diálogo. Por lo que

respecta a las posiciones, se trata de comprobar “desde dónde está hablando la persona”, es decir, cómo se posiciona el hablante y cómo éste posiciona al interlocutor en el momento presente de la sesión. En cuanto a los destinatarios, se trata de detectar hacia qué interlocutor va dirigido el mensaje, directa e indirectamente. Viendo las voces, las posiciones y los destinatarios de la pareja en la sesión resulta posible comprender sus dinámicas relacionales (Seikkula et al., 2012; Vall et al., 2014).

## ***2. Las estrategias de los terapeutas:***

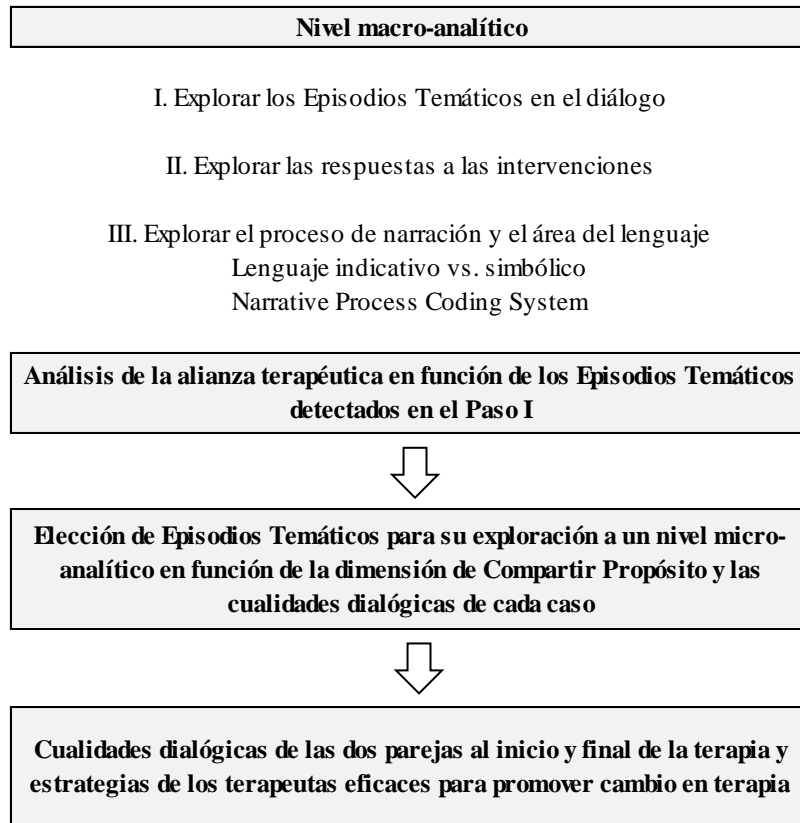
Se trata de analizar cuáles son las estrategias dialógicas que los terapeutas pueden usar para generar un cambio en la relación, basándose en los conceptos del Diálogo Abierto (Bakhtin, 1984, 1986) como pueden ser: (a) hacer que las voces de la pareja se sientan escuchadas; (b) propiciar un determinado posicionamiento en la pareja; (c) hablar con destinatarios con múltiples voces, es decir, incluyendo como destinatarios del diálogo a ambos miembros de la pareja de forma indirecta; (d) responder a la intervención previa la pareja, por ejemplo puede responder a lo que se está diciendo en el momento, al conflicto de pareja, al enganche de la terapia, a temas de conversación previos o a la descripción de sentimientos; y (e) no responder a alguna de las voces que la pareja ha presentado en su última intervención, como por ejemplo, la voz de enferma de la paciente con depresión.

Cabe destacar que, a pesar de que se ponga el foco del análisis micro en estos componentes, otras categorías pueden ser comentadas en función de la especificidad e interés en cada Episodio Temático, para así contemplar la complejidad del diálogo en todos ellos y analizar cómo las respuestas a las intervenciones contribuyen a generar cambio.

A través del conjunto de datos obtenidos en la exploración a un nivel micro-analítico, fue posible: (1) detectar al inicio de la terapia cualidades dialógicas reveladoras de las dinámicas relacionales en casos con bajo ajuste diádico y de casos con favorable ajuste diádico. Las cualidades del diálogo de las parejas al inicio de la terapia podrían ser indicadores de su nivel de ajuste diádico, y por tanto, de su posible dificultad en la obtención de un favorable resultado terapéutico; (2) comprobar si las cualidades dialógicas de las parejas se modificaron a lo largo de la terapia mediante las intervenciones terapéuticas; (3) como finalidad última, se identificaron estrategias que

fueron útiles en los dos casos para promover un cambio en terapia, así como estrategias que no resultaron eficaces en el caso con bajo ajuste diádico y desfavorable resultado final (ver Figura 4).

**Análisis mediante el método de Investigaciones Dialógicas de Cambio (IDC) de dos casos de terapia de pareja con distinto nivel de ajuste diádico y resultado final**



*Figura 4.* Procedimiento llevado a cabo en la aplicación del método IDC para el análisis de los dos casos de terapia de pareja con distinto nivel de ajuste diádico y resultado final

Los datos del análisis dialógico fueron analizados por dos evaluadoras, siendo una de ellas la autora de esta tesis doctoral. Las dos evaluadoras habían realizado la formación en los métodos de IDC y de NPCCS en la University of Jyväskylä (Finlandia) a través de 50 horas aproximadas de entrenamiento junto con el Dr. Jaakko Seikkula, uno de los creadores del método de IDC. El análisis del Paso I del nivel macro fue llevado a cabo por las dos evaluadoras, quienes exploraron los Episodios Temáticos de manera independiente y en posterioridad se reunieron para comparar sus resultados, focalizándose más en los puntos de desacuerdo que en los de acuerdo, hasta lograr un consenso. En esta fase del análisis, las dos evaluadoras obtuvieron un acuerdo inter-jueces inicial del 70-90% para las cuatro sesiones incluidas en la investigación.

Para las posteriores fases (Paso II, Paso III y análisis micro) el análisis fue realizado por una de las evaluadoras y posteriormente supervisado por la otra evaluadora y por el Dr. Jaakko Seikkula. Como recomiendan los autores del método (Seikkula et al., 2012; Seikkula & Olson, 2016) el equipo se reunía en la supervisión, y durante el transcurso del encuentro, para comprobar la fiabilidad del análisis realizado, se revisaba la codificación centrándose especialmente en los puntos de desacuerdo. En el diálogo con el equipo de supervisión, las distintas voces enriquecían el análisis de los resultados.

### 6.5 Análisis de datos

En primer lugar, se utilizó el programa estadístico SPSS® versión 22.0 para realizar un **análisis correlacional** mediante el coeficiente de correlación de *Spearman* (*Rho de Spearman*). Este tipo de análisis sirve para medir la correlación (asociación o interdependencia) entre dos variables aleatorias continuas. Como variables cuantitativas se definieron: *Compartir Propósito* (sesión 1 y sesión última); *nivel de ajuste diádico* (pre-tratamiento y post-tratamiento); y *resultado final de la terapia*.

Para la variable de *Compartir Propósito*, se seleccionaron las puntuaciones obtenidas por las 10 parejas de la muestra en dicha dimensión a través del análisis de la alianza terapéutica que se había realizado mediante el instrumento SOATIF-o (Friedlander et al., 2006). Se tuvieron en cuenta las valoraciones globales de la dimensión, que podían variar entre -3 y +3. Para la variable de *resultado final de la terapia*, se tuvieron en cuenta las puntuaciones de los pacientes a través del Índice de Cambio Fiable (ICF; Jacobson & Truax, 1991) al ser una medida que permitía discriminar si el cambio en las puntuaciones del *Inventario de Depresión de Beck II* (BDI-II; Beck et al., 1996, adaptación española de Sanz & Vázquez, 2011) obtenidas entre el pre-tratamiento y el post-tratamiento era de magnitud suficiente como para asegurar que iba más allá del error de medición. Por tanto, el ICF permitió considerar si el cambio sintomático de los pacientes era estadísticamente significativo.

En segundo lugar, se realizó el **análisis dialógico** de dos casos de terapia de pareja a través del método de Investigaciones Dialógicas de Cambio (IDC). Se tuvieron en cuenta las recientes modificaciones en el método de IDC contempladas por los autores (Seikkula & Olson, 2016) como es la posibilidad de escoger momentos específicos de las sesiones para ahondar en su análisis a un nivel micro en función de

cuál sea el objetivo de estudio, como en nuestra investigación fue el establecimiento de la alianza intrasistema.

Los datos recogidos para el análisis a través del método IDC consistieron en las transcripciones literales de la primera y última sesión de los dos casos de terapia de pareja seleccionados en función de su nivel de ajuste diádico al iniciar la terapia y de su resultado final de la terapia. Dichas transcripciones se realizaron mediante la visualización de los vídeos de las sesiones para así garantizar que éstas contuvieran, además del contenido digital o verbal, también contenido analógico o no verbal. En total, fueron analizadas 118 páginas de transcripción del diálogo de todos los participantes, parejas y terapeutas.

El primer paso para realizar el análisis a un nivel macro mediante el método de IDC fue agrupar el diálogo de las sesiones en Episodios Temáticos (Paso I). De este modo, en cada sesión tuvimos la transcripción dividida en aproximadamente 10-13 Episodios Temáticos. Cada Episodio Temático fue codificado con un título que definiera y sintetizara el tema general de conversación. Esta agrupación preliminar del diálogo de la sesión en Episodios Temáticos nos permitió, en posterioridad, analizar cada uno de ellos en base a las categorías de codificación del nivel macro-analítico. Las categorías analizadas fueron: (a) *Quién tomó la iniciativa* (dominancia cuantitativa, semántica e interaccional), *cómo se respondió a la intervención* (monológica vs. dialógicamente), *si el momento presente fue tenido en cuenta en la conversación* (categorías del Paso II); y (b) *La tipología de lenguaje* (indicativo vs. simbólico) y el *modo narrativo* del discurso (externo, interno o reflexivo) (categorías del Paso III). En la fase del análisis macro, se pudo obtener datos sobre qué sucedía, en referencia a las cualidades del diálogo, en los Episodios Temáticos en general y en comparación entre ellos para así detectar en qué momentos de la sesión empezó a ocurrir el cambio en el diálogo.

En tercer lugar, con los datos a un nivel macro-analítico pudimos pasar a la siguiente fase del análisis. Se tuvo en cuenta la división de las sesiones en base a los Episodios Temáticos (Paso I) con las puntuaciones de la alianza terapéutica a través del SOATIF-o. En los dos casos de terapia de pareja, se codificaron los indicadores de la alianza terapéutica que los participantes (paciente, cónyuge y terapeuta) habían puntuado a lo largo de la primera y última sesión. Las cuatro dimensiones de la alianza

terapéutica (*Enganche, Conexión Emocional, Seguridad y Compartir el Propósito*) fueron examinadas. Es decir, se codificaron las frecuencias de indicadores que los participantes habían puntuado en cada Episodio Temático y en el conjunto de la sesión. Así pudimos conocer cuál era el contenido de la conversación en el instante de la sesión en que se detectó algún indicador de la alianza terapéutica.

En cuarto lugar, se tuvieron en cuenta las frecuencias de indicadores de las parejas en la dimensión de Compartir Propósito en cada Episodio Temático de las sesiones analizadas. De esta forma, se pudieron detectar Episodios Temáticos para profundizar en su análisis a un nivel micro, en función del establecimiento de la alianza intrasistema y de las cualidades del diálogo terapéutico. Para el caso con alto ajuste diádico, se escogieron Episodios Temáticos con indicadores positivos en la dimensión de Compartir Propósito y que mostraran las cualidades del diálogo más prevalentes en la pareja. Para el caso con bajo ajuste diádico, se escogieron: (a) Episodios Temáticos con indicadores negativos en Compartir Propósito y que reflejaran las cualidades del diálogo más prevalentes en la pareja; y (b) Episodios Temáticos con indicadores positivos en Compartir Propósito y en los que se produjo un cambio de tendencia en las cualidades dialógicas. Las cualidades dialógicas se tuvieron en cuenta en base a las categorías de codificación del nivel de análisis macro (Pasos II y III).

A partir de la selección de los Episodios Temáticos en función del establecimiento de la alianza intrasistema y de las cualidades del diálogo, se desarrolló el análisis a un nivel micro. Para ello, se trabajó con los fragmentos transcritos de los Episodios Temáticos seleccionados para este nivel de análisis. La exploración se realizó mediante una codificación de la transcripción en base a dos categorías principales: (1) *Las voces, posiciones y destinatarios del diálogo de las parejas* (cualidades del diálogo); y (2) *las estrategias de los terapeutas* (ver Tabla 6).

La primera categoría fue codificada inductivamente a partir del diálogo de la pareja. La segunda categoría fue codificada en base a los conceptos del Diálogo Abierto (DA; Bakhtin, 1984, 1986; Seikkula, 2002) como: (a) *hacer que las voces de la pareja se sientan escuchadas*; (b) *propiciar un determinado posicionamiento en la pareja*; (c) *hablar con destinatarios con múltiples voces*, es decir, incluyendo como destinatarios del diálogo a ambos miembros de la pareja de forma indirecta; (d) *responder a la intervención previa de la pareja*; por ejemplo puede responder a lo que se está diciendo

en el momento, al conflicto de pareja, al enganche de la terapia, a temas de conversación previos o a la descripción de sentimientos; y (e) *no responder a alguna de las voces* que la pareja ha presentado en su última intervención.

Tabla 6.  
*Objetivos específicos y análisis de datos efectuados en la investigación*

<b>Objetivos específicos</b>	<b>Análisis</b>
1. Realizar un análisis descriptivo de las puntuaciones globales de las dimensiones que configuran la alianza terapéutica mediante el modelo SOATIF-o	Análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas mediante el SOATIF-o
2. Analizar la correlación entre el nivel de ajuste diádico, el resultado del tratamiento, en base a la sintomatología depresiva, y la alianza intrasistema	Análisis correlacional mediante el coeficiente de correlación de Spearman
3. Explorar las cualidades dialógicas de dos casos de terapia de pareja con depresión con diferente nivel de ajuste diádico y resultado final de la terapia	Análisis mediante el método de IDC a nivel macro (Pasos I, II y III)
4. Determinar el contenido del diálogo en los dos casos de terapia de pareja en función de las dimensiones de la alianza terapéutica	Análisis de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos
5. Profundizar en las cualidades dialógicas de las parejas y las estrategias dialógicas de los terapeutas en los dos casos analizados en función del establecimiento de la alianza intrasistema	Análisis mediante el método de IDC a nivel micro: Voces y posiciones de la pareja y estrategias terapéuticas

## 7. Resultados

---

7.1 Análisis descriptivo de las puntuaciones globales de las dimensiones de la alianza terapéutica de los casos de terapia de pareja

7.2 Análisis correlacional entre el ajuste diádico, el resultado final de la terapia y la dimensión de Compartir Propósito

7.3 Análisis dialógico

7.3.1 Análisis macro del caso con bajo ajuste diádico

7.3.1.1 Paso I: Exploración de los Episodios Temáticos

7.3.1.2 Paso II: Exploración de las respuestas a las intervenciones

7.3.1.3 Paso III: Exploración del proceso de narración y del área de lenguaje

7.3.2 Análisis macro del caso con alto ajuste diádico

7.3.2.1 Paso I: Exploración de los Episodios Temáticos

7.3.2.2 Paso II: Exploración de las respuestas a las intervenciones

7.3.2.3 Paso III: Exploración del proceso de narración y del área de lenguaje

7.3.3 Análisis de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos

7.3.3.1 Análisis de la alianza en función de los Episodios Temáticos del caso con bajo ajuste diádico

7.3.3.2 Análisis de la alianza en función de los Episodios Temáticos del caso con alto ajuste diádico

7.3.4 Análisis micro de los dos casos de terapia de pareja

7.3.4.1 Elección de los Episodios Temáticos

7.3.4.2 Análisis micro del caso con bajo ajuste diádico

7.3.4.3 Análisis micro del caso con alto ajuste diádico





## 7. Resultados

---

Los resultados se dividen en tres apartados. En el primero, se describen los resultados de las puntuaciones globales de la alianza terapéutica de los casos de terapia de pareja. En el segundo, se analiza la asociación entre el ajuste diádico, la alianza intrasistema y el resultado final de la terapia. En el tercero, se realiza el análisis dialógico de dos casos de terapia de pareja con la finalidad última de proporcionar estrategias terapéuticas útiles en casos con bajo ajuste diádico y que, por tanto, podrían presentar dificultades en la obtención de un favorable resultado terapéutico. Todos ellos son complementados con tablas o figuras a modo de síntesis.

### 7.1 Análisis descriptivo de las puntuaciones globales de las dimensiones de la alianza terapéutica de los casos de terapia de pareja

En relación al **primer objetivo**, realizar un análisis descriptivo de las puntuaciones globales de las dimensiones que configuran la alianza terapéutica mediante el modelo SOATIF-o, se presentan las puntuaciones globales obtenidas en las dimensiones que configuran la alianza terapéutica de los pacientes, cónyuges y terapeutas tanto para los casos de alto nivel de ajuste diádico como para los casos con bajo nivel de ajuste diádico. Debido a que nuestro último propósito era profundizar a un nivel dialógico en los procesos de establecimiento de la alianza terapéutica al inicio y al final del proceso terapéutico, se encuentran aquí descritas las puntuaciones globales de la primera y última sesión de terapia.

En los casos con alto ajuste diádico (n=5), todas las puntuaciones de los participantes en las diferentes dimensiones transcurrieron entre valores neutrales de alianza (puntuación de 0) y puntuaciones de alianza ligera o bastante fuerte (puntuaciones de +1 y de +2). A pesar de que las puntuaciones fueron siempre neutras o positivas, éstas se incrementaron en la última sesión. En términos generales, las puntuaciones fueron similares entre ambos miembros de la pareja. La dimensión de *Enganche* fue la mejor puntuada en la pareja, especialmente en esta última sesión (puntuaciones de +1 a +3); la dimensión de *Conexión Emocional* se mantuvo bastante estable en las dos sesiones analizadas (puntuaciones de 0 a +2); y la dimensión de *Seguridad* fue valorada como ligeramente o bastante positiva sobre todo en la última sesión (puntuaciones de +1 y +2). En referencia a la puntuación conjunta de la pareja en la dimensión de *Compartir Propósito*, sus valoraciones fueron también siempre neutras

(puntuación de 0) o ligeramente o bastante positivas (puntuaciones de +1 y +2) en las sesiones analizadas.

En el caso de los terapeutas, las dimensiones de *Enganche* y *Conexión Emocional* fueron las mejor puntuadas e incrementaron en la última sesión (puntuaciones de +1 a +3). Las dimensiones de *Seguridad* y *Compartir Propósito* fueron valoradas como neutras o ligeramente positivas en las dos sesiones (puntuaciones de 0 y +1).

En referencia a los casos con bajo ajuste diádico (n=5), las dimensiones individuales de la alianza de los miembros de la pareja y las dimensiones de los terapeutas oscilaron entre valores neutrales de alianza (puntuación de 0) y puntuaciones de alianza ligera o bastante fuerte (puntuaciones de +1 y de +2). Las puntuaciones se mantuvieron bastante estables en las dos sesiones analizadas para todos los participantes.

Si comparamos las puntuaciones de los miembros de la pareja, percibimos cómo en la última sesión de terapia los pacientes presentaron puntuaciones más positivas en comparación con los cónyuges. En general, las dimensiones de *Enganche* y *Conexión Emocional* fueron las mejor puntuadas en los miembros de la pareja con puntuaciones de alianza neutra, ligera o bastante fuerte (puntuaciones de 0 a +2). Sin embargo, en una ocasión, el cónyuge de uno de los casos obtuvo una puntuación ligeramente problemática en la dimensión de *Enganche* (puntuación de -1). La dimensión de *Seguridad* fue valorada como neutra o ligeramente positiva en las dos sesiones analizadas (puntuación de 0 y +1). Únicamente la dimensión de *Compartir Propósito* de las parejas obtuvo puntuaciones negativas en los casos de bajo nivel de ajuste diádico, que transcurrieron en valoraciones de alianza ligeramente o bastante problemática (puntuaciones de -1 y -2) a lo largo de las sesiones.

Los terapeutas contribuyeron de un modo ligero, bastante o muy fuerte a las dimensiones de *Enganche* y *Conexión Emocional* (puntuaciones de +1 a +3). Además, obtuvieron valoraciones neutras o ligeramente positivas en las dimensiones de *Seguridad* y *Compartir Propósito* (puntuaciones de 0 y +1) (ver Tabla 7).

Tabla 7.  
*Puntuaciones globales obtenidas en las dimensiones de la alianza de los pacientes, cónyuges y terapeutas en la primera y última sesión para los casos de alto y bajo nivel de ajuste diádico*

		Primera sesión				Última sesión			
Casos alto ajuste diádico	Miembro	Dimensiones de la alianza terapéutica				Dimensiones de la alianza terapéutica			
		Enganche	Conexión	Seguridad	Compartir	Enganche	Conexión	Seguridad	Compartir
1	Paciente	2	1	2	2	3	1	1	0
	Cónyuge	0	0	0	2	1	0	2	0
	Terapeuta	1	2	0	0	2	2	0	1
2	Paciente	1	1	0	0	2	1	1	0
	Cónyuge	2	1	1	0	2	1	1	0
	Terapeuta	1	2	1	1	2	2	0	1
3	Paciente	2	1	1	1	2	1	1	0
	Cónyuge	2	1	1	1	2	2	1	0
	Terapeuta	2	2	0	1	1	1	0	0
4	Paciente	1	1	1	1	1	2	1	2
	Cónyuge	1	0	0	1	2	1	1	2
	Terapeuta	1	1	0	1	1	3	1	1
5	Paciente	2	1	1	1	3	1	1	2
	Cónyuge	1	1	0	1	2	0	1	2
	Terapeuta	2	0	1	1	3	1	0	2
		Primera sesión				Última sesión			
Casos bajo ajuste diádico	Miembro	Dimensiones de la alianza terapéutica				Dimensiones de la alianza terapéutica			
		Enganche	Conexión	Seguridad	Compartir	Enganche	Conexión	Seguridad	Compartir
6	Paciente	2	0	1	1	2	1	1	1
	Cónyuge	1	0	1	1	1	1	1	1
	Terapeuta	2	1	0	1	1	3	0	0
7	Paciente	1	1	1	-2	1	1	0	-1
	Cónyuge	1	1	1	-2	-1	0	0	-1
	Terapeuta	2	2	1	1	2	1	0	1
8	Paciente	1	0	1	-2	2	1	1	-1
	Cónyuge	1	1	1	-2	1	1	1	-1
	Terapeuta	2	1	1	1	2	2	0	1
9	Paciente	2	1	1	-1	2	1	1	-1
	Cónyuge	1	0	0	-1	2	0	0	-1
	Terapeuta	1	0	0	1	2	1	1	0
10	Paciente	2	1	0	1	2	2	1	-1
	Cónyuge	1	2	1	1	2	1	0	-1
	Terapeuta	1	2	0	1	2	2	0	1

## 7.2 Análisis correlacional del ajuste diádico con el resultado final de la terapia y con la dimensión de Compartir Propósito

En cuanto al **segundo objetivo**, analizar la correlación entre el nivel de ajuste diádico, el resultado final del tratamiento en base a la sintomatología depresiva y la alianza intrasistema, tomamos como referencia los resultados de la investigación precedente a esta tesis doctoral, llevada a cabo con la misma muestra de parejas y realizada por nuestro mismo equipo investigador (Mateu, 2016). Se realizó un análisis de varianza (ANOVA) con medidas repetidas para analizar diferencias significativas entre las dimensiones que componen la alianza terapéutica en función de los participantes y del resultado de la sintomatología depresiva al final de la terapia. Algunos de los resultados más destacables fueron, por un lado, que las parejas obtuvieron puntuaciones medias significativamente menores que los terapeutas en la dimensión de *Compartir Propósito*, indicando así que las bajas puntuaciones de las

parejas en esta dimensión podrían resultar un indicador de posible dificultad para el resultado terapéutico; y por el otro, esta misma dimensión fue la única en que se encontraron diferencias significativas en función del *resultado de la sintomatología depresiva*.

Partiendo de estos resultados, planteamos el nivel de ajuste diádico de las parejas como una variable posiblemente relacionada con la construcción de la alianza intrasistema, examinada a través de la dimensión de Compartir Propósito, y con el resultado final de la terapia. Se realizó un análisis correlacional mediante el coeficiente de correlación de *Spearman (Rho de Spearman)* como prueba no paramétrica con el propósito de conocer el grado de asociación entre dichas variables cuantitativas.

En primer lugar, se realizaron correlaciones entre las variables de *ajuste diádico* en la evaluación previa y posterior a la terapia y la dimensión de *Compartir Propósito* de las parejas en la primera y última sesión de terapia. Como se puede observar en la Tabla 8, la variable de *Compartir Propósito en la primera sesión* obtuvo una alta correlación con la variable de *Compartir Propósito en la última sesión* ( $r_s = .612, p = .004$ ), en otras palabras, esta asociación indicaría una tendencia a que, conforme más positiva fuera la puntuación en esta dimensión al inicio de la terapia, más positiva sería ésta en su finalización. Igualmente, la variable de *ajuste diádico en la evaluación pre-tratamiento* de las parejas presentó una asociación muy elevada con la variable de *ajuste diádico en la evaluación post-tratamiento* ( $r_s = .923, p = .001$ ), lo que mostraría una propensión a que, conforme más elevado fuera el nivel de ajuste previo a la terapia, más elevado sería éste al finalizarla.

Se puede observar también cómo la variable de *ajuste diádico en la evaluación pre-tratamiento* de las parejas estuvo moderadamente relacionada con la dimensión de *Compartir Propósito en la primera sesión* de terapia ( $r_s = .589, p = .006$ ). Del mismo modo, las puntuaciones de las parejas en la dimensión de *Compartir Propósito en la primera sesión* estuvieron asociadas positivamente con el *ajuste diádico en la evaluación post-tratamiento* ( $r_s = .536, p = .015$ ). Estos resultados indicaron una asociación significativa entre la puntuación obtenida por las parejas en la dimensión de Compartir Propósito al inicio de la terapia y su nivel de ajuste diádico tanto al inicio como al final del tratamiento. Sin embargo, no se detectaron asociaciones significativas

entre la variable de *Compartir Propósito en la última sesión* y la variable de *ajuste diádico en la evaluación pre y post-tratamiento*.

En segundo lugar, también se quiso comprobar si la variable de *resultado final* de la terapia interaccionaba con las anteriores variables estudiadas. Como se ha explicado en apartados previos más detalladamente, se utilizaron las puntuaciones obtenidas a través del Índice de Cambio Fiable (ICF; Jacobson & Truax, 1991) al ser éste un criterio estadístico que permite comprobar la fiabilidad de la magnitud del cambio observado en la sintomatología depresiva de los pacientes y así valorar si éste es clínicamente significativo.

Los resultados muestran que la variable de *resultado final* estaba moderadamente relacionada con la variable de *Compartir Propósito en la primera sesión* ( $r_s = .504, p = .022$ ). Como se había comprobado en investigaciones previas (Mateu, 2016) las puntuaciones obtenidas por la pareja en la dimensión de *Compartir Propósito* durante la primera sesión tuvo una relación estadísticamente significativa con el resultado final de la terapia en términos de mejora sintomática. En cambio, las puntuaciones en la dimensión de *Compartir Propósito en la última sesión* no correlacionaron significativamente con el *resultado final*.

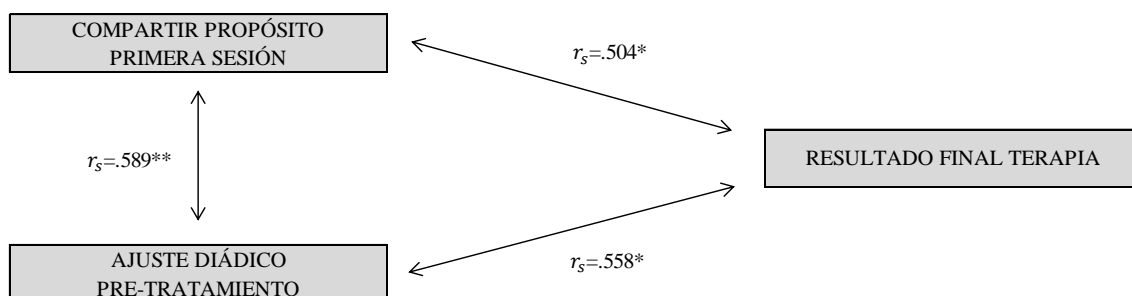
Por último, se comprobó cómo la variable de *ajuste diádico* se asociaba al *resultado final* de los casos de terapia de pareja analizados. En concreto, se detectó una correlación significativa entre la variable de *ajuste diádico en la evaluación pre-tratamiento* y la variable de *resultado final* ( $r_s = .558, p = .011$ ). Además, la variable de *ajuste diádico en la evaluación post-tratamiento* también presentó correlación significativa con la variable de *resultado final* (ICF) ( $r_s = .490, p = .028$ ). Estos resultados sugieren que el nivel de ajuste diádico de las parejas, sobre todo al inicio de la terapia, interaccionaba con el resultado final de la terapia en términos de sintomatología depresiva (ver Tabla 8).

Tabla 8.  
Correlaciones bivariadas entre las variables de ajuste diádico, dimensión de Compartir Propósito y resultado final de la terapia

	Compartir primera	Compartir última	Resultado final	Ajuste pre	Ajuste post
Compartir primera		.612**	.504*	.589**	.536*
Compartir última	.612**		.486	.352	.412
Resultado final	.504*	.486		.558*	.490*
Ajuste pre	.589**	.352	.558*		.923**
Ajuste post	.536*	.412	.490*	.923**	

Nota. N=10 parejas; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Tomando en consideración el conjunto de resultados, pudimos apreciar cómo a nivel estadístico las variables de *Compartir Propósito en la primera sesión* y de *ajuste pre-tratamiento* estaban significativamente asociadas entre ellas. A su vez, cada una de ellas mantenía correlación significativa con la variable de *resultado final*, siendo la correlación entre *ajuste pre-tratamiento* y *resultado final* superior a la correlación entre *Compartir Propósito en la primera sesión* y *resultado final* (ver Figura 5).



Nota. N=10 parejas; \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Figura 5. Magnitud de las correlaciones bivariadas entre las variables de ajuste diádico pre-tratamiento, Compartir Propósito en la primera sesión y resultado final de la terapia

### **7.3 Análisis dialógico**

Respecto al **tercer objetivo**, explorar las cualidades dialógicas de dos casos de terapia de pareja con depresión, uno con bajo ajuste diádico y desfavorable resultado terapéutico y otro con alto ajuste diádico y favorable resultado terapéutico, nos propusimos realizar el análisis del diálogo a un nivel macro-analítico en base a los tres pasos propuestos por el método IDC: (1) Explorar los Episodios Temáticos en el diálogo; (2) Explorar las respuestas a las intervenciones; y (3) Explorar el proceso de narración y el área del lenguaje.

A continuación se comentan los resultados del nivel macro-analítico de los dos casos escogidos.

#### ***7.3.1 Análisis macro del caso con bajo ajuste diádico***

En este apartado se realiza una descripción general de las cualidades dialógicas del caso con bajo ajuste diádico en la primera y última sesión de terapia. En concreto, se muestran resultados sobre las respuestas a las intervenciones, el proceso de narración y el área del lenguaje. Esta información se representa en la Tabla 9 y la Tabla 10, las cuales nos permitieron obtener en posterioridad los porcentajes expuestos en los pasos primero, segundo y tercero del nivel macro-analítico.

La primera sesión fue dividida en Episodios Temáticos y se proporcionó un título a cada uno de ellos en base a su tema principal de conversación. En términos generales, la paciente fue quien presentó la dominancia cuantitativa y semántica, mientras que el terapeuta presentó la dominancia interaccional a lo largo de la sesión. Asimismo, hubo una mayor presencia de Episodios Temáticos monológicos y el lenguaje fue mayoritariamente indicativo. Además, en más de la mitad de los Episodios Temáticos la conversación estuvo centrada en el momento presente. En cuanto al modo narrativo más presente en la primera sesión por cada participante, la paciente presentó un mayor número de momentos en los Episodios Temáticos de modo narrativo interno, y tanto el cónyuge como el terapeuta presentaron un mayor número de momentos de modo narrativo reflexivo.



Tabla 9.  
Descripción general del análisis mediante el método IDC del caso con bajo ajuste diádico para la primera sesión

ET	Títulos	Dominancia			Diálogo		Lenguaje		Momento presente		NPCS		
		Cuant	Sem	Int	Monol	Dial	Ind	Simb	No	Sí	P	C	T
1	Explicación de los diversos profesionales con los que María se ha visitado	P	P	T	X		X		X		I-E-I	E-R	E-R
2	Explicación del estado anímico de María	C	P	T	X		X		X		E-I	R-E	R
3	Dinámica del día a día que provoca incompreensión en la pareja	P	C	T	X		X			X	E-R	E-R	E
4	¿Qué permitió a María levantarse para salir de casa? Recapitulación de las actividades que ha vuelto a hacer	P	T	T	X		X		X		I-R	I-R	R-E-R
5	Cómo la pareja vive la inactividad de María	C	P	T	X		X		X		I	R	R
6	Diferencias en su forma de ser	C	P	T	X		X		X		I-R	I-R	I-R
7	Explicación historia familiar de María	P	C	T	X		X	X	X		R	R	R-E-R
8	Expectativas hacia la terapia	P	P	T	X	X	X	X	X		R	R	R
9	Explicación de la familia nuclear	P	T	T	X		X		X		E-I	E	E-R
10	Recursos de María para salir adelante	P	T	T	X	X	X		X		R-I	R-I	R-E
11	Expresión de optimismo, empatía y compartir propósito	T	T	T	X	X		X	X		I-R	R	R
12	María expresa cómo ha ido la sesión para ella	P	P	T	X		X		X		I-R-E	E	R

Nota. Episodios Temáticos (ET); Cuantitativa (Cuant); Semántica (Sem); Interaccional (Int); Monológico (Monol); Dialógico (Dial); Indicativo (Ind); Simbólico (Simb); Paciente (P); Cónyuge (C); Terapeuta (T); Externo (E); Interno (I); Reflexivo (R); Narrative Process Coding System (NPCS)

En la última sesión, los principales cambios que se produjeron fueron que el terapeuta presentó la dominancia cuantitativa, en lugar de la paciente, hubo un incremento de la conversación terapéutica centrada en el momento presente, y la paciente pasó a hablar con un modo narrativo reflexivo en la última sesión de terapia.

Tabla 10.  
Descripción general del análisis mediante el método IDC del caso con bajo ajuste diádico para la última sesión

ET	Títulos	Dominancia			Diálogo		Lenguaje		Momento presente		NPCS		
		Cuant	Sem	Int	Monol	Dial	Ind	Simb	No	Sí	P	C	T
1	¿Cómo ha estado la pareja en las últimas semanas?	P	P	T	X		X		X		I-E-I	E-I-E	R
2	Cosas que han funcionado en las últimas semanas y cosas que han fallado	P	P	T	X		X		X		R-E	R-E	R-I
3	¿Con qué relaciona María el hecho de sentirse mejor? Necesidad de no quitar mérito a todo lo que hace	T	P	T	X	X	X		X		I-E	E	R
4	Planteamiento de la última sesión de terapia de pareja y de la posibilidad de hacer un trabajo individual con María	T	T	T		X	X		X		E-R	I	R-E-R
5	Cambios logrados en la pareja a través de la terapia, mencionados por el terapeuta	T	T	T		X		X	X		E-R	E-I-R	R
6	¿Qué cosas creen que les han servido de la terapia?	P	P	T	X		X		X		R	E-R	R
7	Necesidad de María que Amancio le reconozca lo que ella ha llegado a pasar con su familia de origen por no defenderla	P	P	T	X		X		X		R	R	R
8	¿Qué opina Amancio de lo que dice María, respecto a lo mal que ella se sintió con su familia de origen?	T	P	T	X			X	X		R	R	R
9	El terapeuta introduce optimismo ante el hecho que Amancio sea ahora capaz de ver lo mal que se comporta su familia de origen con otras personas	T	P	T	X		X		X		R	R	R
10	Intervención del terapeuta para reconocer que Amancio no defendió a María en los momentos en que lo necesitaba y él lo confirma	T	P	T		X		X	X		R	R	R

Nota. Episodios Temáticos (ET); Cuantitativa (Cuant); Semántica (Sem); Interaccional (Int); Monológico (Monol); Dialógico (Dial); Indicativo (Ind); Simbólico (Simb); Paciente (P); Cónyuge (C); Terapeuta (T); Externo (E); Interno (I); Reflexivo (R); Narrative Process Coding System (NPCS)

### ***7.3.1.1 Paso I: Exploración de los Episodios Temáticos.***

Como anteriormente hemos mencionado, el primer paso consistió en dividir en Episodios Temáticos la primera y última sesión de la terapia, en función del cambio en el tema de discusión. Así pues, los Episodios Temáticos en estas sesiones fueron definidos por el tema que se discute, y en el momento en que el tema cambia, el Episodio Temático termina. Una vez detectados los Episodios Temáticos de la sesión, se atribuyó un título para cada uno de ellos que sintetizara su tema de conversación.

La primera sesión de este caso fue dividida en 12 Episodios Temáticos (compuesta por un total de 9.400 palabras) y la última sesión fue dividida en 10 Episodios Temáticos (compuesta por 8.749 palabras). Así pues, la primera sesión fue la más extensa, en lo que se refiere al número total de palabras, y también la que obtuvo más Episodios Temáticos. En referencia a la primera sesión, el total de los 12 Episodios Temáticos pudieron ser agrupados en función de la temática general que se trató. En función de su temática principal, 3 Episodios Temáticos estuvieron relacionados con la problemática presente en la relación de pareja, 2 con la depresión, 2 con la historia de la familia de origen y la familia nuclear, 2 con los recursos o fortalezas de la pareja destacados por el terapeuta, 2 con el proceso de terapia, y 1 con las actividades cotidianas de la pareja. Respecto a la última sesión, el conjunto de los 10 Episodios Temáticos también fueron unidos en base al tema general que se trató en ellos. De esta forma, 4 Episodios Temáticos mantuvieron relación con la valoración de la situación actual de la pareja, 3 con la problemática presente en su relación, y 3 con el proceso terapéutico (ver Apéndice E para una descripción más detallada del tema en cada Episodio Temático).

Así pues, se puede comprobar cómo algunos temas presentes en la primera sesión no aparecieron en la última sesión, como por ejemplo la depresión, la historia de la familia de origen y la familia nuclear, los recursos de la pareja o sus actividades cotidianas. En cambio, en la última sesión apareció un nuevo tema, como fue la valoración de su relación de pareja, así como se siguió hablando sobre la conflictiva de pareja y sobre el proceso terapéutico.

### **7.3.1.2 Paso II: Exploración de las respuestas a las intervenciones.**

A continuación se muestran las categorías analizadas junto con los porcentajes obtenidos en el caso con bajo ajuste diádico en la primera y última sesión de la terapia. Los porcentajes de cada sesión fueron obtenidos gracias a la información proporcionada en la Tabla 9 y la Tabla 10, respectivamente. Las respuestas a las intervenciones se categorizaron según: (1) Quién toma la iniciativa; qué participante presenta dominancia cuantitativa, semántica e interaccional; (2) Cómo se responde a la intervención, dialógica o monológicamente; y (3) Si se tiene en cuenta o no el momento presente.

#### ***Quién toma la iniciativa; resultados de dominancia.***

La dominancia fue analizada en base a tres categorías: dominancia *cuantitativa*, *semántica* e *interaccional*.

Como se muestra en la Tabla 11, en la primera sesión de la terapia, que fue dividida en un total de 12 Episodios Temáticos, la paciente presentó la mayor dominancia *cuantitativa* respecto el total de los Episodios Temáticos (66.67%), seguida por el cónyuge (25%) y, posteriormente, por el terapeuta (8.33%). En la última sesión de la terapia, que fue dividida en un total de 10 Episodios Temáticos, el terapeuta presentó las máximas puntuaciones en dominancia cuantitativa en base al total de los Episodios Temáticos (60%), seguidos por la paciente (40%) y en último término por el cónyuge, quien no obtuvo este tipo de dominancia en ningún Episodio Temático de esta sesión.

En referencia a la dominancia *semántica*, la paciente presentó en la primera sesión las puntuaciones más elevadas en cuanto al total de los Episodios Temáticos (50%), seguida por el terapeuta (33.33%) y en última instancia por el cónyuge, quien obtuvo una dominancia moderada (16.67%). En la última sesión, la paciente volvió a obtener las máximas puntuaciones respecto el total de los Episodios Temáticos (80%), seguida también por el terapeuta (20%) y, finalmente, por el cónyuge, quien no presentó este tipo de dominancia en ningún Episodio Temático de la sesión.

En términos de dominancia *interaccional*, fue el terapeuta quien mostró este tipo de dominancia durante todos los Episodios Temáticos de la primera y de la última sesión.

***Cómo se responde a la intervención.***

En las dos sesiones analizadas, las respuestas a las intervenciones se realizaron principalmente de una forma monológica, especialmente en la primera sesión (80%). En cuanto a la última sesión, se produjo un descenso de las respuestas monológicas (63.64%). Por tanto, a pesar de que el terapeuta planteó en algunas ocasiones preguntas de un modo abierto y dialógico, la mayor parte de las respuestas de la pareja fueron específicas, cerradas, y no propiciaron la creación de un diálogo co-construido junto con el otro (ver Tabla 11).

***El momento presente es tenido en cuenta.***

Se considera que la conversación terapéutica centrada en el momento presente se detectó en más de la mitad de los Episodios Temáticos de la primera sesión (58.33%) y este tipo de conversación incrementó su presencia en la última sesión (70%). Específicamente, el terapeuta destinó recursos para centrar la conversación en el momento presente de la terapia como estrategia para describir los sentimientos que la pareja experimentaba durante la sesión, y de este modo, prestar más atención al presente que a los problemas referentes al pasado (ver Tabla 11).

Tabla 11.

*Resultados del Paso II del método IDC para el caso con bajo nivel de ajuste diádico*

<b>Caso con bajo nivel de ajuste diádico</b>						
<b>Categorías analizadas</b>	<b>Participantes</b>	<b>Sesiones</b>				
		<b>Sesión 1</b>		<b>Sesión 17</b>		
		<b>ET</b>	<b>%</b>	<b>ET</b>	<b>%</b>	
Quién toma la iniciativa *	Dominancia cuantitativa	Paciente	<b>8</b>	<b>66.67</b>	4	40
		Cónyuge	3	25	0	0
		Terapeuta	1	8.33	<b>6</b>	<b>60</b>
	Dominancia semántica	Paciente	<b>6</b>	<b>50</b>	<b>8</b>	<b>80</b>
		Cónyuge	2	16.67	0	0
		Terapeuta	4	33.33	2	20
	Dominancia interaccional	Paciente	0	0	0	0
		Cónyuge	0	0	0	0
		Terapeuta	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>10</b>	<b>100</b>
Cómo se responde a la intervención	Monológicamente	<b>12</b>	<b>80</b>	<b>7</b>	<b>63.64</b>	
	Dialógicamente	3	20	4	36,36	
El momento presente es tenido en cuenta *	No	5	41.67	3	30	
	Sí	<b>7</b>	<b>58.33</b>	<b>7</b>	<b>70</b>	

*Nota:* \* Categorías mutuamente excluyentes.

### 7.3.1.3 Paso III: Exploración del proceso de narración y del área de lenguaje.

Como ha sido mencionado anteriormente, este paso fue realizado mediante las dos opciones posibles contempladas por el método IDC. Por un lado, mediante el método de NPCS se identificaron los porcentajes de los modos narrativos –externo, interno o reflexivo- presentes en la globalidad de cada sesión analizada, y también se concretaron los porcentajes de dichos modos narrativos en función del participante. Por otro lado, se calculó el porcentaje presente de lenguaje indicativo y simbólico para cada una de las sesiones.

Como se muestra en la Tabla 12, en la primera sesión el modo narrativo reflexivo fue el más presente en el discurso terapéutico (50.87%), seguido por el modo narrativo externo (28.07%) y, por último, por el modo narrativo interno (21.05%). En referencia a la última sesión, hubo un incremento del modo narrativo reflexivo (57.77%), con el consiguiente descenso del modo narrativo externo (26.66%) y también del modo narrativo interno (15.55%).

Tabla 12.

*Resultados del Paso III del método IDC para el caso con bajo nivel de ajuste diádico, porcentajes generales de cada modo narrativo*

Caso con bajo nivel de ajuste diádico			
Dimensión analizada		Sesiones	
		Sesión 1	Sesión 17
		%	%
Modo narrativo	Externo	28.07	26.66
	Interno	21.05	15.55
	Reflexivo	<b>50.87</b>	<b>57.77</b>

En referencia a los modos narrativos más utilizados por cada participante, se pudo ahondar en algunos matices importantes. Respecto a la primera sesión, el cónyuge habló mayoritariamente con un modo narrativo reflexivo (57.14%), así como también lo hizo el terapeuta (65%). Sin embargo, la paciente presentó predominantemente un modo narrativo interno en su discurso (43.47%). Por lo que se refiere a la última sesión, el principal cambio se produjo en la paciente, quien presentó un discurso mediante un modo narrativo reflexivo (50%). En esta sesión, el cónyuge volvió a hablar de un modo reflexivo en gran parte de sus intervenciones (43.75%) y también lo hizo el terapeuta (84.61%).

En cuanto a los resultados sobre la tipología de lenguaje, fue mayoritariamente indicativo en el discurso de la primera sesión (78.57%) y se produjo un descenso de éste en la última sesión (70%). De esta forma, el lenguaje estuvo centrado en aspectos reales o fácticos para defenderse a sí mismo de las acusaciones del otro, y así dar argumentos para demostrar tener la razón en las discusiones durante la terapia, en lugar de centrar su lenguaje en cómo cada uno de ellos se sentía (ver Tabla 13).

Tabla 13.

*Resultados del Paso III del método IDC para el caso con bajo nivel de ajuste diádico, porcentajes por participante de cada modo narrativo y de la tipología de lenguaje*

Caso con bajo nivel de ajuste diádico				
Dimensión analizada	Participantes	Sesiones		
		Sesión 1	Sesión 17	
		%	%	
Modo narrativo	Externo	Paciente	21.73	31.25
		Cónyuge	35.71	37.5
		Terapeuta	30	7.69
	Interno	Paciente	<b>43.47</b>	18.75
		Cónyuge	7.14	18.75
		Terapeuta	5	7.69
	Reflexivo	Paciente	34.78	<b>50</b>
		Cónyuge	<b>57.14</b>	<b>43.75</b>
		Terapeuta	<b>65</b>	<b>84.61</b>
Tipología de lenguaje *	Indicativo	<b>78.57</b>	<b>70</b>	
	Simbólico	21.43	30	

*Nota:* \* Categoría mutuamente excluyente.

### **7.3.2 Análisis macro del caso con alto ajuste diádico**

A continuación se realiza una descripción general de las cualidades dialógicas del caso con alto ajuste diádico en la primera y última sesión de terapia. En específico, se muestran resultados sobre las respuestas a las intervenciones, el proceso de narración y el área del lenguaje. Esta descripción general está representada en la Tabla 14 y Tabla 15, las cuales en posterioridad nos permitieron obtener los porcentajes expuestos en los pasos primero, segundo y tercero del nivel macro-analítico.

La primera sesión fue dividida en Episodios Temáticos y a cada uno de éstos se le proporcionó un título que permitiera identificar el tema principal de conversación. A nivel general, el cónyuge presentó dominancia cuantitativa y semántica y el terapeuta fue quien presentó la dominancia interaccional en la mayor parte de los Episodios Temáticos. De este modo, se observó una presencia superior de Episodios Temáticos

dialógicos, así como de lenguaje indicativo. Además, en diversos Episodios Temáticos no se tuvo en cuenta el momento presente. En cuanto el modo narrativo de la primera sesión, todos los participantes hablaron en mayor medida a través de un modo narrativo reflexivo.

Tabla 14.

*Descripción general del análisis mediante el método IDC del caso con alto ajuste diádico para la primera sesión*

ET	Títulos	Dominancia			Diálogo		Lenguaje		Momento presente		NPCS		
		Cuant	Sem	Int	Monol	Dial	Ind	Simb	No	Sí	P	C	T
1	Contextualización de la cámara y explicación de su utilidad en el contexto terapéutico	T	T	T		X		X		X	E	E	I
2	Exploración del problema en el momento actual	C	C	T		X	X	X	X		I	E	I-E
3	Inicio de la tristeza y depresión	P	C	T		X	X		X		R	E-R	I-R
4	Hermana de Isabel: Deterioro de su relación	C	C	T		X	X	X	X		I	R-E	R-E
5	Cuidados hacia la madre de Isabel	C	C	T		X	X		X		I	I-R-E	E-R
6	Origen de la depresión	C	P	T		X		X	X	R-I	E-I	R	
7	Cómo la familia intenta ayudar en el duelo de su madre y el divorcio de su hermana	C	P	T	X		X		X	R	R	R	
8	Cómo vive Isabel la forma en que su familia la intenta ayudar a librarse de la responsabilidad	C	C	T		X	X		X	I-R	R	R	
9	Relación que la hermana tiene con Isabel	P	C	T		X	X		X	I-R	R	R	
10	Conflicto de la hermana desde dos distintas visiones: Felicidad de la hermana VS. Rencor y responsabilidad	P	T	T		X	X		X	R	R	R	
11	Balance de la relación de pareja: Conocerse mucho el uno al otro VS. Dar cosas por sentadas	T	T	T	X	X	X	X	X	R	R	R	
12	Planteamiento laboral de David basado en delegar	C	P	C	X		X		X	R	R	R	
13	Paralelismo: Perdonar al compañero de trabajo de David VS. Perdonar a la hermana de Isabel	C	C	C	X	X	X		X	R	R	R	

*Nota.* Episodios Temáticos (ET); Cuantitativa (Cuant); Semántica (Sem); Interaccional (Int); Monológico (Monol); Dialógico (Dial); Indicativo (Ind); Simbólico (Simb); Paciente (P); Cónyuge (C); Terapeuta (T); Externo (E); Interno (I); Reflexivo (R); Narrative Process Coding System (NPCS)

En lo que se refiere a la última sesión de terapia, se produjo un incremento del diálogo dialógico, así como se tuvo más en cuenta el momento presente en la conversación terapéutica, y también se produjo un incremento en el lenguaje indicativo. En cambio, se detectó en todos los participantes un descenso en el modo narrativo reflexivo, a pesar de que siguió siendo el más prevalente, y en contrapartida, hubo en todos ellos un incremento del modo narrativo externo.

Tabla 15.

*Descripción general del análisis mediante el método IDC del caso con alto ajuste diádico para la última sesión*

ET	Títulos	Dominancia			Diálogo		Lenguaje		Momento presente		NPCS		
		Cuant	Sem	Int	Monol	Dial	Ind	Simb	No	Sí	P	C	T
1	Planificación de la sesión de post- evaluación	T	C	T		X	X		X		E	E	E
2	Acuerdo para las vacaciones: Ilusión de Isabel de ir con su hermana VS. Aceptación de David de buscar estrategias para estar relajado	C	C	T	X	X	X		X		E-I	E-R-E	R-E
3	Relación terapéutica: Tristeza por dejar de ver a los terapeutas VS. Alegría por la mejoría	C	P	T		X	X	X	X		I-R-E	I-R-E	I-R-E
4	Nueva organización de las tareas domésticas	C	C	T		X	X		X		I-R-E	R-E	R
5	Cambios logrados a través de la terapia	C	C	T		X	X		X		R	R	I-R
6	Dosificar esfuerzos de Isabel: Disfrutar hablando con amigas VS. Hacer sobreesfuerzo físico	C	C	T		X	X		X		E-I	R	R
7	Equilibrio entre cuidado por parte de David por el estado físico de Isabel VS. Seguir haciendo cosas que forman parte de la identidad	C	P	T		X	X		X		E-R-E	E-R-E	R
8	Qué recordarán de aquí cinco años de la terapia	T	T	T		X	X		X		I-R	I-R	R-I-R
9	Cuidado de las nietas	C	P	T		X	X	X	X		E-R	E-R	E-R
10	Sorpresas de los terapeutas para la pareja en la última sesión	T	T	T		X		X	X		R-I-R	R	R
11	Despedida y cierre de la sesión	P	P	T		X	X	X	X		I-R	R	I-R

*Nota.* Episodios Temáticos (ET); Cuantitativa (Cuant); Semántica (Sem); Interaccional (Int); Monológico (Monol); Dialógico (Dial); Indicativo (Ind); Simbólico (Simb); Paciente (P); Cónyuge (C); Terapeuta (T); Externo (E); Interno (I); Reflexivo (R); Narrative Process Coding System (NPCS)

### 7.3.2.1 Paso I: Exploración de los Episodios Temáticos.

Como se puede observar en la Tabla 14 y la Tabla 15, la primera sesión fue dividida en 13 Episodios Temáticos (formada por un total de 11.448 palabras) y la última sesión fue dividida en 11 Episodios Temáticos (formada por 12.152 palabras). En la primera sesión, el total de los 13 Episodios Temáticos fueron agrupados en función de la temática general que se trató. Como resultado, en 6 de ellos se habló sobre la relación mantenida con la familia de origen y la familia nuclear, en 3 sobre la depresión, en 2 sobre experiencias en el ámbito laboral, en 1 sobre la valoración de la pareja en referencia a su relación, y en 1 sobre el proceso terapéutico. En cuanto a la última sesión, el total de los 11 Episodios Temáticos fueron unificados según su tema principal de conversación. Así pues, 4 estuvieron relacionados con la valoración de la situación actual de la relación de pareja, 3 con la relación establecida con el terapeuta, 1 con los cambios logrados por la pareja a través de la terapia, 1 con los recursos o fortalezas de la pareja, 1 con la relación mantenida con la familia de origen y familia nuclear, y 1 con el proceso terapéutico (ver Apéndice F para una descripción más detallada del tema en cada Episodio Temático).

Se puede comprobar cómo algunos temas presentes en la primera sesión no fueron tratados en la última sesión, como por ejemplo la depresión o las experiencias



del cónyuge en el ámbito laboral, y también cómo se produjo un descenso de la conversación centrada en la conflictiva con la familia de origen de la paciente.

### ***7.3.2.2 Paso II: Exploración de las respuestas a las intervenciones.***

A continuación se muestran las categorías analizadas junto con los porcentajes obtenidos en el caso con alto ajuste diádico en la primera y última sesión de la terapia. Estos porcentajes de ambas sesiones fueron obtenidos gracias a la información proporcionada en la Tabla 14 y la Tabla 15, respectivamente. Las respuestas a las intervenciones se categorizaron según: (1) Quién toma la iniciativa; qué participante presenta dominancia cuantitativa, semántica e interaccional; (2) Cómo se responde a la intervención, dialógica o monológicamente; y (3) Si se tiene en cuenta o no el momento presente.

#### ***Quién toma la iniciativa; resultados de dominancia.***

Tres categorías han sido analizadas en términos de dominancia: dominancia *cuantitativa*, *semántica* e *interaccional*.

Como se expone en la Tabla 16, en la primera sesión, que fue dividida en un total de 13 Episodios Temáticos, fue el cónyuge quien obtuvo la mayor dominancia *cuantitativa* respecto el total de los Episodios Temáticos (61.53%), seguido por la paciente (23.07%) y por último por el terapeuta (15.38%). En la última sesión, también fue el cónyuge quien presentó la dominancia cuantitativa más elevada (63.63%), esta vez seguido por el terapeuta (27.27%) y a continuación por la paciente (9.09%).

En referencia a la dominancia *semántica*, en la primera sesión el cónyuge presentó la mayor dominancia respecto el total de los Episodios Temáticos (53.84%) y estuvo seguido de forma igualitaria por la paciente y por el terapeuta (23.08%). En la última sesión, el cónyuge volvió a presentar la máxima dominancia semántica en base al total de los Episodios Temáticos (45.45%), seguido por la paciente (36.36%) y, por último, por el terapeuta (18.18%).

En cuanto a la dominancia *interaccional*, en la primera sesión el terapeuta obtuvo la mayor dominancia respecto el total de Episodios Temáticos (84.61%), seguido por el cónyuge (15.38%), de tal forma que la paciente no presentó esta

dominancia en ningún Episodio Temático. En la última sesión, el terapeuta presentó dominancia interaccional en todo momento.

***Cómo se responde a la intervención.***

Se respondió a las intervenciones de una forma mayoritariamente dialógica tanto en la primera (73.33%) como en la última sesión (91.67%), percibiendo así que al final del proceso terapéutico se produjo un notable incremento del diálogo dialógico. En las dos sesiones el terapeuta intervino mediante comentarios o preguntas con un final abierto que contribuyeron a que la pareja respondiera incluyendo lo que se había dicho previamente y finalizaran su intervención de un modo abierto. Se percibió en esta pareja una tendencia a realizar constantemente un discurso dialógico co-construido entre ambos cónyuges (ver Tabla 16).

***El momento presente es tenido en cuenta.***

Durante la primera sesión las conversaciones estuvieron centradas en el momento presente en un bajo porcentaje respecto al total de los Episodios Temáticos (30.77%). En cambio, en la última sesión hubo un incremento de las conversaciones centradas en el momento presente (63.63%). En esta última sesión, el terapeuta centró en varias ocasiones la conversación en el momento presente para describir los cambios positivos que la pareja había demostrado a lo largo de la terapia (ver Tabla 16).

Tabla 16.  
*Resultados del Paso II del método IDC para el caso con alto nivel de ajuste diádico*

<b>Caso con alto nivel de ajuste diádico</b>							
<b>Categorías analizadas</b>	<b>Participantes</b>	<b>Sesiones</b>					
		<b>Sesión 1</b>		<b>Sesión 16</b>			
		<b>ET</b>	<b>%</b>	<b>ET</b>	<b>%</b>		
	Dominancia cuantitativa	Paciente	3	23.07	1	9.09	
		Cónyuge	<b>8</b>	<b>61.53</b>	<b>7</b>	<b>63.63</b>	
		Terapeuta	2	15.38	3	27.27	
	Quién toma la iniciativa *	Dominancia semántica	Paciente	3	23.07	4	36.36
			Cónyuge	<b>7</b>	<b>53.84</b>	<b>5</b>	<b>45.45</b>
			Terapeuta	3	23.07	2	18.18
	Dominancia interaccional	Paciente	0	0	0	0	
		Cónyuge	2	15.38	0	0	
		Terapeuta	<b>11</b>	<b>84.61</b>	<b>11</b>	<b>100</b>	
Cómo se responde a la intervención	Monológicamente	4	26.67	1	8.33		
	Dialógicamente	<b>11</b>	<b>73.33</b>	<b>11</b>	<b>91.67</b>		
El momento presente es tenido en cuenta *	No	<b>9</b>	<b>69.23</b>	4	36.36		
	Sí	4	30.77	<b>7</b>	<b>63.63</b>		

*Nota:* \* Categoría mutuamente excluyente.

### 7.3.2.3 Paso III: Exploración del proceso de narración y del área de lenguaje.

Como ha sido mencionado anteriormente para el otro caso analizado, este paso fue realizado mediante las dos opciones posibles contempladas por el método IDC. Por un lado, mediante el método de NPCS se identificaron los porcentajes de los modos narrativos –externo, interno o reflexivo- presentes en la globalidad de cada sesión analizada, y también se concretaron los porcentajes de dichos modos narrativos en función del participante. Por otro lado, se calculó el porcentaje presente de lenguaje indicativo y simbólico para cada una de las sesiones.

Se analizó el proceso de narración en la primera y última sesión de terapia. Como se puede percibir en la Tabla 17, en la primera sesión el modo narrativo reflexivo fue el más presente en la conversación terapéutica (58.82%), seguido por el modo narrativo interno (21.56%) y, por último, estuvo presente el modo narrativo externo (19.6%). En cuanto a la última sesión y en comparación con la primera, el modo narrativo reflexivo obtuvo un menor porcentaje respecto el total de la conversación (47.61%), seguido por el consecuente incremento en el modo narrativo externo (31.74%) y, finalmente, por una ligera disminución del porcentaje en el modo narrativo interno (20.63%).

Tabla 17.

*Resultados del Paso III del método IDC para el caso con alto nivel de ajuste diádico, porcentajes generales de cada modo narrativo*

Caso con alto nivel de ajuste diádico			
Dimensión analizada		Sesiones	
		Sesión 1	Sesión 16
		%	%
Modo narrativo	Externo	19.6	31.74
	Interno	21.56	20.63
	Reflexivo	<b>58.82</b>	<b>47.61</b>

Los elevados porcentajes obtenidos en el modo narrativo reflexivo podrían indicar que la pareja dio a conocer su opinión y evaluó aquello sobre lo que se estaba hablando, delante no sólo del terapeuta, sino también delante del cónyuge. Según los resultados obtenidos en cuanto al modo narrativo interno, la pareja, especialmente en la primera sesión, también expresó sus sentimientos en cuanto a los temas de los que se hablaba. Además, los resultados muestran cómo el modo narrativo externo estuvo sobretodo presente en la última sesión. Este dato podría indicar que la pareja centró su

discurso en la descripción de sucesos sin hacer demasiada referencia a sus experiencias emocionales. En este sentido, en la conversación terapéutica llevada a cabo de un modo externo la pareja comentó la nueva organización de las tareas domésticas y de las actividades diarias que había acordado e implementado en las últimas semanas.

Si nos centramos en el modo narrativo en función del participante, los resultados indican que en la primera sesión el terapeuta habló de un modo reflexivo en más de la mitad de sus intervenciones (64.7%), como también lo hizo la paciente (56.25%) y el cónyuge (55.55%). En cuanto a la última sesión, el terapeuta volvió a ser quien más habló de un modo reflexivo (57.89%), seguidos por el cónyuge, quien también habló con este modo narrativo en la mitad de sus intervenciones (50%) y por la paciente (37.5%). El cambio más destacable respecto a la primera sesión fue el incremento del modo narrativo externo en el discurso de todos los participantes, así como la reducción del discurso a través del modo narrativo interno de la paciente.

En referencia a la tipología de lenguaje, éste fue sobretudo indicativo en la conversación de la primera sesión (68.75%) y se vio incrementado en el discurso de la última sesión (71.42%). Estos resultados muestran que en las dos sesiones se utilizó un lenguaje concreto y centrado en aspectos fácticos para referirse a cuestiones cotidianas (ver Tabla 18).

Tabla 18.

*Resultados del Paso III del método IDC para el caso con alto nivel de ajuste diádico, porcentajes por participante de cada modo narrativo y de la tipología de lenguaje*

Caso con alto nivel de ajuste diádico				
Dimensión analizada	Participantes	Sesiones		
		Sesión 1	Sesión 16	
		%	%	
Modo narrativo	Externo	Paciente	6.25	33.33
		Cónyuge	33.33	40
		Terapeuta	17.64	21.05
	Interno	Paciente	37.5	29.16
		Cónyuge	11.11	10
		Terapeuta	17.64	21.05
Reflexivo	Paciente	<b>56.25</b>	<b>37.5</b>	
	Cónyuge	<b>55.55</b>	<b>50</b>	
	Terapeuta	<b>64.7</b>	<b>57.89</b>	
Tipología de lenguaje *	Indicativo	<b>68.75</b>	<b>71.42</b>	
	Simbólico	31.25	28.57	

Nota: \* Categoría mutuamente excluyente.

Los elevados porcentajes en el modo narrativo reflexivo de todos los participantes indicaron que la dominancia interaccional del terapeuta fue útil para contribuir a que la pareja incorporara el habla reflexiva, tanto para conversar con el terapeuta como con el otro cónyuge. En las dos sesiones analizadas, la pareja habló mediante un modo narrativo reflexivo para, primero, valorar la problemática actual con la que llegaron a terapia y planear conjuntamente soluciones posibles y, segundo, evaluar su relación.

Los resultados de las dos sesiones nos muestran que la paciente depresiva fue la participante que más habló con un modo narrativo interno al expresar sus sentimientos en referencia a temas como la depresión o la conflictiva con su familia de origen. Sin embargo, merece la pena destacar que en la última sesión la paciente incrementó su habla con un modo narrativo externo al tratar temas como la organización en el día a día. En contraste, el alto porcentaje del cónyuge en el modo narrativo externo en las dos sesiones analizadas fue indicativo de su descripción del problema como observador externo, aunque en sus intervenciones se denotaba su implicación en el apoyo ofrecido a la paciente y en la pertinente solución.

## SÍNTESIS

### Exploración de los Episodios Temáticos (Paso I)

Respecto al caso con **bajo nivel de ajuste diádico**:

1. La **primera sesión** fue dividida en **12 Episodios Temáticos** y la **última sesión** fue dividida en **10 Episodios Temáticos**.

2. Episodios Temáticos en función de su temática principal: en la **primera sesión** los temas tratados fueron la conflictiva de pareja, la depresión, la historia de familia de origen de la paciente, las relaciones en la familia nuclear, los recursos de la pareja destacados por el terapeuta, el proceso de terapia y las actividades cotidianas de la pareja. En la **última sesión**, fueron la valoración de la relación de pareja en la actualidad, la conflictiva de pareja y el proceso terapéutico.

Respecto al caso con **alto nivel de ajuste diádico**:

1. La **primera sesión** fue dividida en **13 Episodios Temáticos** y la **última sesión** en **11 Episodios Temáticos**.

2. Episodios Temáticos en función de su temática general: en la **primera sesión** los temas tratados fueron la problemática con la familia de origen o nuclear de la paciente, la depresión, las experiencias en el ámbito laboral del cónyuge, las relaciones con la familia nuclear, la valoración de la relación de pareja en la actualidad y el proceso de terapia. En la **última sesión**, los temas tratados fueron la valoración de la situación actual de la pareja, la relación terapéutica, los cambios logrados a través de la terapia, los recursos de la pareja, las relaciones con la familia de origen o nuclear y el proceso de terapia.

### Exploración de las respuestas a las intervenciones (Paso II)

Respecto al caso con **bajo nivel de ajuste diádico**:

1. En la **primera sesión**: la **paciente** presentó la mayor **dominancia cuantitativa** (66.67%), seguida por el cónyuge (25%) y por el terapeuta (8.33%). En la **última sesión**, el **terapeuta** las máximas puntuaciones en **dominancia cuantitativa** (60%) respecto el total de los Episodios Temáticos, seguidos por la paciente (40%).

2. En la **primera sesión**: la **paciente** presentó la mayor **dominancia semántica** (50%), seguida por el terapeuta (33.33%) y en última instancia por el cónyuge (16.67%). En la **última sesión**, la **paciente** volvió a obtener las máximas puntuaciones en **dominancia semántica** (80%), seguida por el terapeuta (20%).

3. En la **primera y última sesión**, el terapeuta fue quien presentó la **dominancia interaccional**.

4. Las **respuestas a las intervenciones** se realizaron principalmente de una **forma monológica**, tanto en la **primera** (80%) como en la **última sesión** (63.64%).

5. **El momento presente** fue tenido en cuenta, tanto en la **primera** (58.33%) como en la **última sesión** (70%).

Respecto al caso con **alto nivel de ajuste diádico**:

1. En la **primera sesión**, el **cónyuge** presentó la mayor **dominancia cuantitativa** (61.53%), seguido por la paciente (23.07%) y por último por el terapeuta (15.38%). En la **última sesión**, el **cónyuge** volvió a presentar la **dominancia cuantitativa** más elevada (63.63%), esta vez seguido por el terapeuta (27.27%) y a continuación por la paciente (9.09%).
2. En la **primera sesión**, el **cónyuge** presentó la mayor **dominancia semántica** (53.84%) y estuvo seguido de forma igualitaria por la paciente y por el terapeuta (23.08%). En la **última sesión**, el **cónyuge** también obtuvo las máximas puntuaciones en **dominancia semántica** (45.45%) seguido por la paciente (36.36%) y por el terapeuta (18.18%).
3. En la **primera sesión**, el **terapeuta** presentó la **dominancia interaccional** (84.61%), seguido por el cónyuge (15.38%). En la **última sesión**, el **terapeuta** presentó toda la dominancia.
4. Se respondió a las intervenciones de una **forma mayoritariamente dialógica**, tanto en la primera (73.33%) como en la última sesión (91.67%).
5. El **momento presente fue tenido en cuenta** fue tenido en cuenta en un bajo porcentaje de la **primera sesión** (30.77%) y este tipo de conversaciones incrementaron en la **última sesión** (63.63%).

#### **Exploración del proceso de narración y del área de lenguaje (Paso III)**

Respecto al caso con **bajo nivel de ajuste diádico**:

1. En la primera sesión, el **modo narrativo reflexivo** estuvo presente en más de la mitad del discurso de la sesión (50.87%), seguido por el modo narrativo externo (28.07%) y el modo narrativo interno (21.05%). En la última sesión, la mayoría de la narración se produjo a través de un **modo narrativo reflexivo** (57.77%), seguido por el modo narrativo externo (26.66%) y, por último, por el modo narrativo interno (15.55%).
2. Respecto al **modo narrativo** utilizado por **cada participante**, en la **primera sesión** el **cónyuge** habló de un **modo narrativo reflexivo** en la mayor parte de su discurso (57.14%), igualmente que el **terapeuta** (65%), y en cambio, la **paciente** habló de un **modo narrativo interno** en un alto porcentaje (43.47%). En la **última sesión**, **todos los participantes hablaron de un modo narrativo reflexivo**, tanto el cónyuge (43.75%), como el terapeuta (84.61%) y la paciente (50%).
3. El **lenguaje** fue mayoritariamente **indicativo**, tanto en la primera (78.57%) como en la última sesión (70%).

Respecto al caso con **alto nivel de ajuste diádico**:

1. En la primera sesión, el **modo narrativo reflexivo** estuvo presente en más de la mitad de la conversación terapéutica (58.82%), seguido por el modo narrativo interno (21.56%), y por último, por el modo narrativo externo (19.6%). En la última sesión, el **modo narrativo reflexivo** estuvo presente en la mayoría de la conversación (47.61%), seguido por el modo narrativo externo (31.74%), y el modo narrativo interno (20.63%).
2. En referencia al **modo narrativo** utilizado por **cada participante**, en la **primera sesión**, el discurso a través del **modo narrativo reflexivo** fue utilizado por el **cónyuge** (55.55%), por la **paciente** (56.25%) y el **terapeuta** (64.7%). En la última sesión, el discurso siguió presentándose a través de este mismo modo narrativo en el caso del **cónyuge** (50%), de la **paciente** (37.5%) y del **terapeuta** (57.89%).

### ***7.3.3 Análisis de alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos***

Con el propósito de cumplir con el **cuarto objetivo**, determinar el contenido del diálogo en los dos casos de terapia de pareja en función de las dimensiones de la alianza terapéutica, tuvimos en cuenta la división de las sesiones en base a los Episodios Temáticos (ver Paso I del análisis macro) con las puntuaciones de la alianza terapéutica a través del instrumento SOATIF-o.

El sentido de realizar este paso en el análisis de resultados obedece a distintos propósitos. En primer lugar, este paso nos permitió ubicar los indicadores de la alianza terapéutica en el momento preciso de la sesión en que éstos habían sido puntuados. De esta forma, pudimos conocer cuál era el contenido del diálogo en el instante de la sesión en que se detectó algún indicador de la alianza terapéutica. Así se relacionó la alianza terapéutica con el contenido de la conversación. En segundo lugar, este paso nos permitió detectar aquellos Episodios Temáticos de las sesiones que resultaban relevantes, en términos de la alianza terapéutica, para profundizar a través del análisis dialógico en un nivel micro-analítico.

#### ***7.3.3.1 Análisis de la alianza en función de los Episodios Temáticos del caso con bajo ajuste diádico.***

A continuación, se muestran los indicadores que fueron detectados en cada una de las cuatro dimensiones que configuran la alianza terapéutica en función del participante en el caso con bajo ajuste diádico. Aparece la frecuencia de los indicadores en cada Episodio Temático, así como la frecuencia total de indicadores de cada dimensión en el conjunto de la sesión. Debido a que la dimensión de Compartir Propósito fue la única en la que se detectaron indicadores negativos en este caso, las frecuencias totales en esta dimensión se encuentran diferenciadas entre el total de indicadores positivos y el total de indicadores negativos.

En referencia a los resultados de la paciente para la primera sesión de terapia, la presencia de indicadores fue distinta para las diversas dimensiones de la alianza terapéutica; en las dimensiones de *Enganche* y *Seguridad* hubo una frecuencia total de 6, mientras que en la dimensión de *Conexión Emocional* fue de 2.

En cuanto a la dimensión de *Enganche*, la paciente fue puntuada con el indicador “*El cliente introduce un problema*” en Episodios Temáticos en los que se



habló sobre su estado anímico depresivo y sobre el sentimiento de impotencia que el cónyuge sentía al no saber cómo ayudarla a sentirse mejor (ET 1, 2), también en un Episodio Temático en el que se plantearon las expectativas que la pareja tenía en cuanto al proceso terapéutico (ET 8), y en otro en que, a modo de devolución, el terapeuta destacó que la pareja se sentía incomprendida; María por la depresión y Amancio por la necesidad de realizar actividades lúdicas (ET 11). Además, María obtuvo el indicador “*El cliente menciona el tratamiento*” en un Episodio Temático en el que se recapituló acerca de las actividades cotidianas que la paciente había reemprendido en los últimos meses (ET 4).

En referencia a la dimensión de *Conexión Emocional*, sólo presentó el indicador “*El cliente comparte un momento humorístico con el terapeuta*” en un Episodio Temático en que el terapeuta preguntó sobre las expectativas de la pareja en la terapia (ET 8) y en otro en que el terapeuta valoró los recursos que la paciente tuvo para salir adelante a pesar de criarse sin sus padres y formar una familia (ET 11).

Respecto a la dimensión de *Seguridad*, María fue puntuada con el indicador “*El cliente abre su intimidad*” en Episodios Temáticos en los que explicó las diferencias entre su forma de ser y la forma de ser de su marido (ET 6), en los que relató su historia de familia de origen (ET 7), y en que el terapeuta reconoció la capacidad que había tenido para salir adelante a pesar de las dificultades que vivió en su familia y conformar una familia (ET 10). Además, se detectó en la paciente el indicador “*El cliente indica que la terapia es un lugar seguro*” en este mismo Episodio Temático (ET 10) y también en el último Episodio Temático de la sesión en que expresó cómo se había sentido durante la sesión (ET 12).

Si nos centramos ahora en las puntuaciones del cónyuge en referencia a la alianza terapéutica para esta primera sesión, se percibe que él obtuvo una menor frecuencia de indicadores, en comparación con la paciente. Las dimensiones de *Enganche* y *Conexión Emocional* tuvieron una frecuencia total de 2 y la dimensión de *Seguridad* la frecuencia total fue de 1.

En cuanto a la dimensión de *Enganche*, el cónyuge presentó el indicador “*El cliente introduce un problema*” en Episodios Temáticos en que se explicó el recorrido médico que la paciente había realizado para tratar la depresión (ET 1) y en que se

comentó el sentimiento de incompreensión que el cónyuge tenía porque la paciente no entendía su deseo de realizar actividades lúdicas (ET 3).

En la dimensión de *Conexión Emocional*, se detectó en el cónyuge el indicador de “*El cliente indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta*” en un Episodio Temático en el que el terapeuta destacó el sentimiento de incompreensión que la pareja compartía (ET 6). También presentó el indicador de “*El cliente comparte un momento humorístico con el terapeuta*” en un fragmento de la sesión en que la pareja habló sobre sus expectativas hacia la terapia y sobre lo que cada uno debía cambiar la mejorar la relación (ET 8).

De este modo, en referencia a la dimensión de *Seguridad*, el cónyuge sólo presentó el indicador “*El cliente varía su tono emocional durante la sesión*” en este mismo Episodio Temático mientras bromeaba con los terapeutas (ET 8).

En cuanto a las puntuaciones conjuntas de la pareja en la dimensión de *Compartir Propósito*, destacamos que ésta fue la única dimensión donde fueron puntuados tanto indicadores positivos como negativos de la alianza terapéutica.

En el conjunto de la sesión los indicadores negativos de la dimensión de *Compartir Propósito* presentaron una frecuencia total de 7, y prácticamente todos ellos se produjeron en Episodios Temáticos donde el tema principal de conversación era la problemática presente en su relación de pareja. En específico, el indicador “*Se culpan unos a otros*” se detectó en un Episodio Temático en que se habló sobre la dinámica del día a día que provocaba incompreensión en ambos miembros de la pareja (ET 3); el indicador “*Devalúan la opinión o perspectiva de otros*” se puntuó cuando se hablaba sobre cómo la pareja vivía la inactividad diaria de la paciente y sobre las discusiones que éste tema les conllevaba (ET 5), así como en otro Episodio Temático en que se plantearon las expectativas de la pareja hacia la terapia (ET 8); y el indicador “*Hacen comentarios hostiles o sarcásticos a otros*” fue detectado en un Episodio Temático en que la pareja expresó sus diferencias en cuanto a la forma de ser y de actuar, hecho que generaba incompreensión en ellos (ET 6).

En los indicadores positivos de la dimensión de *Compartir Propósito* hubo una frecuencia total de 2 y éstos aparecieron en momentos de la sesión en que se habló, en términos generales, sobre el proceso de terapia y sobre los recursos de la pareja

destacados por el terapeuta. En concreto, el indicador “*Comparten una broma o momento gracioso*” se detectó en un Episodio Temático en que se plantearon las expectativas de la pareja en referencia a la terapia y lo que cada uno debía cambiar para mejorar su relación (ET 8), así como también en otro en que el terapeuta destacó la capacidad de la paciente para superar las adversidades vividas en su historia familiar y la disposición de la pareja para iniciar el proceso terapéutico (ET 11) (ver Tabla 19).

Tabla 19.

*Frecuencias de los indicadores de la alianza terapéutica de la pareja del caso con bajo ajuste diádico para la primera sesión*

Participantes	Dimensiones	Indicadores	Frecuencias de indicadores en los Episodios Temáticos												Totales
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Paciente	Enganche	Introduce un problema (+)	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	6
		Menciona el tratamiento (+)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Conexión	Comparte un momento humorístico con el terapeuta (+)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
	Seguridad	Abre su intimidad (+)	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	6
Cónyuge	Enganche	Indica que la terapia es un lugar seguro (+)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	6
		Introduce un problema (+)	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
	Conexión	Indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta (+)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
	Seguridad	Comparte un momento humorístico con el terapeuta (+)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Pareja	Compartir	Varía su tono emocional durante la sesión (+)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		Se culpan unos a otros (-)	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Enganche	Devalúan la opinión o perspectiva de otros (-)	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	7
		Hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros (-)	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Conexión	Comparten una broma o momento gracioso (+)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	
	Validan mutuamente sus puntos de vista (+)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	

Como se puede observar en la Tabla 20, aparecen aquí los resultados del terapeuta para la primera sesión de terapia. En la dimensión de *Enganche*, se observaron indicadores en 8 ocasiones a lo largo de la sesión, en las dimensiones de *Conexión Emocional* y *Compartir Propósito* hubo una frecuencia total de 3, y en cambio, la frecuencia total en la dimensión de *Seguridad* fue de 0.

En referencia a la dimensión de *Enganche*, el terapeuta fue puntuado con el indicador “*El terapeuta estimula a definir sus metas*” en un Episodio Temático en que se exploraron las actividades diarias que la paciente había reemprendido en los últimos meses (ET 4) y en otro en que preguntó a la pareja acerca de lo que esperaban lograr a través de la terapia (ET 8). También se observó el indicador “*El terapeuta captura la atención del cliente*” en un Episodio Temático en que los miembros de la pareja contaron cómo cada uno de ellos se sentía incomprendido por diferentes motivos respecto a la inactividad diaria de la paciente (ET 5) y también en otro en el que la pareja se presentó como diferentes y opuestos el uno del otro en su forma de ser y de actuar (ET 6). Asimismo, el indicador “*El terapeuta expresa optimismo*” apareció en

Episodios Temáticos en los que se habló sobre la situación actual de los hijos de la pareja (ET 9), sobre la capacidad de la paciente para salir adelante a pesar de las dificultades experimentadas en su familia de origen (ET 11), y sobre la necesidad de expresarse que la paciente sentía en esta primera sesión (ET 12). Por último, el indicador “*El terapeuta elogia la motivación*” se observó en un Episodio Temático en el que el terapeuta destacó la voluntad de la pareja de asistir y participar en la terapia (ET 11).

En cuanto a la dimensión de *Conexión Emocional*, se observó el indicador “*El terapeuta expresa confianza*” en Episodios Temáticos en los que se destacó la capacidad de la paciente para salir adelante a pesar de las difíciles experiencias que había tenido a lo largo de su historia familiar, así como se subrayó la disposición de la pareja para formar parte de la terapia (ET 10, 11).

Por último, los indicadores detectados en la dimensión de *Compartir Propósito* estuvieron ubicados en momentos de la sesión en que se conversaba sobre la relación de pareja. Concretamente, el indicador “*El terapeuta destaca lo que comparten en valores y experiencias*” se observó en un Episodio Temático en que se destacó que los miembros de la pareja se sentían mutuamente incomprendidos (ET 6), y en otro en el que, a modo de devolución, se destacaba la disposición de ambos cónyuges a realizar la terapia (ET 11). Además, se observó el indicador “*El terapeuta alienta acuerdos de compromiso*” en este último Episodio Temático, en el que también se estimuló a la pareja a concretar qué podría hacer cada uno para que el otro se sintiera menos incomprendido (ET 11).

Tabla 20.

*Frecuencias de los indicadores de la alianza terapéutica del terapeuta del caso con bajo ajuste diádico para la primera sesión*

Participante	Dimensiones	Indicadores	Frecuencias de indicadores en los Episodios Temáticos												Totales
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Terapeuta	Enganche	Estimula a definir sus metas (+)	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	8
		Captura la atención del cliente (+)	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	
		Expresa optimismo (+)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	
		Elogia la motivación (+)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
	Conexión	Expresa confianza (+)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3
	Seguridad	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Compartir	Destaca lo que comparten en valores y experiencias (+)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3
		Alienta acuerdos de compromiso (+)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		

Respecto a las puntuaciones de la paciente para la última sesión de terapia, se pueden percibir las diferencias en cuanto a la presencia de indicadores en las diferentes

dimensiones de la alianza terapéutica. En la dimensión de *Enganche*, hubo una frecuencia total de 5, en la dimensión de *Conexión Emocional*, la frecuencia total fue de 4 y en la dimensión de *Seguridad* fue de 2.

En relación a la dimensión de *Enganche*, la paciente fue puntuada con el indicador “*El cliente expresa optimismo*” al inicio de la sesión, en el momento en que el terapeuta preguntó a la pareja sobre cómo habían estado en las últimas semanas y revisaron la tarea sugerida a la paciente en la sesión anterior (ET 1), en el fragmento en que la pareja contó qué aspectos habían funcionado en las últimas semanas entre ellos y qué aspectos habían sido problemáticos (ET 2), y también en el momento en que la paciente respondió a la pregunta del terapeuta comentando cuáles habían sido sus aprendizajes a través de la terapia (ET 6). Al mismo tiempo, se observó en la paciente el indicador “*El cliente indica que ha hecho una tarea*” al empezar la conversación, cuando el terapeuta revisó la tarea sugerida en la anterior sesión (ET 1). Por último, la paciente presentó el indicador “*El cliente introduce un problema*” en un Episodio Temático en que la pareja hizo una valoración de las últimas semanas y la paciente comentó que habían fallado a la hora de hablarse mutuamente con respeto (ET 2).

Con respecto a la dimensión de *Conexión Emocional*, se detectó en la paciente el indicador de “*El cliente comparte un momento humorístico con el terapeuta*” en un Episodio Temático en el que se conversó acerca de lo que había funcionado y había fallado en la relación en las últimas semanas (ET 2), en otro en el que el terapeuta mencionó los cambios logrados por la pareja a través de la terapia y trabajaron la prevención de recaídas (ET 5), y en un Episodio Temático en el que la paciente comentó cambios positivos que había realizado su marido en la forma de relacionarse con ella (ET 10). Asimismo, se detectó en la paciente el indicador de “*El cliente verbaliza su afecto por el terapeuta*” en un Episodio Temático en que el terapeuta le planteó la finalización del proceso terapéutico y la posibilidad de iniciar una terapia individual, ante lo que ella mostró cierta inquietud por trabajar con un nuevo terapeuta (ET 4).

En cuanto a la dimensión de *Seguridad*, los indicadores de “*El cliente abre su intimidad*” y “*El cliente indica que la terapia es un lugar seguro*” se detectaron en un mismo Episodio Temático en que se habló sobre la posibilidad de iniciar una terapia individual para tratar aspectos no resueltos y dolorosos de la historia familiar de la paciente (ET 4).

Si hacemos referencia a las puntuaciones del cónyuge respecto a la alianza terapéutica en la última sesión de terapia, se vuelve a percibir cómo él obtuvo una menor frecuencia en los indicadores, en comparación con la paciente. De hecho, en la dimensión de *Enganche* hubo una frecuencia total de 6, y en cambio, en las dimensiones de *Conexión Emocional* y *Seguridad* hubo una frecuencia total de 0.

En la dimensión de *Enganche*, el cónyuge presentó el indicador “*El cliente expresa optimismo*” en un Episodio Temático en que el terapeuta exploró cómo habían ido las últimas semanas de la pareja y cómo habían realizado la tarea asignada en la sesión anterior (ET 1), en otro en el que la pareja valoró los aprendizajes realizados a través de la terapia (ET 6), y por último, en un fragmento final de la sesión en que la paciente destacó los cambios realizados por el cónyuge en la forma en que se relacionaba con ella, y éste lo validó (ET 10). Además, el cónyuge presentó el indicador “*El cliente indica que ha hecho una tarea*” al inicio de la sesión, en el momento en que el terapeuta revisó la actividad que había recomendado a la pareja en la sesión anterior para contribuir a que la paciente se sintiera mejor (ET 1). En último término, se observó en el cónyuge el indicador “*El cliente introduce un problema*” en un Episodio Temático en el que la pareja expuso los aspectos que habían funcionado y los que habían sido motivo de conflicto en las últimas semanas (ET 2), y en otro en el que el cónyuge reconoció la necesidad de ser menos exigente en el día a día con la paciente (ET 6).

En lo que se refiere a las puntuaciones conjuntas de la pareja en la dimensión de *Compartir Propósito*, debemos subrayar que se trató de la única dimensión donde se observaron indicadores tanto positivos como negativos de la alianza terapéutica.

Los indicadores positivos de la dimensión de *Compartir Propósito* tuvieron una frecuencia total de 2, y principalmente estuvieron situados en Episodios Temáticos en los que el tema de conversación fue la valoración del estado actual de la pareja y del proceso terapéutico. Específicamente, el indicador “*Comparten una broma o momento gracioso*” se detectó en un Episodio Temático en el que la pareja reflexionaba acerca de los cambios logrados a través de la terapia y sobre sus posibles recaídas en el futuro (ET 5), mientras que el indicador “*Validan sus puntos de vista*” se observó en un Episodio Temático en el que la paciente reconoció el cambio positivo que el cónyuge había realizado en la forma de relacionarse con ella, y éste se mostró de acuerdo (ET 10).

Los indicadores negativos de la dimensión de *Compartir Propósito* tuvieron una frecuencia total de 5, y aparecieron en Episodios Temáticos en los que, en términos generales, se habló sobre la problemática presente en la relación de pareja. En concreto, el indicador “*Tratan de alinearse con el terapeuta*” se produjo en un Episodio Temático en el que la paciente planteó que en el pasado le hubiera gustado que el cónyuge la tratara a ella del mismo modo como éste trataba a su madre (ET 8). Además, el indicador “*Se culpan unos a otros*” se detectó en un Episodio Temático en que se habló sobre la necesidad de la paciente basada en que el cónyuge le reconociera su sufrimiento al no haberse sentido protegida por él en conflictos relacionados con su familia de origen (ET 7), y en otro Episodio Temático en que la paciente reconoció que no le resultaba suficiente el hecho que el cónyuge le estuviera reconociendo en la sesión el sufrimiento que le había provocado en el pasado (ET 9) (ver Tabla 21).

Tabla 21.

*Frecuencias de los indicadores de la alianza terapéutica de la pareja del caso con bajo ajuste diádico para la última sesión*

Participantes	Dimensiones	Indicadores	Frecuencias de indicadores en los Episodios Temáticos										Totales			
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
Paciente	Enganche	Expresa optimismo (+)	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	5	
		Indica que ha hecho una tarea (+)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Introduce un problema (+)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Conexión	Comparte un momento humorístico con el terapeuta (+)	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1		4
		Verbaliza su afecto por el terapeuta (+)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
	Seguridad	Abre su intimidad (+)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		2
Indica que la terapia es un lugar seguro (+)		0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0			
Cónyuge	Enganche	Expresa optimismo (+)	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	6	
		Indica que ha hecho una tarea (+)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
		Introduce un problema (+)	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0		
	Conexión	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		0
		-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Pareja	Compartir	Comparten una broma o momento gracioso (+)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	
		Validan mutuamente sus puntos de vista (+)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		
		Tratan de alinearse con el terapeuta (-)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0		
		Se culpan unos a otros (-)	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	0		
		-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

Como se puede observar, en la Tabla 22 se muestran los resultados del terapeuta para la última sesión de terapia. En la dimensión de *Enganche*, hubo una frecuencia total de 9, en la dimensión de *Conexión Emocional* la frecuencia total fue de 4, en la dimensión de *Seguridad* fue de 2, y en cambio, la frecuencia total en la dimensión de *Compartir Propósito* fue 0.

Empezando por la dimensión de *Enganche*, el terapeuta fue puntuado con el indicador “*El terapeuta pregunta por el impacto de una tarea asignada*” al inicio del encuentro, cuando pretendían revisar la actividad propuesta en la sesión anterior para que la pareja buscara momentos en que la paciente se sintiera bien (ET 1). Además, se

observó el indicador “*El terapeuta expresa optimismo*” en Episodios Temáticos en que revisó los aspectos que habían funcionado y habían fallado en la relación de pareja en las últimas semanas (ET 2), en que planteó la finalización de la terapia de pareja (ET 4), en que destacó los cambios logrados por la pareja a través de la terapia (ET 5), y en otros momentos en los que intervino para reconocer que, a pesar que el cónyuge no había reconocido en el pasado el sufrimiento provocado a la paciente, estaba siendo capaz de hacerlo durante la sesión (ET 9, 10). Asimismo, se detectó el indicador “*El terapeuta pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación*” en un Episodio Temático en que planteó a los miembros de la pareja si cada uno estaba dispuesto a cumplir con las tareas que le correspondían para lograr el bienestar (ET 5). También se identificó el indicador “*El terapeuta elogia la motivación del cliente*” en el Episodio Temático en que planteó a la paciente la conveniencia de realizar un trabajo individual en el futuro y destacaron la implicación que había tenido la pareja en la terapia (ET 4). Por último, manifestó el indicador “*El terapeuta captura la atención del cliente*” en un momento en que se dirigió al cónyuge para preguntarle sobre los aspectos que podrían provocar recaídas en la pareja, después de que él no hubiera intervenido durante un tiempo en sesión (ET 5).

Por lo que respecta a la dimensión de *Conexión Emocional*, el indicador “*El terapeuta señala similitudes con el cliente en valores y experiencias*” se observó en un Episodio Temático en que destacó una similitud entre sí mismo y la paciente en cuanto a las dificultades con el manejo de la tecnología (ET 2). También se identificó el indicador “*El terapeuta expresa empatía*” en un Episodio Temático en que expresó su comprensión hacia el hecho que la paciente se disgustara por terminar la terapia y por iniciar un proceso terapéutico individual con un nuevo terapeuta (ET 4), y en otros en los que se mostró comprensivo ante el hecho de que a la paciente le hubiera gustado que el cónyuge la defendiera ante su familia de origen en el pasado (ET 8, 10).

En cuanto a la dimensión de *Seguridad*, el indicador “*El terapeuta protege activamente a un miembro de otro*” se detectó cuando protegió al cónyuge de las acusaciones de la paciente por no haberla defendido en el pasado ante su familia de origen (ET 7, 9).



Tabla 22.

*Frecuencias de los indicadores de la alianza terapéutica del terapeuta del caso con bajo ajuste diádico para la última sesión*

Participante	Dimensiones	Indicadores	Frecuencias de indicadores en los Episodios Temáticos										Totales
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Terapeuta	Enganche	Pregunta por el impacto de una tarea asignada (+)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Expresa optimismo (+)	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	
		Pregunta cuál es la disposición para seguir indicación (+)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	9
		Elogia la motivación del cliente (+)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
		Captura la atención del cliente (+)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
	Conexión	Señala similitudes con el cliente en valores/experiencias (+)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
		Expresa empatía (+)	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	
	Seguridad	Protege activamente un miembro de otro (+)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2
	Compartir	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

### 7.3.3.2 Análisis de la alianza en función de los Episodios Temáticos del caso con alto ajuste diádico.

En este apartado se muestran las puntuaciones de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos del caso con un alto nivel de ajuste diádico. Del mismo modo que hemos realizado con el otro caso, se muestran los indicadores que fueron detectados en cada una de las cuatro dimensiones que configuran la alianza terapéutica en función del participante. Aparece la frecuencia de los indicadores en cada Episodio Temático, así como la frecuencia total de indicadores de cada dimensión en el conjunto de la sesión.

En referencia a las puntuaciones de la paciente en la primera sesión de terapia, en las dimensiones de *Enganche* y *Seguridad* hubo una frecuencia total de 5, mientras que en la dimensión de *Conexión Emocional* hubo una frecuencia total de 3.

Por lo que respecta a la dimensión de *Enganche*, el indicador “*El cliente introduce un problema*” se detectó en un Episodio Temático en que se conversaba acerca de la contextualización del proceso terapéutico y del motivo de la demanda (ET 1), en un Episodio Temático en que se exploraba la depresión como el principal problema en el momento actual (ET 2), en otro en que la paciente explicaba el proceso de fallecimiento de su madre y de divorcio de su hermana (ET 7), y en un Episodio Temático en el que la paciente contaba cómo su marido e hijos intentaban ayudarla en los problemas con su familia de origen (ET 8).

En la dimensión de *Conexión Emocional*, se observó en la paciente el indicador de “*El cliente indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta*” en un Episodio Temático en que se hablaba sobre cómo la familia intentaba ayudarla a dejar de sentirse

responsable del fallecimiento de su madre y del divorcio de su hermana (ET 8), y en otro en que se hablaba acerca de la percepción que cada miembro de la pareja tenía en referencia a la situación problemática de la hermana de la paciente (ET 10).

En cuanto a la dimensión de *Seguridad*, los indicadores “*El cliente varía su tono emocional durante la sesión*” y “*El cliente abre su intimidad*” se detectaron en un mismo Episodio Temático en que se habló sobre el fallecimiento de la madre de la paciente como origen de la depresión (ET 6). Además, este último indicador se detectó también en otros Episodios Temáticos en los que se hablaba sobre los intentos de la familia por ayudar a la paciente en los temas vinculados con su familia de origen (ET 7), sobre la relación nula que la hermana de la paciente mantenía con el resto de familia (ET 9) y en los que se hablaba sobre cómo la paciente y el cónyuge percibían los problemas de la hermana (ET 10).

Haciendo referencia a las puntuaciones del cónyuge respecto a la alianza terapéutica en la primera sesión de terapia, percibimos que en la dimensión de *Enganche* hubo una frecuencia total de 7, en la dimensión de *Conexión Emocional* hubo una frecuencia total de 3, y en la dimensión de *Seguridad* hubo una frecuencia total de 1.

En cuanto a la dimensión de *Enganche*, el cónyuge presentó el indicador “*El cliente introduce un problema*” en Episodios Temáticos en que explicaba cuál era para él el problema en el momento actual (ET 2), en que situó el origen de la depresión de la paciente en el fallecimiento de su madre y en sus dolencias de espalda (ET 6), en que explicó cómo la familia intentaba ayudar a la paciente ante su sentimiento de responsabilidad por el divorcio de su hermana (ET 7), en que comentó cómo él se sentía en los intentos de ayudar a la paciente a librarse de tal responsabilidad (ET 8), y en un último en que expresó el rencor que sentía hacia la hermana de la paciente y la necesidad de que ella se hiciera cargo de sus propias decisiones (ET 10). De esta misma forma, presentó el indicador “*El cliente expresa optimismo*” en un Episodio Temático en que se mostraba positivo ante la posibilidad de adquirir en terapia conocimientos enriquecedores para la relación de pareja (ET 11).

Por lo que respecta a la dimensión de *Conexión Emocional*, el cónyuge presentó el indicador “*El cliente comparte un momento humorístico con el terapeuta*” en el

Episodio Temático en que se situó el origen de la depresión (ET 6) y en el que se refirió a la terapia como un lugar donde adquirir nuevos aprendizajes para mejorar aspectos de su relación de pareja (ET 11).

En cuanto a la dimensión de *Seguridad*, sólo registró el indicador “*El cliente abre su intimidad*” en un Episodio Temático en que reconoció que, a pesar de que estaba intentando ayudar a la paciente en el duelo de su madre y el divorcio de su hermana, probablemente se estaba equivocando en sus actuaciones (ET 7).

Con respecto a las puntuaciones conjuntas de la pareja en la dimensión de *Compartir Propósito*, debemos tener en cuenta que, como sucedió en las demás dimensiones, todos los indicadores observados de la alianza terapéutica fueron positivos.

Los indicadores de esta dimensión tuvieron una frecuencia total de 9, y estuvieron presentes en Episodios Temáticos en los que el tema principal de conversación fue la depresión, la problemática de la familia de origen de la paciente, la familia nuclear, la valoración de la situación actual de la pareja, y las experiencias del cónyuge en el ámbito laboral. Concretamente, el indicador “*Validan los puntos de vista*” se detectó en Episodios Temáticos en que se hablaba sobre cuál era para cada miembro de la pareja el origen de la depresión de la paciente (ET 6), sobre cómo vivía la paciente la forma en que su familia intentaba ayudarla a librarse de la responsabilidad que sentía en referencia a los problemas de su hermana (ET 8), sobre la visión de cada miembro de la pareja acerca de los conflictos de la hermana de la paciente (ET 10), sobre la posibilidad de la pareja de aprovechar la terapia para adquirir nuevos aprendizajes y mejorar su relación (ET 11), y sobre el planteamiento laboral del cónyuge basado en delegar trabajo para así tener oportunidad de pasar mayor tiempo en pareja (ET 12). Además, se observó en la pareja el indicador “*Comparten una broma o momento gracioso*” en el Episodio Temático en que hablaban de la terapia como un lugar donde adquirir nuevos aprendizajes (ET 11) (ver Tabla 23).

Tabla 23.

*Frecuencias de los indicadores de la alianza terapéutica de la pareja del caso con alto ajuste diádico para la primera sesión*

Participantes	Dimensiones	Indicadores	Frecuencias de indicadores en los Episodios Temáticos													Totales
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Paciente	Enganche	Introduce un problema (+)	1	2	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	5
	Conexión	Indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta (+)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	3
	Seguridad	Varía su tono emocional durante la sesión (+)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5
Cónyuge	Enganche	Abre su intimidad (+)	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	7
		Introduce un problema (+)	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	7
	Conexión	Expresa optimismo (+)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	3
Pareja	Seguridad	Comparte un momento humorístico con el terapeuta (+)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	1
		Abre intimidad (+)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	Compartir	Validan mutuamente sus puntos de vista (+)	0	0	0	0	0	3	0	1	0	1	1	1	0	9
		Comparten una broma o momento gracioso (+)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	

Como se puede observar en la Tabla 24, aparecen ahora los resultados del terapeuta para la primera sesión de terapia. En las dimensiones de *Enganche* y *Compartir Propósito*, hubo una frecuencia total de 4, en la dimensión de *Conexión Emocional* hubo una frecuencia total de 5, y en la dimensión de *Seguridad* hubo una frecuencia total de 1.

En la dimensión de *Enganche*, el indicador “*El terapeuta expresa optimismo*” se observó mientras, a modo de devolución, recaló la posibilidad de la pareja de obtener en la terapia elementos enriquecedores para su relación (ET 11).

En la dimensión de *Conexión Emocional*, el indicador “*El terapeuta expresa afecto*” fue detectado en un Episodio Temático en que valoró el buen trato que la paciente ofreció a su madre en sus últimos meses de vida (ET 5). Además, el indicador “*El terapeuta expresa empatía*” se observó cuando se hablaba sobre cómo la paciente vivía la forma en que su familia intentaba ayudarla a librarse de la responsabilidad de los problemas de su hermana (ET 8), en otro en que se hablaba sobre los sentimientos que la hermana tenía hacia la paciente y hacia el resto de la familia extensa (ET 9), y en otro en que los miembros de la pareja dieron a conocer su opinión sobre los problemas que tenía la hermana de la paciente (ET 10).

En el caso de la dimensión de *Seguridad*, el indicador “*El terapeuta propicia la discusión sobre el contexto terapéutico*” se presentó al inicio de la sesión al contextualizar la grabación de las sesiones y explicaron su utilidad (ET 1).

Por lo que se refiere a la dimensión de *Compartir Propósito*, el indicador “*El terapeuta destaca lo que comparten los clientes en valores y experiencias*” se observó en un Episodio Temático en que se hablaba sobre la experiencia de vivir por un proceso

de depresión que ambos miembros de la pareja compartían (ET 1), y en otro Episodio Temático en que se hablaba sobre la capacidad de ambos miembros de la pareja de conocerse y empatizar el uno con el otro (ET 11).

Tabla 24.

*Frecuencias de los indicadores de la alianza terapéutica del terapeuta del caso con alto ajuste diádico para la primera sesión*

Participante	Dimensiones	Indicadores	Frecuencias de indicadores en los Episodios Temáticos													Totales
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	
Terapeuta	Enganche	Expresa optimismo (+)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	4
		Expresa afecto (+)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Conexión	Expresa empatía (+)	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	0	0	0	0
		Propicia la discusión sobre el contexto terapéutico (+)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Compartir	Destaca lo que comparten en valores y experiencias (+)	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	4

En referencia a los resultados de la paciente en la última sesión de terapia, en la dimensión de *Enganche* hubo una frecuencia total de 4, en la dimensión de *Conexión Emocional* hubo una frecuencia total de 6, y en la dimensión de *Seguridad* hubo una frecuencia total de 2.

En relación a la dimensión de *Enganche*, el indicador “*El cliente expresa optimismo*” se puntuó en un Episodio Temático en que la paciente hablaba sobre un doble sentimiento; la tristeza por dejar de ver al terapeuta y la alegría por sentirse mejor (ET 3), en otro Episodio Temático en que enumeraba los cambios percibidos a través de la terapia (ET 5), y en un Episodio Temático en que la paciente explicaba que el buen clima en la terapia fue algo que le ayudó a mejorar (ET 8). Asimismo, el indicador “*El cliente introduce un problema*” fue detectado en la paciente en un Episodio Temático en que ésta explicaba que la nueva organización de la pareja en las tareas domésticas le provocaba cierta angustia (ET 4).

En cuanto a la dimensión de *Conexión Emocional*, el indicador “*El cliente verbaliza su afecto por el terapeuta*” se presentó en Episodios Temáticos en que la paciente expresó sentirse en parte triste por terminar la terapia (ET 3), y también explicó que el clima afectuoso y cálido de la terapia sería algo que recordaría con el paso del tiempo (ET 8, 11). Además, el indicador “*El terapeuta indica sentirse entendido por el terapeuta*” se identificó cuando se hablaba sobre la angustia que la paciente sentía por la nueva organización de la pareja en las tareas domésticas, basada en delegar algunas de ellas en el cónyuge (ET 4), y en otro Episodio Temático en que el terapeuta, como cierre de la terapia, entregó a la pareja una serie de objetos con representación simbólica

de los recursos y fortalezas de la pareja (ET 10). Por último, la paciente presentó el indicador “*El cliente comparte un momento humorístico con el terapeuta*” en este mismo Episodio Temático (ET 10).

Si hacemos referencia a la dimensión de *Seguridad*, el indicador “*El cliente varía su tono emocional durante la sesión*” se detectó en un Episodio Temático en que la paciente hablaba sobre la angustia que sentía por la nueva organización doméstica que habían adoptado (ET 4). Igualmente, el indicador “*El cliente indica que la terapia es un lugar seguro*” fue puntuado en un Episodio Temático en que la paciente se refirió a la terapia como un lugar donde hablar sinceramente y sentirse cómoda (ET 8).

Si nos centramos en las puntuaciones del cónyuge en referencia a la alianza terapéutica en la última sesión de terapia, destacamos que su frecuencia de indicadores fue mayor en comparación con las de la paciente. En la dimensión de *Eganche* hubo una frecuencia total de 8, en la dimensión de *Conexión Emocional* hubo una frecuencia total de 7, y en la dimensión de *Seguridad* hubo una frecuencia total de 4.

En la dimensión de *Eganche*, el cónyuge presentó el indicador “*El cliente expresa optimismo*” cuando se hablaba sobre la alegría que sentía por terminar la terapia y haber mejorado (ET 3), los cambios en la pareja logrados a través del proceso (ET 5), y los recursos de la pareja y que fueron destacados por el terapeuta (ET 10). También se identificó el indicador “*El cliente describe o discute un plan para mejorar la situación*” en el Episodio Temático en que el cónyuge expuso los cambios que habían decidido en cuanto a la organización de las tareas domésticas (ET 3). Por último, se observó el indicador “*El cliente menciona el tratamiento*” cuando se refirió a la terapia como el lugar donde pudieron aprender una nueva forma de organizar las tareas diarias (ET 4) e hizo referencia a los aspectos de la terapia que recordaría con el paso del tiempo (ET 8).

En la dimensión de *Conexión Emocional*, se produjo el indicador “*El cliente comparte un momento humorístico*” en un Episodio Temático en que se planificaba la sesión dedicada a la post-evaluación (ET 1), se explicaba al terapeuta los acuerdos a los que había llegado la pareja en cuanto al lugar donde pasar sus vacaciones (ET 2), la pareja valoraba cómo se sentían en referencia a la nueva organización doméstica (ET 4), se expresaba la necesidad de la paciente de dosificar los esfuerzos físicos por sus

dolores de espalda (ET 6), se hablaba sobre el clima de la terapia (ET 8) y también cuando se entregaron objetos con representación simbólica de los recursos de la pareja como cierre de la sesión (ET 10). Asimismo, el indicador “*El cliente verbaliza su afecto por el terapeuta*” se observó en el cónyuge cuando éste expresaba tristeza por dejar de mantener relación con el terapeuta (ET 3).

En cuanto a la dimensión de *Seguridad*, el indicador “*El cliente indica que la terapia es un lugar seguro*” fue marcado en el Episodio Temático en que el cónyuge reconoció que la buena relación mantenida con el terapeuta permitió que la terapia fuera un lugar donde abrirse y hablar con sinceridad (ET 3), y habló del clima confortable de la terapia como algo que recordarían en el futuro (ET 8). Además, el indicador “*El cliente varía su tono emocional*” se observó en el cónyuge al compartir una broma con el terapeuta acerca de la nueva organización doméstica (ET 4).

Si hacemos referencia a las puntuaciones conjuntas de la pareja en la dimensión de *Compartir Propósito*, debemos mencionar que en esta sesión última también todos los indicadores fueron positivos.

Los indicadores en esta dimensión tuvieron una frecuencia total de 10, y se presentaron en Episodios Temáticos en los que se hacía una valoración de la situación actual de la pareja, se mencionaban los cambios logrados y sus recursos, así como se hablaba sobre la relación establecida el terapeuta. Más en detalle, se presentó el indicador “*Comparten una broma o momento humorístico*” en Episodios Temáticos en los que ellos explicaban los acuerdos a los que habían llegado para escoger sus vacaciones (ET 2), reflexionaban sobre la necesidad de mantener un equilibrio entre la protección que el cónyuge ofrecía a la paciente por sus dolencias físicas y la necesidad de ésta de seguir encargándose de algunas tareas que formaban parte de su identidad (ET 7), y se hablaba acerca de sus recursos como pareja (ET 10). Además, se observó en la pareja el indicador “*Validan mutuamente sus puntos de vista*” en Episodios Temáticos en que se expresó tristeza por dejar de ver al terapeuta y a la vez alegría por la mejoría (ET 3), y se identificaron cambios logrados a través de la terapia (ET 5). Por último, el indicador “*Se ofrecen un acuerdo de compromiso*” se detectó en un Episodio Temático en que la pareja habló sobre la necesidad de dosificar los esfuerzos físicos de la paciente (ET 6) (ver Tabla 25).

Tabla 25.

*Frecuencias de los indicadores de la alianza terapéutica de la pareja del caso con alto ajuste diádico para la última sesión*

Participantes	Dimensiones	Indicadores	Frecuencias de indicadores en los Episodios Temáticos											Totales
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Paciente	Enganche	Expresa optimismo (+)	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	4
		Introduce un problema (+)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
	Conexión	Verbaliza su afecto por el terapeuta (+)	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	6
		Indica sentirse entendido por el terapeuta (+)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	
		Comparte un momento humorístico con el terapeuta (+)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
	Seguridad	Varía su tono emocional durante la sesión (+)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Indica que la terapia es un lugar seguro (+)		0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0		
Cónyuge	Enganche	Expresa optimismo (+)	0	0	2	0	2	0	0	0	0	1	0	8
		Describe o discute un plan para mejorar la situación (+)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Menciona el tratamiento (+)	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	
	Conexión	Comparte un momento humorístico con el terapeuta (+)	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	7
		Verbaliza su afecto por el terapeuta (+)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
	Seguridad	Indica que la terapia es un lugar seguro (+)	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	4
Varía su tono emocional durante la sesión (+)		0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		
Pareja	Compartir	Comparten una broma o momento gracioso (+)	0	1	0	0	0	0	2	0	0	1	0	10
		Validan mutuamente sus puntos de vista (+)	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0	0	
		Se ofrecen un acuerdo de compromiso (+)	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	

En la Tabla 26 se muestran los resultados del terapeuta en la última sesión de terapia. En la dimensión de *Enganche* hubo una frecuencia total de 4, en la dimensión de *Conexión Emocional* hubo una frecuencia total de 10, en la dimensión de *Seguridad* hubo una frecuencia total de 1, mientras que en la dimensión de *Compartir Propósito* la frecuencia total fue de 2.

En la dimensión de *Enganche*, el indicador “*El terapeuta expresa optimismo*” se observó mientras se mencionaban los cambios logrados por la pareja a través de la terapia (ET 5), se hablaba sobre la necesidad de mantener un equilibrio entre la protección del cónyuge hacia la paciente por sus problemas físicos y la necesidad de que ella prosiguiera con las actividades que formaban parte de su identidad (ET 7), y se hablaba del buen clima de la terapia (ET 8).

Si nos centramos en la dimensión de *Conexión Emocional*, se observó el indicador “*El terapeuta expresa afecto*” cuando se hablaba sobre la relación terapéutica (ET 3), sobre el buen clima y la relación afectuosa mantenida durante el proceso terapéutico (ET 8), y cuando los participantes se despidieron en el cierre de la sesión (ET 11). También se detectó el indicador “*El terapeuta desvela algún aspecto de su vida personal*” al explicar a los miembros de la pareja una anécdota cotidiana suya y de su pareja (ET 3). Además, el indicador “*El terapeuta expresa empatía*” fue detectado en un Episodio Temático en que comprendió la necesidad de la paciente por seguir realizando tareas cotidianas que formaban parte de su identidad (ET 7) y en otro en que comprendió la dificultad de la paciente en adaptarse a sus problemas físicos (ET 10).



Asimismo, presentó el indicador “*El terapeuta normaliza la vulnerabilidad emocional del cliente*” cuando consideró la angustia de la paciente al delegar sus tareas diarias a la pareja (ET 4). Del mismo modo, el indicador “*El terapeuta expresa confianza o que cree en el cliente*” en el momento en que se explicitaron los recursos de la pareja (ET 10). Igualmente, el indicador “*El terapeuta desvela sus reacciones o sentimientos personales*” se detectó cuando expresó a la pareja el aprendizaje personal y profesional que había adquirido en la terapia (ET 8). En último término, se mostró el indicador “*El terapeuta expresa interés en el cliente*” cuando se preguntó por el estado de salud de la nieta de la pareja a raíz de lo que se había contado en la sesión anterior (ET 9).

En la dimensión de *Seguridad*, el indicador “*El terapeuta reconoce que la terapia implica riesgos*” se puntúa en el Episodio Temático en que, al valorar cómo fue el proceso terapéutico, reconoció que hubo momentos en los que se habló de temas difíciles y dolorosos para la pareja (ET 8).

En referencia a la dimensión de *Compartir Propósito*, se observó el indicador “*El terapeuta destaca lo que comparten en valores y experiencias*” en Episodios Temáticos en que se destacó la actitud positiva que ambos cónyuges presentaron en los momentos difíciles de su relación (ET 8) y su capacidad de negociar y de complementarse el uno al otro (ET 10).

Tabla 26.

*Frecuencias de los indicadores de la alianza terapéutica del terapeuta del caso con alto ajuste diádico para la última sesión*

Participante	Dimensiones	Indicadores	Frecuencias de indicadores en los Episodios Temáticos											Totales
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Terapeuta	Enganche	Expresa optimismo (+)	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	4
		Expresa afecto (+)	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	
	Conexión	Desvela algún aspecto de su vida personal (+)	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
		Expresa empatía (+)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	
		Normaliza la vulnerabilidad emocional del cliente (+)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	10
		Expresa confianza o que cree en el cliente (+)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
		Desvela sus reacciones o sentimientos personales (+)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	
		Expresa interés en el cliente (+)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
	Seguridad	Reconoce que la terapia implica aceptar riesgos (+)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	Compartir	Destaca lo que comparten en valores y experiencias (+)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	2

<b>SÍNTESIS</b>	
<b>Enganche en el proceso terapéutico</b>	
<b>Bajo ajuste</b>	Paciente <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;">                         Positiva. Dimensión con las frecuencias de indicadores <b>más elevadas</b>, sobretodo en la última sesión. En comparación con el cónyuge, presentó una <b>mayor frecuencia de indicadores</b> que él en la primera sesión. <b>Temas de conversación:</b> depresión, expectativas terapéuticas, cambios producidos a través de la terapia, recursos de pareja, valoración situación actual.                     </div>
	Cónyuge <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;">                         Positiva. En la última sesión fue la <b>única dimensión</b> en que se detectaron indicadores. En comparación con la paciente, presentó una <b>baja frecuencia</b> en la primera sesión. <b>Temas de conversación:</b> depresión, problemática de pareja, valoración situación actual, cambios producidos a través de la terapia.                     </div>
	Terapeuta <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;">                         Positiva. Dimensión con las frecuencias <b>más elevadas</b> en las dos sesiones. En comparación con la pareja, presentó una <b>mayor frecuencia</b> de indicadores. <b>Temas de conversación:</b> problemática de pareja, expectativas terapéuticas, familia nuclear pareja, recursos de la pareja, valoración situación actual, cambios logrados a través de la terapia.                     </div>
<b>Alto ajuste</b>	Paciente <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;">                         Positiva. Dimensión con las frecuencias de indicadores <b>más elevadas</b>, sobretodo en la última sesión. En comparación con el cónyuge, presentó una <b>menor frecuencia</b> de indicadores en las dos sesiones. <b>Temas de conversación:</b> depresión, proceso terapéutico, problemática familia de origen de la paciente, familia nuclear, relación terapéutica y cambios logrados a través de la terapia.                     </div>
	Cónyuge <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;">                         Positiva. Dimensión con las frecuencias de indicadores <b>más elevadas</b> en las dos sesiones. En comparación con la paciente, presentó una <b>mayor frecuencia</b> de indicadores en las dos sesiones. <b>Temas de conversación:</b> depresión, problemática familia de origen, familia nuclear, relación terapéutica, cambios logrados, recursos de la pareja.                     </div>
	Terapeuta <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;">                         Positiva, aunque <b>no fue la dimensión con frecuencias más elevadas</b>. En comparación con la pareja, presentó <b>frecuencias similares a la paciente e inferiores al cónyuge</b>. <b>Temas de conversación:</b> valoración situación actual pareja, cambios logrados a través de la terapia, relación con la pareja.                     </div>
<b>Conexión Emocional</b>	
<b>Bajo ajuste</b>	Paciente <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;">                         Positiva. Dimensión con las frecuencias <b>más bajas</b> en la primera sesión. En comparación con el cónyuge, presentó <b>frecuencias similares</b> en la primera sesión y <b>superiores</b> en la última. <b>Temas de conversación:</b> expectativas terapéuticas, recursos de la pareja, valoración situación actual de la pareja y cambios logrados a través de la terapia.                     </div>
	Cónyuge <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;">                         Positiva en la primera sesión y neutra en la última. En comparación con la paciente, presentó la <b>misma frecuencia</b> en la primera sesión e <b>inferiores</b> en la última. <b>Temas de conversación:</b> problemática de pareja y expectativas terapéuticas.                     </div>
	Terapeuta <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;">                         Positiva. En comparación con la pareja, presentaron una <b>frecuencia similar</b> que ellos en la primera sesión y similar que la paciente en la última. <b>Temas de conversación:</b> recursos de la pareja, valoración situación actual de la pareja, cambios logrados, problemática de pareja.                     </div>
<b>Alto ajuste</b>	Paciente <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;">                         Positiva. En la primera sesión obtuvo las frecuencias <b>más bajas</b> y en la última las <b>más altas</b>. En comparación con el cónyuge, presentó <b>frecuencias similares</b>. <b>Temas de conversación:</b> problemática con familia de origen, familia nuclear, relación terapéutica, recursos de la pareja.                     </div>
	Cónyuge <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;">                         Positiva. En la última sesión se produjo un <b>incremento</b> de frecuencias de indicadores. En comparación con la paciente, presentó <b>frecuencias similares</b>. <b>Temas de conversación:</b> depresión, valoración situación actual de la pareja, relación terapéutica, recursos de la pareja, proceso terapéutico.                     </div>
	Terapeuta <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;">                         Positiva. Dimensión con las frecuencias <b>más elevadas</b>, especialmente en la última sesión. En comparación con la pareja, presentó <b>frecuencias similares</b> en la primera sesión y <b>superior</b> en la última. <b>Temas de conversación:</b> problemas con la familia de origen de la paciente, familia nuclear de la pareja, valoración de su situación actual, relación terapéutica.                     </div>

		<b>Seguridad</b>
<b>Bajo ajuste</b>	Paciente	Positiva, aunque los indicadores <b>disminuyeron</b> sus frecuencias en la última sesión. En comparación con el cónyuge, presentó una <b>mayor frecuencia</b> en las dos sesiones. <b>Temas de conversación:</b> problemática de pareja, valoración situación actual, historia de familia de origen, recursos personales de la paciente, proceso terapéutico.
	Cónyuge	Fue puntuada con un <b>único indicador positivo</b> en la primera sesión y con una <b>puntuación neutral</b> en la última. En comparación con la paciente, presentó una <b>menor frecuencia</b> de indicadores en las dos sesiones. <b>Tema de conversación:</b> Expectativas en la terapia.
	Terapeuta	Obtuvo puntuación <b>neutra</b> en la primera sesión y fue <b>positiva</b> en la última. Presentó una evolución de las puntuaciones opuesta a la de la pareja, ya que el terapeuta <b>incrementó</b> sus frecuencias de los indicadores en la última sesión. <b>Tema de conversación:</b> Conflictiva de pareja.
<b>Alto ajuste</b>	Paciente	Positiva, aunque los indicadores <b>redujeron</b> sus frecuencias en la última sesión. En comparación con el cónyuge, presentó una <b>mayor frecuencia</b> en los indicadores en la primera sesión, y en cambio, una <b>menor frecuencia</b> en la última. <b>Temas de conversación:</b> depresión, problemas con familia de origen, valoración de la situación actual de la pareja, relación terapéutica.
	Cónyuge	Positiva. Los indicadores <b>incrementaron</b> sus frecuencias en la última sesión. En comparación con el paciente, presentó una <b>menor frecuencia</b> en los indicadores en la primera sesión, y en cambio, una <b>mayor frecuencia</b> en la última. <b>Temas de conversación:</b> problemas con familia de origen, relación terapéutica, valoración de la situación actual de la pareja.
	Terapeuta	Positiva, aunque valorada con un <b>único indicador</b> en las dos sesiones. En comparación con la pareja, presentó una <b>menor frecuencia</b> de indicadores y su evolución fue distinta; mientras que la paciente redujo sus frecuencias, el cónyuge las incrementó y éste las mantuvo <b>estables</b> . <b>Tema de conversación:</b> proceso de terapia.
		<b>Compartir el Propósito</b>
<b>Bajo ajuste</b>	Pareja	Indicadores <b>positivos y negativos</b> en las dos sesiones. En la primera sesión, los indicadores negativos presentaron la <b>mayor frecuencia</b> en comparación con los indicadores de las demás dimensiones. En la última, se <b>redujo</b> la frecuencia de indicadores negativos y los positivos se <b>mantuvieron estables</b> .
		En comparación con el terapeuta, la pareja presentó una <b>mayor frecuencia</b> de indicadores, aunque la mayoría fueron negativos.
	Terapeuta	<b>Temas indicadores positivos:</b> proceso terapéutico, recursos de la pareja, valoración situación actual, cambios realizados a través de la terapia. <b>Tema indicadores negativos:</b> problemática de pareja.
<b>Alto ajuste</b>	Pareja	Positiva en la primera sesión y neutra en la última. En comparación con la pareja, presentó una <b>menor frecuencia</b> en los indicadores. <b>Tema de conversación:</b> problemática de pareja.
		Positiva en las dos sesiones. Las frecuencias en los indicadores positivos fueron las <b>más elevadas</b> en comparación con los indicadores de las demás dimensiones. Las frecuencias <b>incrementaron</b> en la última sesión.
	Terapeuta	En comparación con el terapeuta, presentó una <b>mayor frecuencia</b> en los indicadores.
<b>Alto ajuste</b>	Pareja	<b>Temas de conversación:</b> depresión, problemas con familia de origen, relaciones con familia nuclear, valoración de la situación actual de la pareja, cambios logrados a través de la terapia, relación terapéutica.
	Terapeuta	Positiva. Las frecuencias de los indicadores <b>incrementaron</b> en la última sesión. En comparación con la pareja, presentó una <b>menor frecuencia</b> en los indicadores. <b>Tema de conversación:</b> depresión, valoración de la situación actual de la pareja, relación terapéutica, recursos de la pareja, proceso terapéutico.

### **7.3.4 Análisis micro de los dos casos de terapia de pareja**

En relación al **quinto objetivo**, profundizar en las cualidades dialógicas de las parejas y las estrategias dialógicas de los terapeutas en los dos casos en función del establecimiento de la alianza intrasistema, seleccionamos Episodios Temáticos de las sesiones en que se hubiera puntuado la dimensión de Compartir Propósito para así analizar el diálogo a un nivel micro-analítico.

La finalidad para realizar el análisis micro se basa en tres motivos principales: (1) Nos permite detectar *cualidades del diálogo de parejas ejemplificadoras* de casos con bajo ajuste diádico y de casos con alto ajuste diádico. Este conocimiento resulta útil para terapeutas que inicien una terapia de pareja para la depresión, ya que las cualidades del diálogo de las parejas pueden ser reveladoras en la primera sesión de su nivel de ajuste diádico, y por tanto, de su posible dificultad en la obtención de favorables resultados en la terapia; (2) contribuye a detectar las cualidades del diálogo de las parejas al finalizar la terapia para así evidenciar si éstas *se modificaron a través de las intervenciones terapéuticas*, y por tanto, se puede comprobar si dichos cambios en el diálogo mantuvieron relación con el resultado de la terapia; y (3) nos permite identificar las *estrategias terapéuticas para generar diálogo que fueron útiles* en los dos casos a la hora de promover el cambio en terapia, así como las estrategias que *no fueron eficaces* en el caso con bajo ajuste diádico y desfavorable resultado final.

Partiendo de estas consideraciones, merece la pena subrayar dos cuestiones. En primer lugar, esta investigación no considera que el nivel de ajuste diádico de las parejas y el resultado de la terapia sólo se reflejen en las cualidades del diálogo. Sin duda, hay otros aspectos relacionados con estas dos variables y que no son contemplados a través de nuestro análisis dialógico. Pero nuestro propósito fue identificar cualidades del diálogo en parejas que diferían entre ellas en base al nivel de ajuste y al resultado final.

En segundo lugar, recalamos que esta investigación no pretende ofrecer explicaciones de causalidad. Los resultados de las cualidades dialógicas no son concebidos como causantes de favorable o desfavorable resultado de la terapia, debido a que existen otros factores implicados en el tratamiento y que no han sido contemplados en esta investigación. El análisis debe ser percibido como una forma de avanzar en el desarrollo de la calidad del diálogo terapéutico en terapia de pareja para la depresión.

Existe evidencia empírica para considerar la calidad del diálogo como variable influyente en el resultado de la terapia, aunque éste no es el único factor que media en el resultado terapéutico, y por tanto, los resultados de esta investigación no deben ser planteados como una explicación completa del éxito en el tratamiento (Seikkula, 2002; Seikkula et al., 2012; Seikkula & Olson, 2016).

A continuación se muestra el análisis a un nivel micro organizado a través de los siguientes apartados: (1) Elección de los Episodios Temáticos para su exploración a un nivel micro-analítico; (2) análisis de los Episodios Temáticos considerados más significativos de la primera y última sesión del caso con bajo ajuste diádico; y (3) análisis de los Episodios Temáticos considerados más ilustrativos de la primera y última sesión del caso con alto ajuste diádico.

#### **7.3.4.1 Elección de los Episodios Temáticos.**

La elección de los Episodios Temáticos para ser explorados a un nivel micro-analítico fue realizada en base a dos criterios. Por un lado, se escogieron Episodios Temáticos en que la pareja hubiera puntuado algún indicador de la dimensión de Compartir Propósito, al ser ésta la dimensión que ilustra la construcción de la alianza intrasistema de las parejas. Sin embargo, también se tuvieron en cuenta las puntuaciones de las demás dimensiones de la alianza terapéutica en estos Episodios Temáticos. Por otro lado, se valoraron las cualidades dialógicas al escoger los Episodios Temáticos, en concreto se valoró quién tomó la iniciativa en el diálogo, cómo se respondió a la intervención –monológica o dialógicamente-, la tipología de lenguaje detectado –indicativo o simbólico-, y si se tuvo en cuenta el momento presente.

A continuación se encuentran las puntuaciones de la alianza terapéutica y las cualidades dialógicas distribuidas en base a los Episodios Temáticos del caso con bajo ajuste diádico. En la primera sesión de terapia, la paciente fue puntuada individualmente en las dimensiones de la alianza terapéutica de un modo fluctuante a lo largo de la sesión. En concreto, presentó indicadores de la dimensión de *Enganche* al inicio (ET 1, 2, 4) y al final de la sesión (ET 8, 11), obtuvo indicadores de la dimensión de *Conexión Emocional* en el final de la sesión (ET 8, 10), mientras que los indicadores de la dimensión de *Seguridad* se detectaron en una fase intermedia de la sesión (ET 6, 7) y en su finalización (ET 10, 12). Así pues, los indicadores positivos de la alianza terapéutica en la paciente aumentaron sus frecuencias a medida que la sesión avanzó (ver Figura 6).

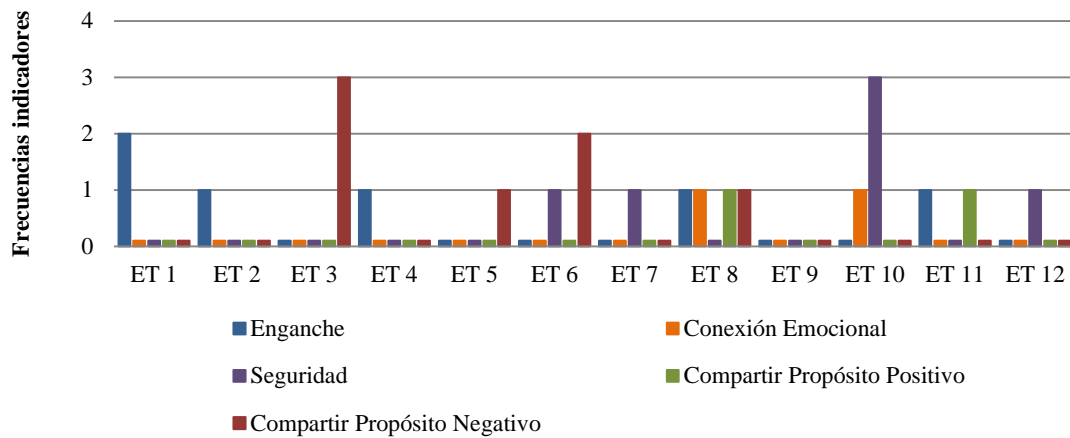


Figura 6. Frecuencias de indicadores de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos de la paciente del caso con bajo ajuste diádico en la primera sesión

En cuanto a las puntuaciones del cónyuge en la primera sesión de terapia, sus frecuencias fueron más bajas en comparación con las de la paciente. Presentó indicadores en la dimensión de *Enganche* al inicio de la sesión (ET 1, 3), indicadores en la dimensión de *Conexión Emocional* en la fase intermedia (ET 6, 8) y un indicador en la dimensión de *Seguridad* en un Episodio Temático de la fase intermedia (ET 8). De este modo, los indicadores positivos de la alianza terapéutica disminuyeron sus frecuencias conforme la sesión fue avanzando.

Respecto a las puntuaciones de la pareja en la dimensión de *Compartir Propósito*, se presentaron indicadores tanto positivos como negativos de la alianza intrasistema, teniendo éstos últimos una mayor frecuencia a lo largo de la sesión. Los indicadores negativos de esta dimensión se presentaron al inicio (ET 3) y en la fase intermedia de la sesión (ET 5, 6, 8), mientras que a medida que la sesión avanzó aparecieron indicadores positivos (ET 8, 11) (ver Figura 7).

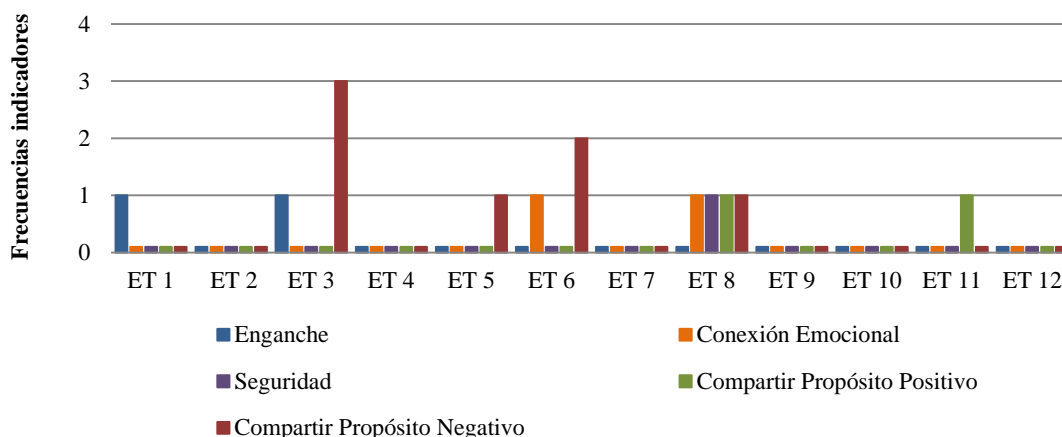


Figura 7. Frecuencias de indicadores de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos del cónyuge del caso con bajo ajuste diádico en la primera sesión

Haciendo referencia a las cualidades dialógicas identificadas a lo largo de la sesión, la tendencia general fue que la paciente presentó la dominancia cuantitativa (C) y semántica (S), el terapeuta presentó la dominancia interaccional (I), el discurso fue monológico, el lenguaje fue indicativo y el momento presente fue tenido en cuenta.

Sin embargo, cuando profundizamos en las cualidades dialógicas en cada Episodio Temático, detectamos que en los dos únicos Episodios Temáticos en que apareció un indicador positivo de Compartir Propósito en la pareja (ET 8, 11) se produjo un cambio en dichas cualidades dialógicas; la conversación en estos dos fragmentos de la sesión pasó a ser *dialógica*, el lenguaje incorporó elementos *simbólicos*, y en concreto, el Episodio Temático 11 fue el único de la sesión en que *el terapeuta presentó la dominancia cuantitativa*. Además, estos dos Episodios Temáticos fueron ejemplificadores de cómo el *momento presente se tuvo en cuenta*.

Con todo lo expuesto, para el análisis a nivel micro se escogieron (a) los dos Episodios Temáticos en que la pareja había puntuado una mayor frecuencia de indicadores negativos de Compartir Propósito (ET 3, 6); y (b) los dos Episodios Temáticos en que la pareja había puntuado un indicador positivo de Compartir Propósito y en los que, además, se había producido un cambio en la tendencia de la sesión en cuanto a las cualidades dialógicas (ET 8, 11) (ver Tabla 27).

Tabla 27.

Cualidades dialógicas en función de los Episodios Temáticos del caso con bajo ajuste diádico en la primera sesión

		Episodios Temáticos											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Dominancia</b>	<b>C</b>	P	C	P	P	C	C	P	P	P	P	T	P
	<b>S</b>	P	P	C	T	P	P	C	P	T	T	T	P
	<b>I</b>	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
<b>Conversación</b>		M	M	M	M	M	M	M	M/D	M	M/D	M/D	M
<b>Lenguaje</b>		I	I	I	I	I	I	I/S	I/S	I	I	S	I
<b>Momento presente</b>		No	No	Sí	No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí

*Nota.* P (Paciente); C (Cónyuge); T (Terapeuta); M (Monológica); D (Dialógica); I (Indicativo); S (Simbólico)

En la última sesión de terapia del caso con bajo ajuste diádico, la paciente obtuvo indicadores de la dimensión de *Eganche* al inicio (ET 1, 2) y en una fase intermedia de la sesión (ET 6), presentó indicadores de la dimensión de *Conexión Emocional* tanto al inicio (ET 2) como en la fase intermedia (ET 4, 5) y al final de la sesión (ET 10) y se detectaron indicadores de la dimensión de *Seguridad* en una fase media de la sesión (ET 4). Los indicadores positivos de la alianza terapéutica disminuyeron sus frecuencias en el transcurso de la sesión (ver Figura 8).

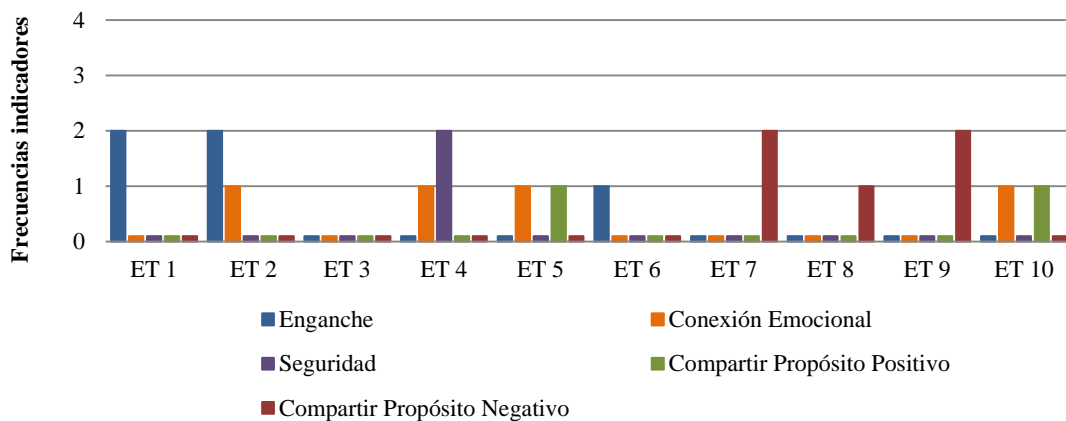


Figura 8. Frecuencias de indicadores de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos de la paciente del caso con bajo ajuste diádico en la última sesión

En referencia a las puntuaciones del cónyuge en la última sesión, sus frecuencias volvieron a ser bajas si se comparan con las de la paciente. Los indicadores detectados pertenecieron únicamente a la dimensión de *Eganche* y se situaron tanto en el inicio (ET 1, 2) como en una fase media (ET 6) y final de la sesión (ET 10). A pesar de los escasos indicadores de la alianza terapéutica detectados en la globalidad de la sesión, se produjo un descenso de sus frecuencias a medida que la sesión avanzó.



En el análisis conjunto de la pareja en la dimensión de *Compartir Propósito*, se detectaron indicadores positivos y negativos, teniendo éstos últimos una frecuencia más elevada a lo largo de la sesión. Los indicadores positivos fueron observados en una fase intermedia (ET 5) y en la fase final de la sesión (ET 10), mientras que los indicadores negativos de esta dimensión aparecieron por primera vez en fases avanzadas de la sesión (ET 7, 8, 9) (ver Figura 9).

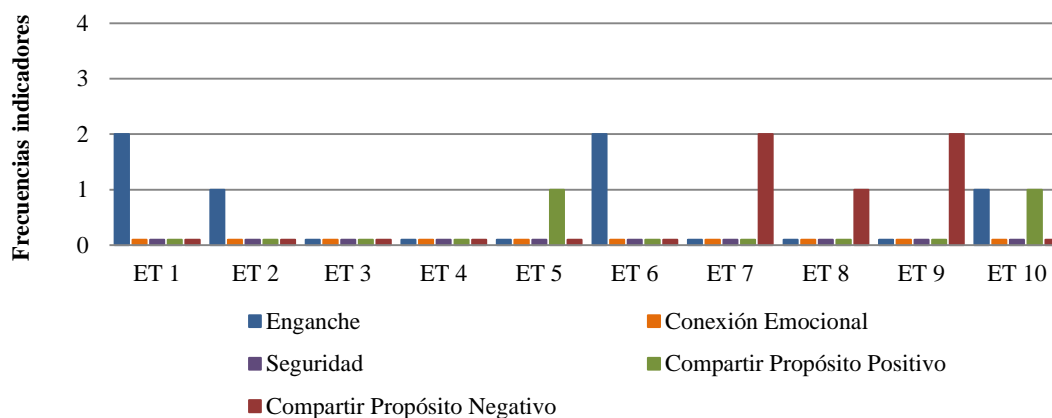


Figura 9. Frecuencias de indicadores de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos del cónyuge del caso con bajo ajuste diádico en la última sesión

Si se hace referencia a las cualidades dialógicas del conjunto de la última sesión, la tendencia general detectada fue que el terapeuta presentó la dominancia cuantitativa (C) e interaccional (I), la paciente presentó la dominancia semántica (S), el discurso fue monológico, el lenguaje fue indicativo y el momento presente fue tenido en cuenta.

No obstante, al ahondar en las cualidades dialógicas de cada Episodio Temático, identificamos que en los dos únicos Episodios Temáticos en que apareció un indicador positivo de Compartir Propósito en la pareja (ET 5, 10) se llevó a cabo un cambio en estas cualidades dialógicas; la conversación en estos dos momentos de la sesión pasó a ser *dialógica*, el lenguaje contuvo elementos *simbólicos*, y en concreto, el Episodio Temático 5 fue uno de los pocos de la sesión en que *el terapeuta presentó la dominancia semántica*. Asimismo, estos dos ejemplos fueron representativos de cómo *el momento presente se tuvo en cuenta*.

En base a estas consideraciones, para el análisis a nivel micro se seleccionaron (a) los dos Episodios Temáticos en que la pareja había puntuado una mayor frecuencia de indicadores negativos de Compartir Propósito (ET 7, 9); y (b) los dos Episodios Temáticos en que la pareja había puntuado un indicador positivo de Compartir

Propósito y en los que, además, se había producido un cambio en la tendencia de la sesión en referencia a las cualidades dialógicas (ET 5, 10) (ver Tabla 28).

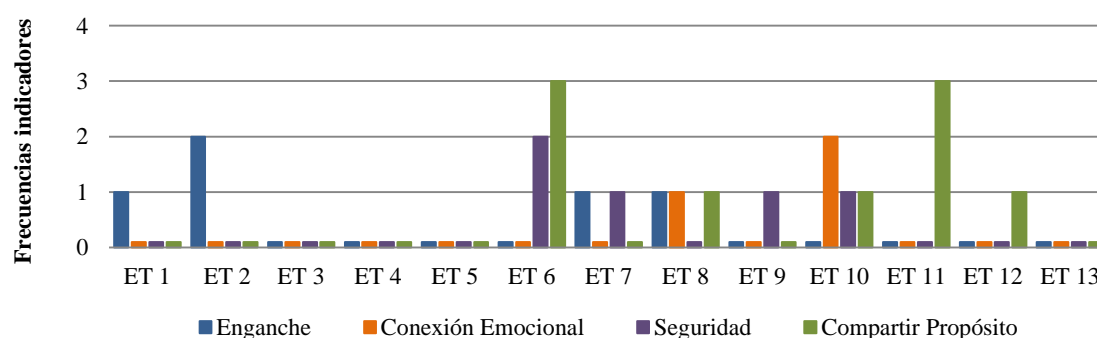
Tabla 28.

*Cualidades dialógicas en función de los Episodios Temáticos del caso con bajo ajuste diádico en la última sesión*

		Episodios Temáticos									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Dominancia</b>	<b>C</b>	P	P	T	T	T	P	P	T	T	T
	<b>S</b>	P	P	P	T	T	P	P	P	P	P
	<b>I</b>	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
<b>Conversación</b>		M	M	M/D	D	D	M	M	M	M	D
<b>Lenguaje</b>		I	I	I	I	S	I	I	S	I	S
<b>Momento presente</b>		No	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí

*Nota.* P (Paciente); C (Cónyuge); T (Terapeuta); M (Monológica); D (Dialógica); I (Indicativo); S (Simbólico)

A continuación se muestran las puntuaciones de la alianza terapéutica y las cualidades dialógicas distribuidas en base a los Episodios Temáticos del caso con alto ajuste diádico. En cuanto a las puntuaciones de la paciente en la primera sesión, ésta obtuvo frecuencias similares a las de la paciente del caso con bajo ajuste diádico. Presentó indicadores de la dimensión de *Enganche* al inicio (ET 1, 2) y en la fase intermedia de la sesión (ET 7, 8), mostró indicadores de la dimensión de *Conexión Emocional* en mitad de la sesión (ET 8) y también en su finalización (ET 10), mientras que los indicadores de la dimensión de *Seguridad* se detectaron también en una fase media (ET 6, 7, 9) y al final de la sesión (ET 10). Por tanto, los indicadores de la alianza terapéutica de la paciente aumentaron conforme la sesión avanzó (ver Figura 10).



*Figura 10.* Frecuencias de indicadores de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos de la paciente del caso con alto ajuste diádico en la primera sesión

En la primera sesión de terapia, las frecuencias del cónyuge en las dimensiones de la alianza terapéutica fueron similares en comparación con las de la paciente. Sin

embargo, fueron más elevadas si se comparan con el cónyuge del caso de bajo ajuste diádico. Presentó indicadores en la dimensión de *Enganche* tanto al inicio (ET 2) como en la fase intermedia (ET 6, 7, 8) y final de la sesión (ET 10, 11), obtuvo indicadores de *Conexión Emocional* en la etapa central (ET 6) y en la finalización de la sesión (ET 11) y también se detectó un indicador de la dimensión de *Seguridad* en la fase intermedia de la sesión (ET 7). De esta forma, los indicadores positivos de la alianza terapéutica fueron incrementando sus frecuencias en el transcurso de la sesión.

Si hacemos referencia a las puntuaciones conjuntas de la pareja en la dimensión de *Compartir Propósito*, se presentaron indicadores siempre positivos de la alianza intrasistema, teniendo éstos la mayor frecuencia en comparación con todas las demás dimensiones. Estos indicadores se distribuyeron entre la fase intermedia (ET 6, 8) y la fase final de la sesión (ET 10, 11, 12). En los Episodios Temáticos en que se detectó algún indicador positivo de *Compartir Propósito*, también estuvieron presentes indicadores de las demás dimensiones de la alianza terapéutica (ver Figura 11).

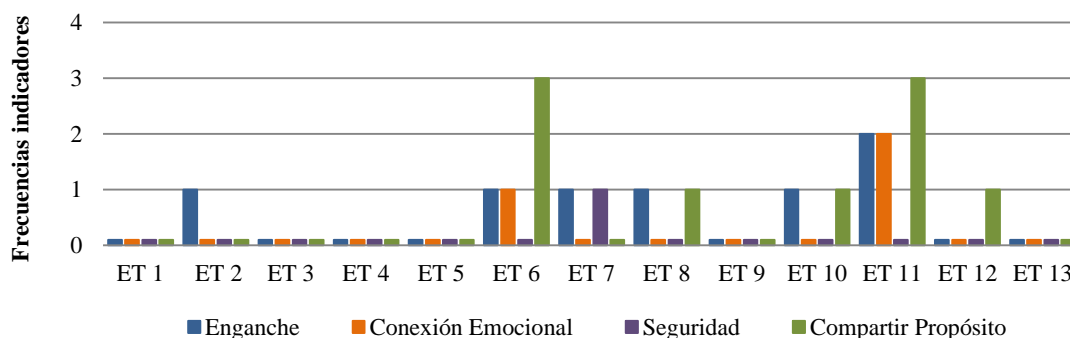


Figura 11. Frecuencias de indicadores de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos del cónyuge del caso con alto ajuste diádico en la primera sesión

En las cualidades dialógicas del conjunto de la primera sesión, el cónyuge presentó la dominancia cuantitativa (C) y semántica (S), el terapeuta presentó la dominancia interaccional (I), el discurso fue dialógico, el lenguaje fue indicativo y el momento presente no fue tenido en cuenta.

Sin embargo, al profundizar en las cualidades dialógicas de cada Episodio Temático, identificamos que en los Episodios Temáticos en que aparecieron las mayores frecuencias de indicadores de *Compartir Propósito* en la pareja (ET 6, 11) se llevó a cabo un cambio en algunas de las cualidades dialógicas; el lenguaje fue *simbólico* en

estos dos fragmentos, el *momento presente fue tenido en cuenta*, así como la *dominancia cuantitativa y semántica* no fue presentada sólo por el cónyuge. Además, estos dos Episodios Temáticos fueron ejemplificadores de la *conversación dialógica* que la pareja llevó a cabo en el conjunto de la sesión.

En base a estas consideraciones, para el análisis a nivel micro se seleccionaron los dos Episodios Temáticos en que la pareja había puntuado una mayor frecuencia de indicadores positivos de Compartir Propósito, los cuales a la vez permitían ilustrar la conversación dialógica, el lenguaje simbólico, el momento presente tenido en cuenta y la dominancia repartida entre los participantes (ET 6, 11) (ver Tabla 29).

Tabla 29.

*Cualidades dialógicas en función de los Episodios Temáticos del caso con alto ajuste diádico en la primera sesión*

		Episodios Temáticos												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
<b>Dominancia</b>	<b>C</b>	T	C	P	C	C	C	C	C	P	P	T	C	C
	<b>S</b>	T	C	C	C	C	P	P	C	C	T	T	P	C
	<b>I</b>	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	C	C
<b>Conversación</b>		D	D	D	D	D	D	M	D	D	D	M/D	M	M/D
<b>Lenguaje</b>		S	I/S	I	I/S	I	S	I	I	I	I	I/S	I	I
<b>Momento presente</b>		Sí	No	No	No	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	No	No

*Nota.* P (Paciente); C (Cónyuge); T (Terapeuta); M (Monológica); D (Dialógica); I (Indicativo); S (Simbólico)

En la última sesión de terapia, las puntuaciones de la alianza de la paciente fueron similares a las de la paciente del caso con bajo ajuste diádico. Presentó indicadores de la dimensión de *Enganche* al inicio (ET 3) y en la fase media de la sesión (ET 4, 5, 8), obtuvo indicadores de la dimensión de *Conexión Emocional* tanto al principio (ET 3, 4) como en el momento central (ET 8) y final de la sesión (ET 10, 11), así como los indicadores de la dimensión de *Seguridad* se situaron en la fase intermedia (ET 4, 8) (ver Figura 12).

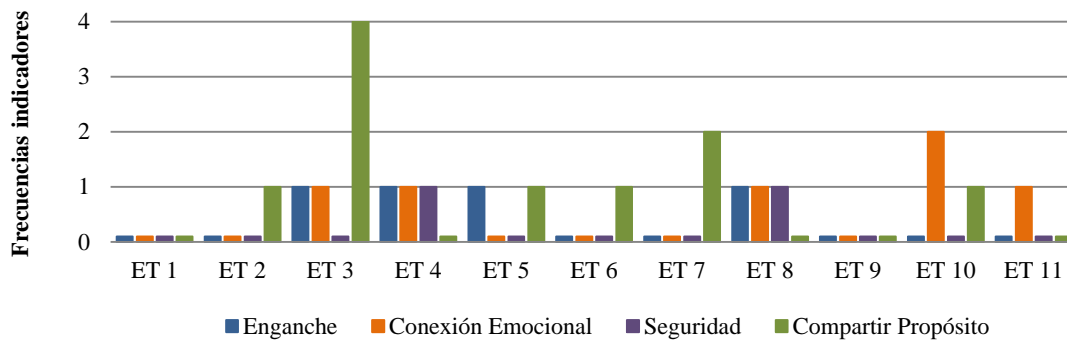


Figura 12. Frecuencias de indicadores de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos de la paciente del caso con alto ajuste diádico en la última sesión

En cuanto a las puntuaciones del cónyuge en la última sesión, sus frecuencias en los indicadores de la alianza terapéutica fueron mayores en comparación con las de la paciente. Asimismo, sus frecuencias de indicadores también fueron superiores a las del cónyuge del caso con bajo ajuste diádico. Presentó indicadores en la dimensión de *Enganche* tanto en el inicio (ET 3, 4) como en la fase intermedia (ET 5, 8) y final de la sesión (ET 10), obtuvo indicadores de *Conexión Emocional* también en el principio (ET 1, 2, 3, 4), en la fase central (ET 6, 8) y en la finalización (ET 10), así como presentó indicadores en la dimensión de *Seguridad* en el inicio (ET 3, 4) y en la fase central de la sesión (ET 8).

Por lo que se refiere a las puntuaciones conjuntas de la pareja en la dimensión de *Compartir Propósito*, se presentaron indicadores positivos de la alianza intrasistema, obteniendo en éstos la mayor frecuencia si se compara con los indicadores de las demás dimensiones. Estos indicadores se distribuyeron a lo largo de toda la sesión, como fue en la fase inicial (ET 2, 3), en la fase media (ET 5, 6, 7) y en la fase final de la sesión (ET 10). Como había sucedido en la primera sesión, en los Episodios Temáticos en que se detectó algún indicador positivo de *Compartir Propósito*, también fueron detectados indicadores de las demás dimensiones de la alianza terapéutica (ver Figura 13).

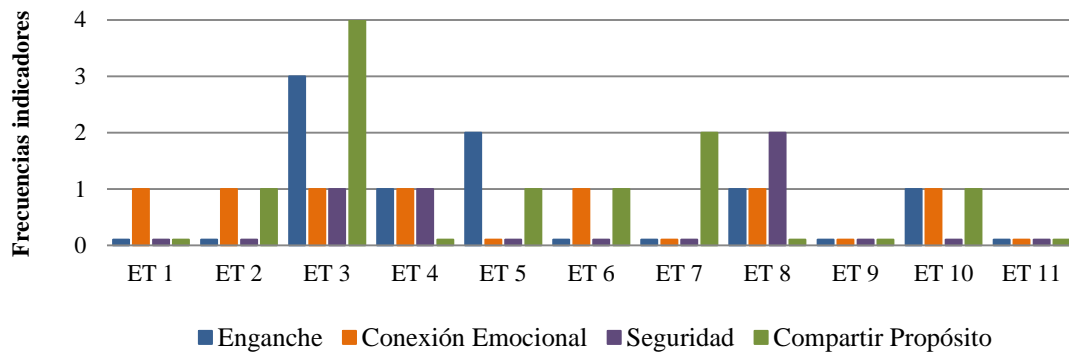


Figura 13. Frecuencias de indicadores de la alianza terapéutica en función de los Episodios Temáticos del cónyuge del caso con alto ajuste diádico en la última sesión

En referencia a las cualidades dialógicas en la globalidad de la última sesión, el cónyuge presentó la dominancia cuantitativa (C) y semántica (S), el terapeuta presentó la dominancia interaccional (I), el discurso fue dialógico, el lenguaje fue indicativo y el momento presente fue tenido en cuenta.

No obstante, al observar las cualidades dialógicas de cada Episodio Temático, detectamos que en los Episodios Temáticos en que aparecieron mayores frecuencias de indicadores de Compartir Propósito en la pareja (ET 3, 7) se llevó a cabo un cambio en algunas cualidades dialógicas; la *dominancia semántica* fue presentada por la paciente en lugar de por el cónyuge, y en concreto, el lenguaje fue *simbólico* en una parte del Episodio Temático 3. Asimismo, estos dos Episodios Temáticos fueron ilustrativos de la *conversación dialógica* llevada a cabo por la pareja y del *momento presente tenido en cuenta* en el diálogo terapéutico.

Partiendo de los resultados comentados, para el análisis micro se eligieron los dos Episodios Temáticos en que la pareja había puntuado una mayor frecuencia de indicadores positivos de Compartir Propósito y en los cuales, paralelamente, se ilustraban las cualidades dialógicas más prevalentes en el conjunto de la sesión, como fueron el discurso dialógico y el momento presente en la conversación terapéutica (ET 3, 7) (ver Tabla 30).

Tabla 30.

*Cualidades dialógicas en función de los Episodios Temáticos del caso con alto ajuste diádico en la última sesión*

		Episodios Temáticos										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<b>Dominancia</b>	<b>C</b>	T	C	C	C	C	C	C	T	C	T	P
	<b>S</b>	C	C	P	C	C	C	P	T	P	T	P
	<b>I</b>	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
<b>Conversación</b>		D	M/D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
<b>Lenguaje</b>		I	I	I/S	I	I	I	I	I	I/S	S	I/S
<b>Momento presente</b>		No	No	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí

*Nota.* P (Paciente); C (Cónyuge); T (Terapeuta); M (Monológica); D (Dialógica); I (Indicativo); S (Simbólico)

### 7.3.4.2 Análisis micro del caso con bajo ajuste diádico.

A continuación se realizó la exploración a un nivel micro-analítico de la primera y última sesión de terapia de pareja del caso con un bajo nivel de ajuste diádico: (a) en la primera sesión, se analizaron las *posiciones* y *voces* con las que la pareja inició la terapia con la finalidad de detectar cualidades dialógicas que podrían resultar identificativas de un caso complejo donde existe un bajo ajuste diádico y que, por tanto, podría presentar dificultades en la obtención de un favorable resultado; (b) en la última sesión, se identificaron de nuevo dichas *posiciones* y *voces* para comprobar si éstas se habían modificado a través de las intervenciones terapéuticas; y (c) en la primera y última sesión se examinaron las *estrategias* del terapeuta para generar diálogo, con la finalidad de identificar aquellas que fueron útiles para promover cambio en terapia, y también aquellas otras que no resultaron eficaces. Así pues, estos tres componentes analizados se exploraron en función de la dimensión de Compartir Propósito.

Se escogieron para las dos sesiones de este caso, primero, dos Episodios Temáticos en que la pareja había sido puntuada con **indicadores negativos de Compartir Propósito**; y, segundo, dos Episodios Temáticos en que la pareja había sido puntuada con **indicadores positivos de Compartir Propósito**, y en los que además, se había detectado un cambio en cuanto a las cualidades dialógicas respecto a la tendencia general de la sesión (ver Tabla 31).

Tabla 31.

*Título de los Episodios Temáticos escogidos para el análisis micro del caso con bajo ajuste diádico, en función de la dimensión Compartir Propósito*

Sesión	CP	ET	Título
Primera	Negativo	3	Dinámica del día a día que provoca incompreensión en la pareja: Falta de energía para salir de casa (María) VS. Energía para realizar actividades (Amancio)
		6	Diferencias en la forma de ser de cada miembro de la pareja: Amancio tiene carácter fuerte y María tiene el carácter débil
	Positivo	8	Expectativas hacia la terapia: Amancio espera que María recupere el ánimo y él acepta dejar de ser "cabezón". María espera ser más positiva y que Amancio la comprenda.
Última	Negativo	11	Devolución: Expresión de optimismo, empatía y compartir propósito por parte del terapeuta: Capacidad de María para salir adelante a pesar de las dificultades, la pareja se siente incomprendida, y disposición de ambos para realizar la terapia
		7	Necesidad de María que Amancio le reconozca lo que ella ha llegado a pasar con su familia de origen por no defenderla
	9	El terapeuta introduce optimismo ante el hecho que Amancio sea ahora capaz de reconocer lo mal que se ha comportado su familia de origen con María	
Positivo	5	Cambios logrados en la relación de pareja a través de la terapia mencionados por el terapeuta y prevención de recaídas	
	10	Devolución: Intervención del terapeuta para reconocer que Amancio no defendió a María en los momentos en los que lo necesitaba y él confirma	

*Nota.* CP (Compartir Propósito); ET (Episodio Temático)

Así pues, se seleccionaron algunos fragmentos de la transcripción de estos Episodios Temáticos escogidos que resultaran ilustrativos de las voces y posicionamientos de la pareja, así como de las estrategias del terapeuta. Cabe destacar que, a pesar de que se ponga el foco del análisis en estos componentes, otras cualidades dialógicas detectadas pueden ser añadidas en función de la especificidad e interés en cada fragmento, para así contemplar la complejidad del diálogo en todos ellos.

### ***Análisis a nivel micro de la primera sesión del caso con bajo ajuste diádico.***

En la transcripción de los Episodios Temáticos de la primera sesión con *puntuaciones negativas en la dimensión de Compartir Propósito* (ET 3, 6) se seleccionaron fragmentos en los cuales: (1) Se mostraron las *vozes* predominantes en la pareja; (2) Se hizo explícita la posición opuesta de los miembros de la pareja en referencia a la depresión; y (3) Se presentó la *estrategia del terapeuta* basada en centrar la conversación en el momento presente y escuchar simultáneamente la voz de los dos miembros de la pareja.



***Las voces predominantes en la pareja.***

**# Episodio Temático 3: Dinámica del día a día que provoca incompreensión en la pareja**

María: A mí lo que no me gusta es salir de casa

Amancio: Lo que pasa que llegas, no le gusta salir de casa, si venimos de la playa y le digo “esta tarde...” y dice “no, esta tarde no voy a ningún sitio”, no quiere

María: No es que no vaya a ningún sitio...

Amancio: Y a mí estar tantos días encerrado en casa a mí me mata. Yo estaría todo el día en la calle. Yendo a comprar, paseando, yo estaría todo el día en la calle

María: ¿Sabes lo que pasa? (mirando a T) que él no comprende lo mal que yo...

Amancio: Sí lo comprendo (ella niega con la cabeza) sí que lo comprendo, a ver, muchas veces no sé qué hacer. Yo me encuentro “¿Qué hago yo?”

María: Él ahora dice eso, pero él nunca se ha creído (Amancio empieza a hablar) estoy hablando. No, tú no te lo has creído que yo estaba enferma, nunca en la vida, jamás. Ahora parece que... Tú jamás te has creído que yo estuviera enferma

Amancio: Esta es tu opinión, esta es tu opinión, no la mía...

Antes del Episodio Temático 3, la conversación terapéutica estuvo centrada en la exploración de la sintomatología depresiva de María. En este fragmento, María empezó su intervención describiendo, con un *modo narrativo externo*, lo que no le gustaba hacer en su actividad diaria. Amancio respondió, también con un *modo narrativo externo*, hablando con *su propia voz* y la *voz de María*.

La siguiente intervención de María incluyó *destinatarios con múltiples voces*, dirigiéndose al terapeuta pero indirectamente refiriéndose a Amancio en forma de reproche; en su discurso la mujer se posicionó como “*incomprendida*” por su pareja. Es en ese momento cuando Amancio respondió para dar réplica al comentario de la mujer, posicionándose como “*incapaz*” de ayudarla y como “*no agente activo de cambio*”.

En su última respuesta de este fragmento, María volvió a hablar con *destinatarios con múltiples voces*, dirigiéndose al terapeuta e indirectamente a Amancio para recriminarle que nunca creyó que hubiera estado enferma. Amancio interrumpió su discurso para intentar dar respuesta al comentario de María, y por consiguiente se hizo explícita la *voz de enferma* de la paciente al dirigirse al cónyuge como destinatario directo. En este fragmento se percibe el discurso *monológico* de los miembros de la pareja y la presencia de lenguaje *indicativo*.

***Posiciones opuestas de los miembros de la pareja.***

**# Episodio Temático 3: Dinámica del día a día que provoca incompreensión en la pareja**

María: (Dirigiéndose a Amancio y reproduciendo sus palabras) “¿Depresiones? Anda, que yo iba a coger una depresión”

Amancio: Es que yo no la cojo. Yo tengo fuerza de voluntad y salgo

María: Bueno, tú eres tú y yo soy yo... (Hacia T) Y al ser yo él como es de otra manera, él no cree en que yo estoy enferma...

Amancio: Que no es que no crea...

María: No, no, nunca jamás

Amancio: Fuerza de voluntad

María: Jamás se lo ha creído, jamás se lo ha creído y bueno. Y ahora parece que... Pero que lo he pasado toda mi vida... Y no he tenido ayuda de nadie, jamás. Me lo he pasado yo solita. A mí nadie me ha preguntado “¿Qué te pasa? ¿Por qué estás todo el día tumbada?”

En este fragmento del Episodio Temático 3 se perciben las posiciones opuestas en que ambos miembros de la pareja se presentaron en referencia a la depresión a través de un *discurso monológico* y con *lenguaje indicativo*. María empezó su discurso hablando con la *voz de Amancio* y éste respondió posicionándose como “*no enfermo*” y “*agente activo de cambio*” para promover una mejora, y por el contrario, posicionó a su mujer como “*no agente activo de cambio*” ante la depresión.

Por consiguiente, María habló entonces con *destinatarios con múltiples voces*, ya que hablaba a su marido pero indirectamente pretendía que el terapeuta la escuchara, se posicionaba como “*diferente*” a él y seguía hablando con la *voz de enferma*. En su última intervención, se posicionó como “*sola*” e “*incomprendida*” y posicionó a Amancio como el “*culpable*” de su problemática. Por tanto, en todo este fragmento la pareja utilizó un *modo narrativo reflexivo* a través del cual atribuía un significado propio a la depresión y con posiciones opuestas el uno del otro.

***Estrategias terapéuticas.***

**# Episodio Temático 6: Diferencias en la forma de ser de cada miembro de la pareja: Amancio tiene carácter fuerte y María tiene el carácter débil**

T: Me llama la atención porque, María, decías que te sientes incomprendida en la depresión. Pero por otro lado, también tú, Amancio, te sientes muy incomprendido en relación a la actividad

Amancio: Muy incomprendido, porque la actividad, no es porque ella haga más o haga menos, sino es decirle para que se mueva. Es una cosa para invitarla a moverse. Le digo “vamos a comprar”, si viene a comprar se tiene que mover. Ella no me comprende a mí

María: (Interrumpe) Yo aunque me mueva...

Amancio: (Sigue con el discurso) no para que vaya a comprar sino para que se mueva del sofá. Ella lo ve de otra forma, yo lo veo de esta. Si le digo “ven a comprar” la quito del sofá, pero ella se cree que yo lo hago por otro sentido. Y yo no, “vámonos” pero no para que venga conmigo sino para que se levante del sofá. Si sale a la calle no está en el sofá sentada, por eso lo hago yo, ella lo mira de otra forma. Yo lo hago de una forma y ella lo ve de otra, yo allí no puedo hacer nada. Si luego vas a otro sitio te quitas otra media hora y poquito a poco te vas habituando y te vas acostumbrando

María: No, acostumbrando no te puedes...

En el Episodio Temático 6, la intervención terapéutica, por primera vez en la sesión, fue dirigida a *centrar la conversación terapéutica en el momento presente* contribuyendo a que las *voces de ambos miembros de la pareja se sintieran escuchadas*. Teniendo en cuenta el discurso previo de la pareja en sesión, los posicionaba a ambos “*unidos*” en la incompreensión: María se sentía incomprendida en referencia a la depresión y Amancio se sentía incomprendido en base a la actividad diaria. De este modo, el terapeuta contribuyó a hablar sobre sentimientos y la pareja respondió refiriéndose a cómo cada uno se sentía, teniendo así un *modo narrativo interno*.

Los dos miembros de la pareja compartieron el posicionamiento de incomprendidos que les facilita el terapeuta, pero sin embargo, se situaron como “*no agentes activos de cambio*”; cada uno se percibía sin capacidad propia para conseguir una mejora en dicha incompreensión. Por tanto, ambos se posicionaban de tal forma que el cambio debía ser propiciado por el otro y no por uno mismo. En este fragmento fue especialmente Amancio quien tomó la palabra y en su discurso habló con *destinatarios con múltiples voces*, en otras palabras, hablaba al terapeuta pero se dirigía indirectamente a María, para posicionarse como “*diferente*” a ella e “*impotente*” al no saber cómo actuar en referencia a su inactividad.

En la última parte introdujo la *voz de experto* de María, con la que procuraba facilitar estrategias a María para superar su apatía. En su respuesta, María indicó que no estaba de acuerdo con las estrategias facilitadas por Amancio. Se produjo en este fragmento un *diálogo monológico*, sin una construcción del discurso producido entre los interlocutores, y mediante un *lenguaje indicativo*.

En la transcripción de los Episodios Temáticos de la primera sesión con *puntuaciones positivas en la dimensión de Compartir Propósito* (ET 8, 11) se seleccionaron fragmentos en los cuales: (1) Se mostraron las *voces* dominantes de la pareja; (2) se hizo explícito su *posicionamiento* opuesto; y (3) se presentaron las *estrategias del terapeuta* basadas en centrar la conversación en el momento presente, dirigir el discurso hacia ambos miembros de la pareja, posicionarlos como “unidos” y “agentes activos de cambio”, así como hablar con la voz del equipo terapéutico.

### ***Las voces predominantes en la pareja.***

#### **# Episodio Temático 8: Expectativas de la pareja hacia la terapia**

María: Sobretudo lo que me dicen, “tienes que salir más”. No gustarme estar tanto en casa, porque la casa me come a mí. Ya con eso ya me conformaría...

Amancio: Es que tiene que ver las cosas desde otra perspectiva, o sea, más positiva, simplemente desde otra perspectiva y ya está

María: Sí, sobre todo cuando me enfado con alguien, pues olvidarlo ¿Me entiendes? Enfadarme en este momento, pero no puedo, a mí me manda la cabeza. Como es la cabeza la que te manda pues como yo me disguste, pues tú no sabes el tiempo que me tiro ya mal, mala ¿Eh? Para mí es una enfermedad...

T: Sí, te entiendo, cuando te disgustas con alguien te quedas dándole vueltas

Amancio: Sí, la discusión de ella es más de una semana, más

María: ¿Más? Tú no lo sabes porque le explico poco (mirando a T)

Amancio: Pero más de una semana que estás... (Hace gesto con la mano de “dándole vueltas”)

María: (Interrumpe) Porque como a él eso no le entra la cabeza... (Hacia T) Si fuera una persona que él me entendiera a mí, pero a él no le entra lo que a mí me pasa. El problema está ahí, que él no me comprende

T: No entiende la forma en la que te lo tomas, la situación... (A María)

María: Le puede decir “no duermo” pero yo me pienso que él ni cae porque no duermo. Él ya sabe que me paso los días de mal humor, me decaigo, lo malo es la decadencia que tengo que no puedo con mi cuerpo, no puedo ya con el cuerpo, es una enfermedad. Y mi hija “no te lo tomes así, mamá, tienes que ser de otra manera”, que si esto que si lo otro...

En el comienzo del Episodio Temático 8, el terapeuta preguntó a la pareja sobre sus expectativas hacia la terapia. En la primera intervención de este fragmento, la paciente empezó a hablar con la *voz de otros*, en lugar de hablar con su propia voz, y se mostró de nuevo como “*no agente de cambio*” o como incapaz de promover cambios. En el momento en que Amancio empezó a hablar con la *voz de experto*, ella inició su habla con la *voz de enferma*. A continuación, la terapeuta, mediante un *modo narrativo reflexivo*, se centró en escuchar la *voz de enferma* de María y realizó una intervención dirigida exclusivamente a la paciente.

En momentos previos de este mismo Episodio Temático, el diálogo había sido *dialógico* y el lenguaje *simbólico*, la pareja se había posicionado como “*agente activo de cambio*” y habían hablado desde su propia voz. Sin embargo, después del fragmento mostrado, se retomaron las cualidades del diálogo que habían estado presentes en el conjunto de la sesión. El terapeuta *respondió a la voz de enferma de la paciente* y, a continuación, el diálogo entre los miembros de la pareja volvió a ser *monológico* y el lenguaje *indicativo*. María se posicionó entonces como “*incomprendida*” y posicionó a Amancio como “*culpable*”. También habló con *destinatarios con múltiples voces*, hacia el terapeuta pero dirigiéndose indirectamente al cónyuge, para reprocharle la falta de apoyo y comprensión que había recibido por su parte en referencia a la depresión. Para finalizar, habló desde la *voz de su hija* en lugar de hablar desde su propia voz.

### ***Posiciones de los miembros de la pareja.***

#### **# Episodio Temático 11: Devolución. Expresión de optimismo, empatía y compartir propósito por parte de los terapeutas**

T: Bueno, a mí me ha gustado, ella (refiriéndose a María) ha dicho que él era de otro planeta o algo así

María: Sí

T: Hay un libro que se llama “Los hombres son de Marte y las mujeres son de Venus” y a veces pasa, que unos intentamos dentro de nuestras posibilidades, de lo que podemos o sabemos hacer, intentamos que el otro adquiera nuestra manera o que hagan las cosas de una manera determinada. Y a veces nuestra manera, aunque vaya con la mejor voluntad, no ayuda a la otra persona, que era acerca de lo que él comentaba, acerca de la incompreensión. Como cada uno es de una manera...

María: Él es muy poco delicado ¿Entiendes? (Hacia T, ésta ríe). No, no, y además se lo digo, es muy poco delicado, es muy poco comunicativo, a mí me gusta hablar, tener una conversación porque me encanta, y yo jamás hablo con él en casa. Jamás hablamos. Por eso si voy a la piscina pues me siento más comprendida. Pero llego a casa y él dice “es que eres una chafardera”. Y no es eso, yo creo que hay matrimonios que tienes sus conversaciones...

Al inicio del Episodio Temático 11, el terapeuta había llevado a cabo la estrategia basada en *posicionar a la pareja como una unidad* y la pareja entonces había incorporado un *discurso dialógico* entre sí. Posteriormente, como se percibe en este fragmento, el terapeuta inició la intervención haciendo referencia al discurso previo de María que la posicionaba como “*diferente*” a Amancio. Por tanto, *respondió a la posición de “diferentes”* en que la pareja se situaba. Su intervención se centró, por un lado, en volver a posicionar a ambos cónyuges como “*diferentes*” y “*separados*”, y por el otro, en destacar una tendencia común que los dos tenían de intentar que el otro actuara según lo que cada uno consideraba que era apropiado. Esta intención existente en ellos les conllevaba a un sentimiento de incompreensión que ambos presentaban. Gran parte de la intervención de la terapeuta se realizó mediante un *modo narrativo reflexivo* e incluía *elementos simbólicos* en su lenguaje.

María se sintió destinataria y respondió adoptando una posición de “*no agente activo de cambio*”, es decir, no se presentaba con capacidad para dejar de ser completamente opuesta a su marido ya que sus diferencias venían dadas por factores externos en los que ella no podía influir. Como había sucedido a lo largo de la sesión, la mujer hablaba con *destinatarios con múltiples voces*; se dirigía al terapeuta para evaluar los problemas de comunicación de la pareja y su mensaje iba indirectamente dirigido a Amancio. A partir de este momento en sesión, los miembros de la pareja dejaron de establecer una conversación *dialógica* con lenguaje *simbólico* para iniciar así un *discurso monológico con lenguaje indicativo* que no permitía el establecimiento de un diálogo abierto y constructivo entre ellos.

***Estrategias terapéuticas.***

**# Episodio Temático 8: Expectativas de la pareja hacia la terapia**

T: Yo querría rescatar un algo que has dicho tú antes (dirigiéndose a María) un poco para centrar qué hacemos aquí, y era... “Yo ya vengo aquí” y me gustaría saber ¿Qué es lo que vosotros esperáis de venir aquí? ¿Qué esperáis los dos de estar aquí?

María: Yo estoy aquí por la Doctora, sino no sabía esto

T: Sí, pero has dicho algo como “a ver si me cambias un poquillo” (dirigiéndose a María), yo quiero saber qué es eso de cambiar ¿Qué es lo que tú esperas de todo esto?

María: Pues mira, no sé, tampoco te lo sé explicar

T: Sí, no sé ¿Qué cambio es ese del que tú hablas?

María: A mí me gustaría cambiar para ser de otra manera, pero él también tendría que cambiar otro poco...

Amancio: Todos tenemos que cambiar (...) Todo el mundo tenemos que cambiar, todo el mundo tenemos algo que no es bueno, yo no digo que aquí seamos dioses todos. Yo lo que quiero es que si ella puede recuperar el ánimo. Y yo pues si tengo que ser menos cabezón, pues seré menos cabezón

María: Ahora, a estas alturas ¿Te imaginas? Que ahora me llevara así... (Hacia T, hace un gesto con las manos simulando “llevarla en bandeja”)

T: Bueno ¿A ti qué te gustaría?

María: Pues ser más positiva, salir como, como... Yo que sé, no estar en mi casa tanto, pero claro, no me entra en la cabeza de salir

T: A lo mejor no es salir es lo que a ti te gustaría

María: Me gustaría ser de otra manera, no de la manera que soy

Amancio: Más positiva

María: Sí, exacto, más positiva

La intervención del terapeuta, a través de un *modo narrativo reflexivo* y con *lenguaje indicativo*, contribuyó a centrar la conversación en el *momento presente*. Al llevar a cabo dicha estrategia, su mensaje fue *dirigido a los dos cónyuges simultáneamente* y de esta forma favoreció que sus voces se sintieran escuchadas en referencia a sus expectativas hacia la terapia. Consecuentemente, el terapeuta posicionó a los dos miembros de la pareja como “*agentes activos de cambio*” y “*unidos*” en el compromiso por mejorar su relación. El terapeuta promovió la generación de un *discurso dialógico* planteando preguntas abiertas a los miembros de la pareja.

María respondió al terapeuta también mediante un *modo narrativo reflexivo* y adoptando una posición “*no agente activo de cambio*” en referencia a lo que esperaba conseguir de la terapia. Ante esta respuesta, el terapeuta en sus siguientes intervenciones se dirigió exclusivamente a la paciente, hablando con la *voz de ésta*, y procurando posicionarla de nuevo como “*agente activo de cambio*”. Sin embargo, la paciente en este fragmento no cambió su posición, y en su última intervención, habló con *destinatarios con múltiples voces*; se dirigió al terapeuta pero de forma indirecta pretendía que su mensaje fuera escuchado por Amancio.

Por primera vez en la sesión, en este Episodio Temático Amancio se posicionó como “*implicado*” y parte necesaria para lograr cambios positivos y mejorar su relación de pareja. Además, también aparecieron en su lenguaje *elementos simbólicos* y favoreció que a continuación se construyera una *conversación dialógica* con María; su intervención permitió que ella prosiguiera su discurso incorporando parte de lo que él había dicho previamente.

A continuación, el terapeuta volvió a centrar el discurso en el *momento presente* pero esta vez su destinataria fue sólo la paciente. Mediante sus intervenciones, el terapeuta posicionó a María como “*agente activo de cambio*” en terapia y con capacidad de cambio. Consecuentemente, María adoptó una posición ligeramente “*agente activo de cambio*” en la sesión y logró hablar desde su *propia voz* respecto a sus expectativas en terapia. En la última parte del fragmento se produjo una *conversación dialógica* entre ambos cónyuges en la que estaban de acuerdo en los objetivos terapéuticos que ambos querían lograr en referencia al estado anímico de la paciente.



### ***Estrategias terapéuticas (II).***

#### **# Episodio Temático 11: Devolución. Expresión de optimismo, empatía y compartir propósito por parte de los terapeutas**

T: Bueno, en general estuvimos conversando, y queríamos devolverle nuestra impresión de lo que ha sido esta primera entrevista. Por un lado, rescatamos y reconocemos que tú, María, no has tenido una vida fácil, que tienes estos bajones que te tiran a la cama muchas veces y que sin embargo a pesar de eso ya desde niña empezaste a buscar para ver la forma de salir adelante. Y de alguna forma estar aquí donde estás. Por otro lado, también nos damos cuenta que la situación de pareja en la que ustedes están a veces mutuamente se sienten incomprendidos. Por un lado, tú, María, sientes que Amancio no te comprende totalmente estos bajones. Y por otro lado, Amancio, quizás te gustaría que María comprendiera este lado de actividad, de salir hacer cosas. De compartir más juntos.

Amancio: Sí, salir más moverse más, que tenga más actividad. Yo no digo que trabaje más en casa, que haga más. Movimiento. Que sea más activa, que tenga otra perspectiva de ver las cosas. Hay que dar la importancia a las cosas, la que tienen y en el momento, pero ya está. No mañana, pasado, y al otro y al otro. Yo quisiera que ella fuera así, que saliera y que no se hundiera tanto.

T: Vale, y, por otro lado, rescatábamos la disposición de ambos para estar aquí. Por un lado, tú, María, que eso nos demuestra las ganas de salir adelante y, por otro lado, de parte tuya, Amancio, de ganas de apoyar también a María. Y que los dos salgan delante de estos bajones y de esta incompreensión como pareja

Al final del Episodio Temático 11, a través de un *modo narrativo reflexivo*, el discurso fue dirigido a María. De esta forma, escuchó su *voz de enferma* para así reconocer su sufrimiento, y asimismo, añadió una nueva *voz en ella de persona capaz* de superar por sí misma las adversidades. La incorporación de esta segunda voz posicionó a la mujer como “*agente activo de cambio*” y con capacidad para lograr el cambio. A continuación, el terapeuta se *dirigió a ambos miembros de la pareja simultáneamente* y los posicionó “*unidos*” al destacar el sentimiento de incompreensión que ambos compartían. Durante todo este discurso el terapeuta habló con la *voz del equipo terapéutico*.

Amancio se sintió destinatario de la intervención terapéutica y habló con la *voz de ayuda* de María; la aparición de esta voz en él conllevó que en su discurso se posicionara a la paciente como “*enferma*” y a él como “*no enfermo*”.

Seguidamente, el terapeuta *no respondió a la voz de figura de ayuda* de Amancio y prosiguió con su intervención anterior situando entonces la conversación terapéutica en el *momento presente*; destacó la motivación de los dos miembros de la pareja para asistir a terapia y colaborar en el proceso terapéutico, y por tanto, los posicionó como “*agentes activos de cambio*”. Después se dirigió a María para

posicionarla como “*motivada*” para el cambio y para mejorar su situación, mientras que después se dirigió a Amancio para posicionarlo como “*figura de apoyo*”. Finalmente, posicionó a la pareja como “*unida*” por el sentimiento de incompreensión que ambos presentaban y como “*capaces*” de salir adelante en su relación. La intervención del terapeuta promovió, a diferencia de Episodios Temáticos previos en la sesión, un *discurso dialógico* en la pareja.

### ***Análisis a nivel micro de la última sesión del caso con bajo ajuste diádico.***

En la transcripción de los Episodios Temáticos de la última sesión con *puntuaciones negativas en la dimensión de Compartir Propósito* (ET 7, 9) se seleccionaron fragmentos en los cuales: (1) Se mostraron las *voces* predominantes en la pareja; (2) Se hizo explícita la posición de los miembros de la pareja en referencia a la problemática de pareja; y (3) Se presentó la *estrategia del terapeuta* basada en intentar posicionar a la paciente como “*agente activo de cambio*”.

### ***Voces predominantes en la pareja.***

#### **# Episodio Temático 7: Necesidad de María que Amancio le reconozca lo que ella ha llegado a pasar con su Familia de Origen por no defenderla**

María: Tampoco era nada del otro mundo, decir “pues sí, no he sabido defender a la mama” (reproduciendo palabras de Amancio hacia su hija)

T: María, esto es lo que hablábamos en su momento, tú sentiste que él no te defendió, él piensa que lo hizo a su manera, pero se suponía que todo aquello para ti ya había quedado olvidado ¿No?

María: Sí, pero mira, yo a lo mejor es que soy muy torpe para entender estas cosas o... ¿Sabes lo que me pasa a mí? Es que quiero al menos que me reconozca lo que he llegado a pasar, él ha visto que he pasado mucho con él, y que me reconozca que he pasado las de Caín con él.

T: Pero él te lo reconoció aquí (María niega con la cabeza). Pero no te vale

María: No, no me vale. No le costaba nada decir a su hija...

T: ¿Pero por qué tenía que decírselo a su hija?

María: Pero es que tampoco me lo ha dicho nunca a mí (alzando la voz hacia T)

T: Pero te lo acaba de decir

María: Ahora delante vuestro

T: Bueno, pero te lo ha dicho (...) Mi duda es ¿Por qué se lo tiene que reconocer a la hija? ¿Por qué a ella? ¿Por qué no vale lo que ha podido reconocerte a ti? ¿Por qué no vale lo que hemos trabajado aquí? Por qué no vale lo que te ha explicado él...

Durante el Episodio Temático 7, la conversación terapéutica se centró en la necesidad de María de que Amancio le reconociera el sufrimiento que le hizo pasar en el trato con su familia de origen. La primera intervención de María en este fragmento, mediante un *modo narrativo reflexivo*, tuvo *destinatarios con múltiples voces*; hablaba a la terapeuta pero, sin embargo, se estaba dirigiendo indirectamente a Amancio para que éste escuchara lo que a ella le hubiera gustado que le dijera a su hija. Para expresar este mensaje María habló con la *voz de Amancio* y se posicionó como “*sufridora*”, mientras que posicionó a Amancio como el “*culpable*” de su sufrimiento.

Por su parte, el terapeuta utilizó la estrategia de escuchar *la voz de Amancio* y *después la voz de María individualmente*, es decir, sin propiciar la búsqueda de un punto en común entre estas dos voces. En primer lugar, recuperó el reconocimiento hecho por Amancio en momentos previos de la sesión en relación al sufrimiento de su mujer, y en segundo lugar, escuchó la voz de la paciente para incentivar que ella valorara el reconocimiento realizado por Amancio. Sin embargo, María llevó a cabo un *discurso monológico* tras la intervención terapéutica basada en escuchar su voz a nivel individual. Por tanto, el terapeuta no posicionó a la pareja como “*unida*” en la capacidad de trabajar en equipo para superar el sufrimiento que presentaban.

El terapeuta centró la *conversación en el momento presente* al gestionar la elevada conflictiva conyugal presente en el Episodio Temático. En este fragmento se percibe la dificultad de construir un diálogo abierto y constructivo, y por tanto, se valoró como un *discurso monológico* con la presencia de un *lenguaje indicativo*.

***Posiciones de los miembros de la pareja.***

**# Episodio Temático 7: Necesidad de María que Amancio le reconozca lo que ella ha llegado a pasar con su Familia de Origen por no defenderla**

T: Amancio ¿Tú reconoces lo que ha pasado María?

Amancio: Yo lo reconozco, claro

T: ¿Tú reconoces que ella lo ha pasado mal en la relación muchas veces por ti?

Amancio: Sí, pero es que ella tiene que estar todos los días con la misma cantinela

T: ¿Tú reconoces que te has equivocado?

Amancio: Hay cosas en las que me he equivocado con ella

T: ¿Reconoces que no la has defendido?

Amancio: Sí

María: Él nunca me ha defendido

(...)

T: Y María, ¿Qué te haría falta ti para solucionar el tema?

María: No, no, no, no tengo ya, no tengo ya nada. A mí me son indiferentes, pero es que quiero que reconozca que en 35 años que va hacer que nos hemos casado él que jamás me ha defendido, que me he visto más sola que la una, y por sus narices he tenido que hacer lo que le ha dado la gana a él y yo ser una sumisa, calladita y todo el mundo tomándome el pelo...

En un posterior momento del Episodio Temático 7, se produjo una *conversación monológica con lenguaje indicativo* entre el terapeuta y Amancio. En esta conversación, el terapeuta recuperó el discurso de la paciente en el que había expresado su sufrimiento por no haberse sentido protegida por Amancio ante su familia de origen. Por tanto, mediante sus preguntas estimuló a que Amancio reconociera algo que María había explicitado necesitar previamente en sesión, y como resultado, hizo que *la voz de la paciente se sintiera escuchada*. El discurso del terapeuta tuvo *destinatarios con múltiples voces* a través del que se dirigió a Amancio pero se refirió indirectamente a María. Por su parte, Amancio habló también con *destinatarios con múltiples voces* al responder a las preguntas del terapeuta que se referían indirectamente a María.

A continuación, el terapeuta centró la *conversación en el momento presente* y se dirigió a María como destinataria directa. En la última intervención del terapeuta, preguntó a María qué necesitaría ella que sucediera para solucionar ese conflicto, y por

tanto, volvió a hacer que su voz se sintiera escuchada. Esta intervención posicionó a la paciente como “*agente activo de cambio*” individualmente aunque la pareja no se posicionó como un equipo capaz de mejorar su situación ni estableció un discurso dialógico entre sí. Tras que el terapeuta se hubiera centrado durante gran parte de esta sesión en escuchar su voz, María realizó un *discurso monológico* en el que ella se seguía posicionando como la “*no defendida*”, mientras que posicionaba a Amancio como el “*responsable*”.

### ***Posiciones de los miembros de la pareja (II).***

#### **# Episodio Temático 9: El terapeuta introduce optimismo ante el hecho que Amancio sea ahora capaz de ver lo mal que se comporta su Familia de Origen con otras personas**

María: Vale, pero yo he estado enferma, acostada todos los santos días y a mí jamás me ha preguntado “¿Qué te pasa, María?” Yo no tenía ganas de llevar a mis hijos al colegio y a mí jamás en la vida...

Amancio: María, según como estabas tumbada eso hubiera sido una discusión, preguntarte a ti a veces era una discusión

María: (Suspira) No, no me pondré nunca de acuerdo con él. Pero qué bueno me da igual ya

Amancio: Es un comentario, según qué cosas comentarlo contigo era una discusión

María: (Mirando a T) Nada más con que dijera “sí, María, me he portado fatal contigo, estoy arrepentido” es que eso no cuesta nada, que él cree que para él cuesta, pues vale, pues no lo diga y ya está, si a mí me da igual

Amancio: ¿Pero no te lo he dicho ya? ¿No te lo he dicho?

T: Lo acaba de decir María, que se equivocó en muchas cosas, de las cuales está arrepentido

Amancio: Hay muchas cosas en las que me he equivocado

María: ¿Tú no crees que a mí me gustaría que me hubiese defendido? Que jamás en la vida nadie me ha defendido en esta vida

T: Sí, sí nos quedó claro, y te lo está diciendo ahora (...) Pero yo creo que esto ya lo hemos hablado también y tiene que ver con tu funcionamiento de la exigencia, de nunca es suficiente. De que la casa ya estaba terminada, pero había que mirar la cocina, de que la casa estaba no sé qué, pero... Y estas cosas habría que... Bueno ahora que vas a tener un espacio para ti, trabajarlas más. En ese sentido. Hombre, Amancio por supuesto que esté atento a la manera en la que te dice las cosas

En el Episodio Temático 9, María prosiguió con un *diálogo monológico* con *múltiples voces*; se dirigió al terapeuta pero hizo referencia indirecta a Amancio para valorar el poco apoyo recibido por su parte en referencia a la depresión. Asimismo, habló con la *voz de Amancio* para explicitar el mensaje de reconocimiento por el

sufrimiento vivido que le hubiera gustado recibir de él. Durante estas intervenciones, se posicionó como “*enferma*” y como “*no agente activo de cambio*”.

A partir de este momento, la conversación se dirigió exclusivamente hacia María *respondiendo a la problemática de pareja*. La terapeuta intervino para ubicar la *conversación en el momento presente* al recuperar el mensaje que el cónyuge acababa de decirle en sesión a la paciente. Al hacerlo, le posicionó como “*arrepentido*” de haberle provocado sufrimiento. Ante esta intervención, Amancio respondió aceptando la posición de “*arrepentido*” en que le había colocado el terapeuta. La paciente se posicionó entonces como “*no defendida*” y colocó al mundo como “*responsable*” de su sufrimiento.

El terapeuta, al final de este fragmento, volvió a intervenir para posicionar a ambos miembros de la pareja como “*agentes activos de cambio*”. Sin embargo, la pareja no fue posicionada entonces como “*unida*” en su responsabilidad de mejorar; el terapeuta explicitó cuáles eran las responsabilidades que cada cónyuge tenía individualmente para mejorar su relación, pero en cambio, la pareja no estableció unos compromisos comunes para encontrarse mejor. Amancio respondió para posicionar a María como “*exigente*” y a él mismo como “*exigido*”. Por primera vez en todo el Episodio Temático, la pareja estableció en ese momento una conversación dirigiéndose al otro como *destinatario directo*.

### ***Estrategias terapéuticas.***

**# Episodio Temático 9: El terapeuta introduce optimismo ante el hecho que Amancio sea ahora capaz de ver lo mal que se comporta su Familia de Origen con otras personas**

T: Yo me quedaría con eso, qué bueno que ahora podáis comentar estas cosas, qué bueno que a lo mejor en un momento dado se le quitó importancia a comportamientos de menganito y ahora que se vea que menganito siempre ha sido así. Pero yo me quedaría..., no desvalorarlo, no quitarle el valor. Él (refiriéndose a Amancio) se queja ahora, porque le toca de un lado, pero no vamos a ponerle el “pero”...

María: Vale, de un lado, pero yo no he sido nada para él

T: Yo no creo eso, María, no sé qué piensa Amancio

María: Que piense lo que quiera

Amancio: Siempre es lo mismo... Si ella cree eso, no hubiera estado con ella

María: Y los años que he estado yo contigo...

Amancio: Si no me hubieras interesado no hubiera estado contigo

El Episodio Temático 9 se inició con una intervención terapéutica *dirigida a los dos miembros de la pareja simultáneamente* y basada en posicionarlos como “*agentes activos de cambio*” y “*unidos*” en la capacidad que en aquel momento tenían de comunicarse entre ellos. Además, en un instante habló con la *voz de María* para reproducir parte del discurso que la paciente había tenido en momentos previos de la sesión. Después hizo que la *voz de Amancio se sintiera escuchada* al recuperar las quejas que él había expresado durante la sesión.

En su respuesta, María tuvo *destinatarios con múltiples voces* ya que se dirigió al terapeuta pero indirectamente reprochó a Amancio la poca valoración que había recibido de él. El terapeuta *respondió a la voz de no valorada* de la paciente, la cual había estado presente en varios momentos de la sesión. Para hacerlo, realizó una *intervención con destinatarios con múltiples voces*, respondiendo a la paciente pero preguntando indirectamente a Amancio sobre lo que opinaba acerca de ese tema. En este momento, la pareja inició un *discurso monológico* y habló con *destinatarios con múltiples voces* a través de recriminaciones, en los que se dirigían al terapeuta, aunque el mensaje se refería al otro cónyuge. Finalmente, Amancio se sintió receptor de los mensajes de María y se dirigió a ésta como destinataria directa. La pareja habló con *lenguaje indicativo* y mediante un *modo narrativo reflexivo*, a través del cual realizó una evaluación sobre su relación con el otro cónyuge.

En la transcripción de los Episodios Temáticos de la última sesión con *puntuaciones positivas en la dimensión de Compartir Propósito* (ET 5, 10) se seleccionaron fragmentos en los cuales: (1) Se mostraron las *voces* dominantes de la pareja; (2) Se hicieron explícitas sus *posiciones*; y (3) Se presentaron las *estrategias del terapeuta* basadas hablar con la voz del equipo terapéutico, con destinatarios con múltiples voces, así como posicionar a los miembros de la pareja como “*unidos*” y “*agentes activos de cambio*”.

***Voces predominantes en la pareja.***

**# Episodio Temático 10: Devolución. Intervención del terapeuta para reconocer que Amancio no defendió a María en los momentos en los que lo necesitaba y él confirma**

T: Amancio, lo que sí que es cierto es que tú la tendrías que haber defendido en el momento en el que lo necesitaba. Y que tú tendrías que haber hecho cosas por ella en el momento en el que lo necesitaba. Y no las hiciste

Amancio: Y no las hice

T: Y eso es cierto, es cierto

Amancio: Sí, es cierto

T: Y eso no se lo puede quitar nadie a ella (...) Que a ti te han faltado cosas durante 35 años eso no te lo puede quitar nadie (a María) y él te ha dicho que lo reconoce. Tú has reconocido que puede haber cosas que le han faltado a ella (A Amancio)

Amancio: Que le han faltado, sí, sí (Mira a María, pero ella mira al frente)

T: Pero, vamos a no quitarle valor al reconocimiento que él está haciendo

María: Pero si te voy a decir una cosa, y se lo digo a mucha gente (dirigiéndose a T)

T: ¿Se lo dices a él también?

Amancio: No, a mí no

María: ¿Que ha cambiado? Pues casi casi el 100%. Ha cambiado una barbaridad

T: Pues vamos a no teñir de negro ese cambio, María, vamos a no teñirlo de negro

María: No, no si no lo voy a teñir de negro. Pero cuando te vienen cosas a la cabeza, la cabeza es libre de pensar

T: Ajá, claro, claro

María: Es verdad, la cabeza es libre. Yo hay muchas veces que no quiero pensar, intento... Pero hay personas que a mí me dicen "pues anda que no era tu marido...", y yo le digo "pues ahora es un cielo"

En el Episodio Temático 10, el terapeuta intervino a modo de devolución para posicionar a Amancio como "*agente activo de cambio*" a través de responsabilizarlo del sufrimiento de María por no haberla defendido. Por tanto, contribuyó a que la *voz de sufridora* de la mujer, la cual había estado presente en varios momentos de la sesión, se sintiera escuchada. Sus intervenciones iniciales tuvieron *destinatarios con múltiples voces*, ya que iban dirigidas a Amancio pero también incluyeron a María como destinataria indirecta; permitieron que la paciente escuchara cómo Amancio reconocía el sufrimiento que ella había vivido. A continuación, el terapeuta también escuchó la



*voz de reconocedor* de Amancio, al recuperar el discurso que el hombre había realizado para mostrarse comprensivo en referencia al sufrimiento de María.

Amancio habló entonces con *destinatarios con múltiples voces*, es decir, respondió a la terapeuta pero indirectamente se refirió a María para propiciar que la *voz de sufridora* de la paciente se sintiera escuchada. Después el terapeuta intervino para propiciar que fuera entonces María quien escuchara la *voz de reconocedor* de Amancio, y por tanto, valorara el cambio de actitud que éste había realizado a lo largo del proceso terapéutico. Sin embargo, María a través de sus intervenciones reconoció el cambio realizado por Amancio, pero lo hizo con *voz de evaluadora* de su pareja y sin posicionarse a ella misma o a Amancio como “*agentes activos de cambio*”; en su discurso utilizó un *lenguaje indicativo* centrado en el cambio externo logrado en el proceso terapéutico, es decir, realizó una descripción del cambio producido pero lo hizo sin emoción ni reflexión. La paciente no logró hablar con el cónyuge como destinatario directo para reconocerle los cambios conseguidos.

En su siguiente intervención, el terapeuta introdujo en su lenguaje un *elemento simbólico* en referencia a la importancia de valorar el cambio realizado por Amancio a través de la terapia. A partir de entonces, María respondió posicionándose a sí misma como “*no agente activo de cambio*”. En cambio, el terapeuta intentó en sus últimas intervenciones que María reconociera el cambio que Amancio había realizado *centrando la conversación en el momento presente*, contribuyendo así a que la paciente adoptara una posición de “*agente activo de cambio*”. Dicho objetivo no fue logrado por el terapeuta, y María, en su explicación sobre los cambios realizados por Amancio en los últimos meses de su relación, habló con la *voz de los otros en mí* en lugar de hablar con su propia voz.

### ***Posiciones de la pareja.***

**# Episodio Temático 10: Devolución. Intervención del terapeuta para reconocer que Amancio no defendió a María en los momentos en los que lo necesitaba y él confirma**

T: Y el valor de haber aguantado durante 35 años no te lo va a quitar nadie (A María) igual que a él no le va a quitar el valor de haber reconocido aquí que no lo ha hecho bien, eso no te lo va a quitar nadie (A Amancio). El hecho de que él ahora haya cambiado no te lo va a quitar nadie lo que has pasado, pero vamos a reconocer lo que hay ahora... (Dirigiéndose de nuevo a María)

María: Sí, claro, claro, sí, sí no es el mismo. Si es un cielo

Amancio: Tampoco soy un santo

T: Bueno, hay cosas que no funciona como en todas las parejas pero nosotros sí hemos visto mucho cambio y nosotros sí que creemos que se han conseguido muchas cosas

María: Pero escúchame, muchas, muchísimas

T: Y creo que habéis trabajado muy bien y volver al pasado es quitarle el valor a lo que habéis conseguido y lleváis un año trabajando duro los dos, es vuestro mérito y lo tenéis que reconocer. Tenéis que reconocer que lo habéis conseguido los dos, los dos juntos

María: Bueno, y vosotros mucho

T: Nosotros hemos acompañado, pero habéis conseguido juntos muchas cosas, María

Amancio: No, pero la habéis ayudado

En el Episodio Temático 10, el terapeuta realizó el cierre de la sesión mediante una intervención que contribuía a que tanto la *voz de sufridora* de María como la *voz de reconecedor* de Amancio del sufrimiento provocado se sintieran escuchadas. Tuvo *destinatarios con múltiples voces*, al hablar con María y dirigirse a Amancio como destinatario indirecto, y viceversa posteriormente. Además, a través de un *modo narrativo reflexivo*, centró la *conversación en el momento presente* para propiciar que María valorara positivamente el cambio realizado por Amancio a través de la terapia. Mediante sus intervenciones, logró que la pareja estableciera entre sí un *discurso dialógico*, en otras palabras, que la persona hablara incluyendo aquello que se había dicho previamente y terminara con una intervención abierta.

En las siguientes intervenciones, el terapeuta habló con la *voz del equipo terapéutico* y éstas fueron *dirigidas a ambos miembros de la pareja simultáneamente* con el fin de posicionarlos como “*unidos*” en el proceso terapéutico y como “*agentes activos de cambio*” en la terapia. Así *respondió a los cambios realizados por los dos miembros de la pareja*. No obstante, la posterior intervención tanto de María como de

Amancio posicionó a la pareja como “*no agentes activos de cambio*”, y en cambio, a los terapeutas como “*agentes activos de cambio*” o responsables de la recuperación.

***Estrategias terapéuticas.***

**# Episodio Temático 5: Cambios logrados en la pareja a través de la terapia, mencionados por el terapeuta**

T: Estamos muy contentos y también con el equipo comentamos de los cambios que hemos visto en vosotros. De cómo en un principio discutían en la sesión, se sentaban incluso más separados y poco a poco las sillas como que se fueron aproximando y desarrollaron en el fondo otra manera de relacionarse, mucho más empática, poniéndose cada uno en el lugar del otro. Y Amancio también, está mucho más atento, mucho más cariñoso en la forma de tratarte y eso te ha ido muy bien a ti (María asiente) ¿Amancio, a ti qué te parece, que te has quedado muy callado? ¿Qué estás pensando?

Amancio: No, nada, todo lo que sea por el bien de ella, mejor (Sonríe)

María: ¿Pero luego tendré que ir yo sola? (Refiriéndose a la propuesta que antes los terapeutas le han comentado de iniciar un proceso de psicoterapéutico individual)

T: ¿En la individual? Sí

Amancio: No te va a comer nadie, mujer

María: Cuando voy a la psiquiatra voy sola, ya no tendrás que pedir permiso (Ambos se ríen)

T: Yo creo que a él no le ha disgustado tanto venir ¿A ti te ha disgustado?

Amancio: A mí no me ha disgustado venir

En momentos previos al Episodio Temático 5, la conversación terapéutica se centró en el planteamiento hecho por el terapeuta de finalizar la terapia de pareja e iniciar un trabajo psicoterapéutico individual por parte de María. En la primera intervención de este fragmento, el terapeuta inició su discurso hablando con un *modo narrativo interno* y con la *voz del equipo terapéutico*, de tal forma que se *dirigió a ambos miembros de la pareja simultáneamente*.

A continuación, adoptó un habla con un *modo narrativo reflexivo* e introdujo *elementos simbólicos* en su lenguaje. Entonces se dirigió a María para explicitar los cambios positivos que Amancio había realizado en su forma de relacionarse con ella, y así posicionar al cónyuge como “*implicado*” en el proceso terapéutico y a ella como “*recuperada*”. Esta intervención tuvo *destinatarios con múltiples voces*; habló con María pero indirectamente incluyó a Amancio como destinatario indirecto. Para finalizar esta primera intervención, el terapeuta centró su *conversación en el momento*

*presente* para dirigirse a Amancio y *escuchar su voz*. Además, promovió un *discurso dialógico* en la pareja.

Amancio respondió al terapeuta con un *modo narrativo externo* y posicionado como “*no agente activo de cambio*”, es decir, sin incluirse en la responsabilidad del cambio que la pareja había hecho y que fue mencionado por el terapeuta. En cambio, María se posicionó en referencia a la futura psicoterapia individual que le había propuesto el terapeuta como “*capaz*”. A continuación, realizó una pregunta directamente dirigida a Amancio para hacer que su voz se sintiera escuchada.

### ***Estrategias terapéuticas (II).***

**# Episodio Temático 5: Cambios logrados en la pareja a través de la terapia, mencionados por el terapeuta**

T: ¿Cuáles serían según vosotros vuestros talones de Aquiles, de ambos, de ahora en adelante como pareja?

Amancio: Bueno, pues portarme lo más mejor posible

María: Arrodiálate y júralo (Bromeando)

Amancio: Yo trataré, haré todo el esfuerzo que quieras pero no quiero juramento, no me gusta

(...)

Terapeuta: Tú dices que intentarás ¿No?

Amancio: Sí

María: Y yo también

T: Y tú también. Claro, en realidad un poco depende de cada uno, por ejemplo, hay parte de tu bienestar, María, que depende sólo y exclusivamente de ti. Él te puede acompañar pero hay cosas que dependen de ti

Amancio: Hay cosas de ella que yo no puedo...

María: Sí, ya me lo dicen que como no ponga yo de mi parte, no...

T: Bueno, Amancio, a lo mejor, lo que sí que tienes que calibrar un poco es recordarle que hay alternativas posibles, recordarle que tú estás ahí para lo que necesite. A lo mejor no mostrarle tú alternativa como la única. Recuerda que pasaba a veces que “María” (gritando, reproduciendo sus palabras) o te ponías más nervioso o así...

En una fase más avanzada del Episodio Temático 5, el terapeuta inició su discurso a través de un *modo narrativo reflexivo* y con *elementos simbólicos* en el lenguaje. Con su pregunta contribuyó a generar una *conversación dialógica* entre los

miembros de la pareja. Se dirigió a *ambos cónyuges simultáneamente* para así posicionarlos como “*agentes activos de cambio*” y concedores de sus puntos débiles. En su respuesta, Amancio se posicionó como “*implicado*” en el cambio, y a su vez, presentó *destinatarios con múltiples voces*, debido a que se dirigía al terapeuta pero se refería indirectamente a María. Este hecho conllevó a que fuera María quien respondiera.

A continuación, el terapeuta, a través de su pregunta *reflexiva*, se dirigió a Amancio y *respondió a su posición “implicada”* en la mejora. Dicha intervención tuvo *destinatarios con múltiples voces*; iba dirigida a Amancio para que se comprometiera al cambio pero se refería indirectamente a María para que ella también lo escuchara. Ante la respuesta afirmativa de Amancio, María también se posicionó como “*agente activo de cambio*”.

En la última parte del fragmento, el terapeuta se dirigió entonces a María para posicionarla como “*responsable*” de su bienestar, mientras que Amancio fue posicionado como “*acompañante*” del proceso. Ante este comentario del terapeuta, Amancio se posicionó como “*no agente activo de cambio*” o no responsable del bienestar de María mientras que ella se posicionó como “*responsable*”. En ese momento, el terapeuta se dirigió entonces a Amancio con la intención de mencionar la importancia de su implicación en el bienestar de María. Por tanto, el terapeuta dedicó recursos para posicionar a Amancio como “*figura de apoyo*”.

#### **7.3.4.3 Análisis micro del caso con alto ajuste diádico.**

A continuación se realizó la exploración a un nivel micro-analítico del caso con un alto nivel de ajuste diádico: (a) en la primera sesión se identificaron las *posiciones y voces* con las que la pareja inició la terapia con la finalidad de detectar cualidades dialógicas que podrían considerarse ilustrativas de un caso que presenta una percepción positiva de la calidad de su relación de pareja, y que por tanto, tiene pronóstico de buen resultado; (b) en la última sesión, se identificaron de nuevo dichas *posiciones y voces* para comprobar si éstas se habían modificado a través de las intervenciones terapéuticas; y (c) en la primera y última sesión se examinaron las *estrategias terapéuticas* con el propósito de mostrar aquellas que fueron útiles para promover cambio en terapia, y que por tanto, resultaron eficaces para el resultado final. De este

modo, estos tres componentes analizados se exploraron en función de la dimensión de Compartir Propósito.

Se seleccionaron para cada sesión los dos Episodios Temáticos en que la pareja había puntuado una mayor frecuencia de **indicadores positivos de Compartir Propósito**, los cuales a la vez permitían ilustrar las cualidades dialógicas prevalentes en el caso. Se seleccionaron algunos fragmentos de la transcripción de estos Episodios Temáticos escogidos para el análisis a un nivel micro (ver Tabla 32).

Tabla 32.

*Título de los Episodios Temáticos escogidos para el análisis micro del caso con alto ajuste diádico, en función de la dimensión Compartir Propósito*

Sesión	ET	Título
Primera	6	Origen de la depresión: Problemas físicos de espalda y fallecimiento de la madre de la paciente vivido como una responsabilidad
	11	Balance de la relación de pareja: Parte positiva (conocerse el uno al otro) VS. Parte negativa (dar cosas por sabidas de lo que se dice). Planteamiento de la terapia como lugar donde aprender elementos enriquecedores para la pareja
Última	3	Relación terapéutica: Tristeza por dejar de ver a los terapeutas VS. Alegría por la mejoría. Mención de los cambios logrados por la pareja en la terapia
	7	Equilibrio entre: Cuidado por parte de David por el estado físico de Isabel (provoca agobio en ella) VS. Seguir haciendo actividades que forman parte de la identidad de la paciente

*Nota. CP (Compartir Propósito); ET (Episodio Temático)*

### ***Análisis a nivel micro de la primera sesión del caso con alto ajuste diádico.***

En la transcripción de los Episodios Temáticos de la primera sesión con *puntuaciones positivas en la dimensión de Compartir Propósito* (ET 6, 11) se seleccionaron fragmentos en los que: (1) Se mostraron las *voces* predominantes en la pareja; (2) Se presentó la *posición* de los miembros de la pareja en referencia a la depresión y a la relación de pareja; y (3) Se presentó la *estrategia terapéutica* basada en hablar con la voz del equipo terapéutico, dirigirse a los dos miembros de la pareja, posicionarlos como “unidos” y “agentes activos de cambio” y centrar el discurso en el momento presente.

***Voces predominantes en la pareja.***

**# Episodio Temático 6: Origen de la depresión. Problemas físicos de espalda y fallecimiento de la madre de la paciente vivido como una responsabilidad**

David: Pero bueno, los padres presentes... Desde mi perspectiva de observador, ya que estoy al lado de ella, y de observador, claro, hay una primera fase que se produce pues 15 años a raíz de este accidente que tiene con su espalda y del que no se ha recuperado ni se recuperará

Isabel: No, eso es progresivo además

David: Y tiene que tomar un montón de pastillas porque tiene dolores continuamente

Isabel: Cada mediodía y cada noche

David: Y cada mañana toma un cóctel de pastillas porque tiene Isabel continuamente... Y tenemos un traumatólogo que es una persona que dice “oye, contra el dolor, pastillas, y es que no hay otra cosa”

David: Ese es el principio, allí está tocada, ya

Isabel: Sí, allí está el principal porque me siento cada vez más torpe

David: Y luego...

Isabel: Estoy cada vez más torpe y eso... Dices “qué inútil que te vas haciendo ¿No?”

En momentos previos al Episodio Temático 6, la conversación terapéutica estuvo centrada en la exploración del problema en el momento actual. En este fragmento, David utilizó un *modo narrativo externo* para referirse a la problemática a la que se afrontaba Isabel; describió el origen de la depresión de su mujer a través de hechos que habían sucedido a lo largo de los años pero lo hizo sin atribuir un significado personal a lo explicado. En todas sus intervenciones, el hombre habló con la *voz de observador*. Desde momentos tempranos en la sesión y como sucedió en este fragmento, David incluyó en su lenguaje *elementos simbólicos*.

Por su parte, Isabel habló con la *voz de enferma*, y con un *modo narrativo reflexivo*, explicó cómo le hizo sentir a ella su situación. Se pudo observar cómo ambos cónyuges llevaban a cabo una conversación co-construida entre ellos de forma *dialógica*, ya que sus intervenciones incluyeron o tenían en cuenta lo que se había dicho previamente y terminaron de un modo abierto para que el otro pudiera añadir información.

***Posiciones de la pareja.***

**# Episodio Temático 6: Origen de la depresión. Problemas físicos de espalda y fallecimiento de la madre de la paciente vivido como una responsabilidad**

David: Y luego qué pasa ¿No? Y luego la cosa se complica con su madre. Se complica a raíz de la muerte de su madre, donde yo creo ¿Eh? Mi opinión de observador, que ella lo ve como una responsabilidad

Isabel: Sí, es que es ¿No?

David: Bueno, es una responsabilidad, pero que se ha muerto porque se tenía que morir y tenía 93 años

Isabel: Yo creo que era mi responsabilidad cuidar a mi madre

David: Porque yo algún día, a veces en broma decía “oye, esta señora algún día se tendrá que morir con 93 años”. Como espectador... Porque oye, la gente nacemos, vivimos y morimos

Isabel: Bueno, pero me sentía que tenía la responsabilidad, era mi madre...

David: Pero si ella estaba haciendo bien, pero yo intentaba desde mi postura externa... La ayuda que yo le podía prestar, es decir, tú estás haciendo todo lo que puedes, no puedes hacer nada más

Isabel: Bueno, pero siempre tienes la sensación que no has hecho lo que tenías que hacer, a mí siempre me ha quedado esa duda

En un fragmento más avanzado del Episodio Temático 6, David empezó a hablar mediante un *modo narrativo reflexivo*; su voz comportaba que él mismo se presentara como externo al problema pero esta vez realizaba una evaluación subjetiva sobre aquello de lo que estaba hablando.

En su primera intervención, David ya no sólo hablaba con *voz del observador*, sino que él mismo se posicionaba como tal, y por tanto, lo hizo en referencia a Isabel. A partir de este momento en el Episodio Temático, David se posicionó como “*observador*” del problema, por tanto como “*no agente de cambio*”, y posicionó a Isabel como la “*implicada*” en el problema. Tal y como se percibió en las intervenciones de Isabel, mediante un *modo narrativo reflexivo*, ella aceptó la posición en que su marido la situaba. Finalmente, se pudo comprobar cómo se produjo una negociación de significados, de *forma dialógica*, dando voz a que el otro cónyuge opinara sobre lo que se estaba hablando. A diferencia de otros fragmentos de este Episodio Temático, el lenguaje en este caso fue *indicativo*, ya que no existían elementos simbólicos a los que la pareja se refiriera en su discurso.



***Posiciones de la pareja (II).***

**# Episodio Temático 11: Balance de la relación de pareja: Parte positiva (conocerse el uno al otro) VS. Parte negativa (dar cosas por sabidas de lo que se dice). Planteamiento de la terapia como lugar donde aprender elementos enriquecedores para la pareja**

T: Sí, de verdad que consideramos que van a salir muchas cosas, para vosotros sobretodo, muy positivas

Isabel: Pues me alegro

David: Sí. Quizás a estas alturas del matrimonio, con tantos años y tal, pues que aun podamos descubrir cosas y que sean positivas...

Isabel: Pues es bonito, y que sean positivas

David: Y que nos aporten... Pues bueno, que nosotros no vamos a cambiar nuestra idea de que nuestras vidas tienen que ser juntas, hasta que Dios ponga fin. O la existencia, o lo que sea, que es ley de vida. Pero bueno, nunca nos hemos planteado estar el uno sin el otro... Tampoco negaremos que en nuestro matrimonio problemas difíciles, difíciles...

Isabel: Nunca. Si ha habido...

David: Ha habido algún chispazo...

Isabel: Si ha habido algún chispazo ha sido por ajenos. Por mi hermana, por la parte de mi hermana, por la parte de su madre y hermana. O sea que... Siempre ha habido, si ha habido ha sido siempre ajeno

David: Tengo una hermana que tampoco está en los altares precisamente. Pero bueno, lo normal. Pero nosotros siempre...

T: Y os habéis mantenido vosotros unidos

En momentos previos al Episodio Temático 11, la conversación terapéutica se centró en la problemática de la hermana de la paciente que le generaba angustia. Las intervenciones terapéuticas antes de este fragmento fueron realizadas, a través de un *modo narrativo reflexivo*, con la *voz de ambos terapeutas* y fueron *dirigidas a los dos miembros de la pareja*. Con dichas intervenciones, el terapeuta posicionó a la pareja como “*unida*” y como “*agente activo de cambio*”.

En fragmentos anteriores a este Episodio Temático, Isabel estuvo de acuerdo con la posición “*unida*” en que el terapeuta situó a la pareja. Después de que fuera así, en este fragmento se comprueba cómo es David quien posicionó a la pareja como “*unida*”. A través de un *modo narrativo reflexivo* e introduciendo en su lenguaje *elementos simbólicos*, David habló con *su propia voz* y la *voz de su mujer*, y asimismo se mostró

como “*implicado*” en el cambio. Finalmente, se pudo observar cómo se produjo un discurso construido entre ambos cónyuges de *forma dialógica* en el que la intervención de uno de ellos dio lugar al siguiente comentario.

***Estrategias terapéuticas.***

**# Episodio Temático 11: Balance de la relación de pareja: Parte positiva (conocerse el uno al otro) VS. Parte negativa (dar cosas por sabidas de lo que se dice). Planteamiento de la terapia como lugar donde aprender elementos enriquecedores para la pareja**

T: Bueno, hemos estado hablando. Ante todo, gracias por venir, que no sé si lo hemos dicho antes, pero bueno

Isabel: Sí, sí (Sonriendo). Lo sabemos, lo sabemos. Gracias a vosotros por preocuparos

David: Gracias a vosotros

T: Lo positivo que vemos es el hecho de que hayáis venido los dos. Es algo fundamental, y evidentemente, es un punto de partida perfecto para empezarlo. También hemos estado hablando sobre el tema de la comunicación entre vosotros, que nos parece una maravilla. Creemos que os conocéis... Bueno, no sé, son muchos años compartidos

Isabel: Estamos muy unidos (mirando a David, sonriendo. Él sonríe hacia T). Desde novios estamos muy unidos y nunca nos hemos ocultado nada

T: De verdad, es admirable. Creo que tenéis una capacidad de empatizar el uno con el otro muy grande

Isabel: Me alegro que sea así

T: Os conocéis muy bien. También el hecho de haber pasado un poco por lo mismo (refiriéndose que desde hace unos meses David también está en tratamiento psicofarmacológico con un psiquiatra por diagnóstico de depresión) influye, pero bueno. Se os ve unidos, y bueno, todo eso son puntos positivos y que...

(...)

T: Vosotros os habéis mantenido unidos y se os ve que hacéis un buen equipo

Isabel: Procuramos, porque el matrimonio es eso ¿No?

En su intervención inicial del Episodio Temático 11, el terapeuta, a través de un *modo narrativo reflexivo* y con un *discurso monológico* llevado a cabo durante la devolución, habló con la *voz de los dos profesionales* y tuvo como *destinatarios a los dos miembros de la pareja*.

La respuesta de Isabel incluyó tanto su *propia voz* como la *voz de David*. A continuación, el terapeuta centró la conversación en el *momento presente*, al destacar la

importancia de que ambos cónyuges se encontraran en sesión, y contribuyó a que las *voces de los dos miembros de la pareja se sintieran escuchadas*. Lo logró rescatando lo que éstos habían contado en momentos anteriores de la sesión. Además, reflejó posiciones similares entre ambos cónyuges, en concreto, los posicionó como “*buenos conocedores*” el uno del otro. Por tanto, *respondió a los recursos de la pareja*, como por ejemplo su capacidad de permanecer unidos, de comunicarse y su implicación en la terapia.

La respuesta de Isabel tuvo *destinatarios con múltiples voces*, ya que respondió al terapeuta pero indirectamente se refirió a David. La paciente estuvo de acuerdo con la posición que el terapeuta les había ofrecido y entonces ella posicionó a la pareja como “*unidos*”. El lenguaje en todo este fragmento fue predominantemente *indicativo*.

En una fase posterior del Episodio Temático 11, la intervención del terapeuta fue *dirigida de nuevo a los dos miembros de la pareja* y reflejó sus posturas similares al posicionarlos como “*unidos*” y como “*agentes activos de cambio*”. En esa parte del discurso añadió elementos propios del *lenguaje simbólico*. A continuación, la pareja intervino hablando con la *voz de sí mismo y del cónyuge*, y por tanto, llevando a cabo un *discurso dialógico*.

#### ***Análisis a nivel micro de la última sesión del caso con alto ajuste diádico.***

En la transcripción de los Episodios Temáticos de la última sesión con *puntuaciones positivas en la dimensión de Compartir Propósito* (ET 3, 7) se seleccionaron fragmentos en los cuales: (1) Se mostraron las *voces* predominantes en la pareja; (2) Se hizo explícita la *posición* de los miembros de la pareja en la terapia y en referencia a los problemas físicos de la paciente; y (3) Se presentó la *estrategia del terapeuta* basada en hacer que la voz de los dos miembros de la pareja se sintieran escuchadas, dirigir el discurso hacia ambos simultáneamente y posicionarlos como “*unidos*” y “*agentes activos de cambio*”.

***Voces predominantes en la pareja.***

**# Episodio Temático 3: Relación terapéutica. Tristeza por dejar de ver a los terapeutas VS. Alegría por la mejoría. Mención de los cambios logrados por la pareja en la terapia**

T: Esta sesión es especial, sí, sí. Y para ti también (a Isabel) claro, eso ¿No?

Isabel: Sí, a mí me ha ido muy bien. Os lo prometo. Y yo creo que él lo ha notado (refiriéndose a David)

David: Nos ha ido bien a los dos. Yo creo que a los dos

Isabel: Pero me ha ido muy bien. Me ha ido muy bien

David: Creo que ha sido un acierto el haberlo tratado... (Señala a Isabel y a él)

Isabel: Me he enterado más, que ya lo sabía, todo lo que me quiere (Sonriendo, mirando a David y después a los terapeutas). Aun me he enterado más

T: Eso siempre es bueno

Isabel: Sí, que gusta enterarte. Sí, sí

David: Bueno, y yo me he enterado de cosas que a veces... Aquí te abres más...

T: Sí

David: Cosas que ya intuía pero que aquí las has dicho muy abiertamente. Bueno, ha sido muy bueno hacerlo y verlo y... E intentar de colaborar en...

Isabel: Al máximo

En el inicio de la sesión, la conversación terapéutica se centró en la explicación por parte de la pareja sobre cómo habían transcurrido las últimas semanas. En este fragmento del Episodio Temático 3, el terapeuta dio pie a que Isabel prosiguiera la explicación sobre cómo se sentía en la sesión que estaban realizando al ser la última de la terapia. Con ello, promovió que la voz de la paciente se sintiera escuchada. Isabel habló con la *voz de recuperada*.

David respondió posicionándose a él mismo y a Isabel como “*unidos*” en la recuperación a través del proceso terapéutico que finalizaban en esa sesión. Sin embargo, Isabel volvió a responder hablando con la *voz de recuperada*, y por tanto, posicionándose como la “*paciente*”.

A través de un *modo narrativo reflexivo*, Isabel realizó una intervención con *destinatarios con múltiples voces*; habló de nuevo con el terapeuta pero indirectamente

se refirió a David al reconocer positivamente la estima que su pareja le tenía. Con la consecuente respuesta del terapeuta, se promovió que la pareja prosiguiera su *conversación dialógica* que habían llevado a cabo durante todo el Episodio Temático. En las últimas intervenciones de David, él se volvió a posicionar como “*parte implicada*” en la recuperación y en el cambio realizado.

### ***Posiciones de la pareja.***

**# Episodio Temático 3: Relación terapéutica. Tristeza por dejar de ver a los terapeutas VS. Alegría por la mejoría. Mención de los cambios logrados por la pareja en la terapia**

David: Y por un lado, pues sí, me da pena. Por otro lado, tengo una cierta alegría en el sentido que creo que es como si nos dieseis el alta o le dais el alta ¿No?

David: Quiere decir que hemos pasado un proceso y parece que...

Isabel: Me siento muchísimo mejor

David: Que lo hemos superado o...

Isabel: De verdad, de ánimo y de todo...

David: O sobretodo ella, que es la que estaba mal y lo necesitaba...

T: Nos alegramos mucho

Isabel: Sí, de verdad

David: Entonces bueno, como un enfermo si le dan el alta, pues bueno, también se encariña con el médico (Isabel ríe) siente que lo va a ver menos, o no lo va a ver en un tiempo. Pero bueno, por otro lado, dices “bueno, me ha servido de mucho” ¿No?

Isabel: Y tanto que sí

David: Y eso pues también tiene la parte buena ¿No?

Esta intervención de David supuso el primer *modo narrativo reflexivo* del Episodio Temático 3. Él realizó una atribución de significado a sus sentimientos en la última sesión del proceso terapéutico. En sus siguientes intervenciones, David reflejó la posición de “*acompañante*” en el proceso terapéutico que él adoptó y la posición de “*paciente*” en la que situaba a Isabel. Sin embargo, el hombre posicionó a la pareja como “*unida*” y “*agente activo de cambio*” en el proceso terapéutico. En otras palabras, él se posicionó como parte implicada en la terapia y “*co-responsable*” de la recuperación lograda. A través de este fragmento la pareja estableció un *diálogo dialógico* entre sí, co-construyendo el discurso entre ambos. En sus últimas

intervenciones, David introdujo en su lenguaje *elementos simbólicos* por primera vez en el Episodio Temático 3.

***Posiciones de la pareja (II).***

**# Episodio Temático 7: Equilibrio entre cuidado por parte de David por el estado físico de Isabel (provoca agobio en ella) VS. Seguir haciendo actividades que forman parte de la identidad de la paciente**

T: En ese sentido es una dinámica que hemos estado observando desde... Bueno, desde hace ya muchas sesiones que empezamos a tratar este tema más a fondo. Y sí, tú (David) siempre te has preocupado...

Isabel: Sí, sí, lleva el teléfono todo el día...

T: Sí, por tu parte (a Isabel) a veces le haces más caso (la pareja sonríe), otras veces no te puedes resistir, porque bueno... (Isabel ríe). Lo que hablamos en las sesiones...

Isabel: Cuando salgo sola a comprar le digo “no mires el reloj, que voy a venir tarde”, aunque venga pronto, “que voy a venir tarde”... Es que sino... “¿Dónde estás?” (Bromeando). Y además, es que pone una voz... Está asustado, asustado. “¿Te ha pasado algo, que no vienes? Que es tarde, no sé cuántos” (Imitando con humor a David, todos ríen)

David: ¿El lunes, viniste al médico? Que no pude venir yo. “No me engañes ¿Eh? Dime lo que te...” (Reproduciendo lo que le dijo a Isabel). Traía unos análisis y tal. “Dime la verdad, eh, lo que te ha dicho el médico”. No me lo disfraces...

Isabel: No se fía, no se fía (bromeando)

(...)

David: El médico siempre lo ha dicho, hay que... El 90% está en ella (refiriéndose a los consejos que el médico le ha dado a Isabel para recuperarse de sus dolencias físicas en la espalda)

Isabel: Sí

David: O sea aquí la ciencia ha hecho lo que tenía que hacer, ya está lo que se puede hacer, no se puede operar, salvo una cosa que... ¿Entonces qué hay que hacer? Pues más o menos convivir con esto lo posible y tener cuidado

Previamente al Episodio Temático 7, se estuvo conversando sobre el necesario cuidado que la paciente debía mantener en relación a sus dolencias físicas. En este fragmento, el terapeuta tomó en cuenta el contenido de lo que había explicado David en las últimas sesiones de terapia e hizo que la *voz del hombre se sintiera escuchada*. A continuación, el terapeuta realizó la misma intervención para que entonces fuera la *voz de Isabel la que se sintiera escuchada*. Seguidamente, Isabel volvió a intervenir con un *modo narrativo externo* y habló con la *voz de sí misma* y con la *voz de David*, al

reproducir literalmente las palabras que éste había dicho en algunas ocasiones. En su discurso, se posicionó como “*independiente*” y posicionó a David como “*preocupado*” por ella. En las siguientes intervenciones, se observó cómo, también mediante un *modo narrativo externo*, David aceptó las nuevas posiciones en que Isabel había situado a la pareja.

En posterioridad, David posicionó a Isabel como “*capaz*” de promover cambios en referencia a los dolores crónicos de espalda que ella padecía. Se trataba de las primeras intervenciones del Episodio Temático 7 en que el hombre habló con un *modo narrativo reflexivo*. A continuación, Isabel aceptó la posición que David le otorgaba. Con un *diálogo dialógico* y mediante un *lenguaje indicativo* se produjo la negociación en el cambio de posición de los miembros de la pareja.

### ***Estrategias terapéuticas.***

**# Episodio Temático 3: Relación terapéutica. Tristeza por dejar de ver a los terapeutas VS. Alegría por la mejoría. Mención de los cambios logrados por la pareja en la terapia**

T: Claro. Bien, bien. Decías antes que estabas... (A David)

David: Ah, decía que en referente al día de hoy, pues ella (a Isabel, mirándola) dice que le da pena porque bueno, un poco (señala hacia los terapeutas) la buena relación que hemos tenido

Isabel: Sí que me da penita (Mirando a los terapeutas)

David: Que venimos muy a gusto

T: A nosotros también nos da pena terminar (...) A nivel personal hemos aprendido tanto o más que a nivel profesional...

**# Episodio Temático 7: Equilibrio entre cuidado por parte de David por el estado físico de Isabel (provoca agobio en ella) VS. Seguir haciendo actividades que forman parte de la identidad de la paciente**

T: Yo creo que los dos estáis perfectamente justificados. Tú (a David) te preocupas justificadamente porque es mucho tiempo, la situación es frágil y es normal. Y bueno, por tu parte (a Isabel) es lo que hemos hablado, claro que en ocasiones pues quizás te agobies, en ocasiones te sientes controlada (Isabel afirma) y eso pues no se vive todo lo agradable que se podría vivir ¿No? Pero bueno, claro, haces tus cosas porque son parte de tu identidad. Lo optimista de este proceso es saber irse adaptando cada vez mejor (David afirma). De tres semanas atrás hasta aquí lo que nos habéis contado es una maravilla. Cómo se está incluso haciendo rutinario ¿No? Lo que la semana pasada era algo incipiente, ahora ya empieza a ser rutinario. Y no sé, estáis en ese proceso... Y lo estáis haciendo muy bien.

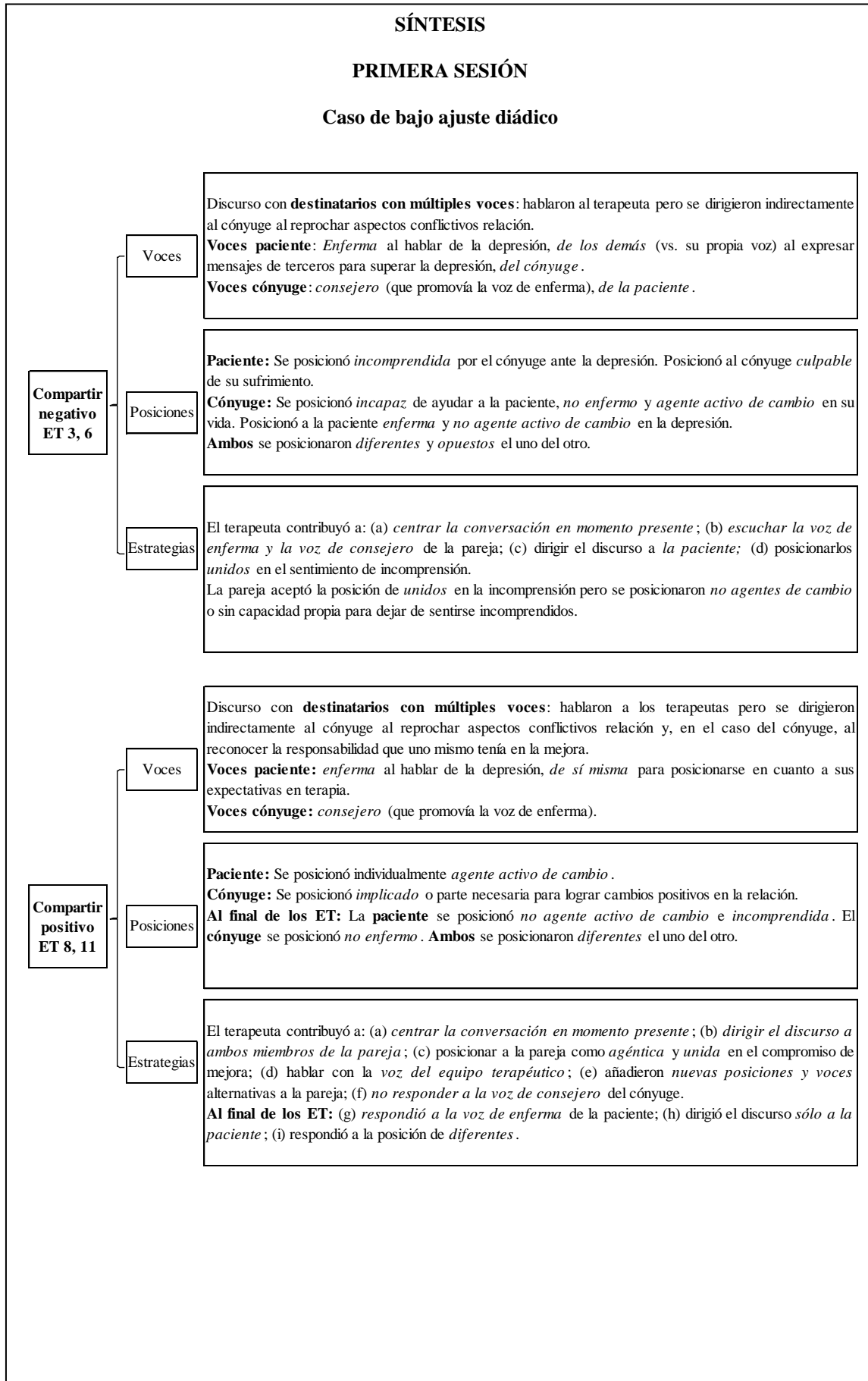
En el inicio del Episodio Temático 3, se percibió cómo el terapeuta estimuló a David para que éste prosiguiera su explicación y a la vez permitió que su *voz se sintiera*

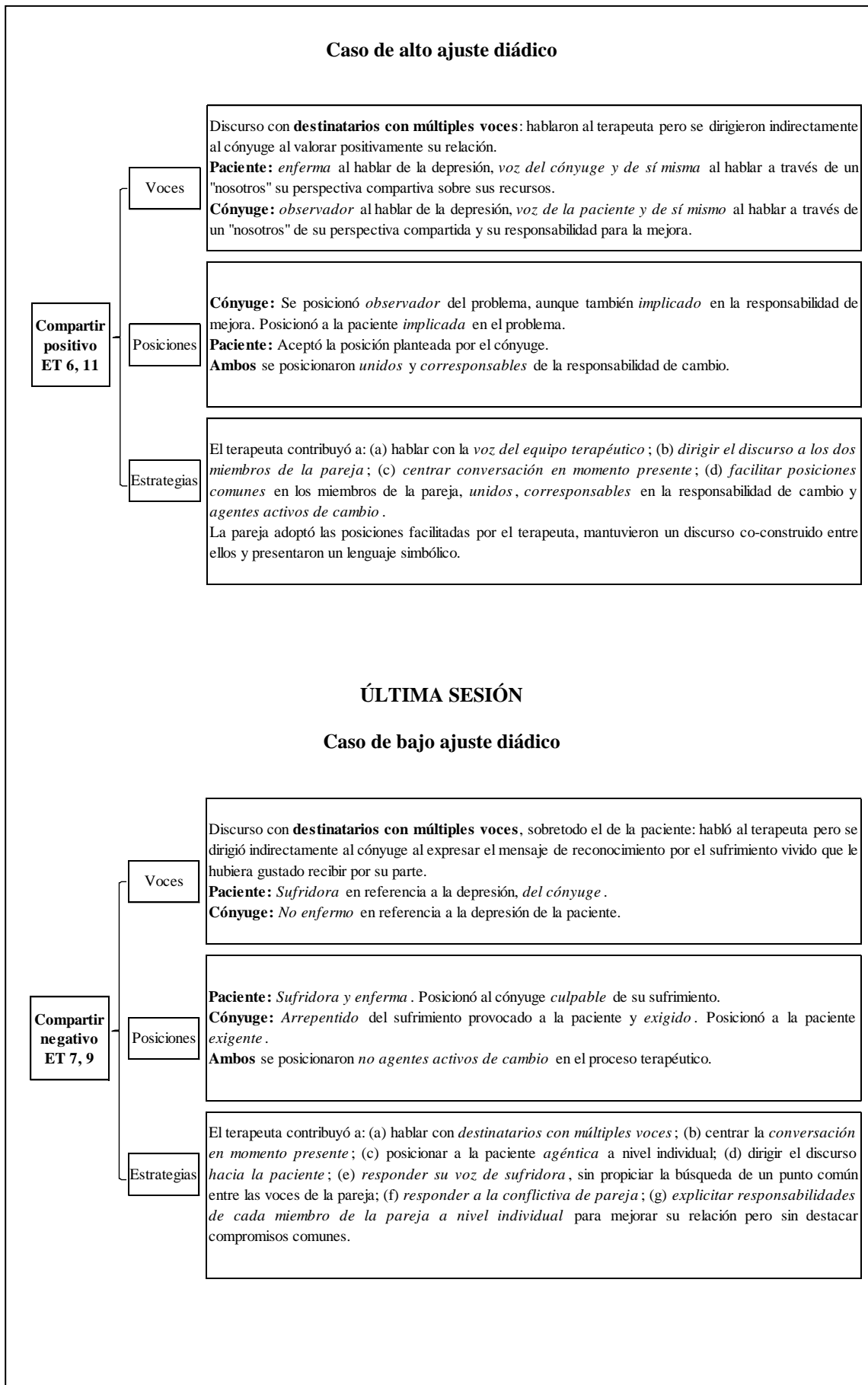
*escuchada* en terapia. David respondió centrando su *discurso en el momento presente* y lo hizo a través de un *modo narrativo interno*; habló sobre los sentimientos que Isabel tenía en ese momento al tratarse de su última sesión de terapia. Al hacerlo, David promovió que también la *voz de Isabel se sintiera escuchada*. A continuación, David prosiguió su discurso hablando con la *voz de sí mismo y la voz de su mujer*. En la última intervención del terapeuta, éste utilizó la estrategia de hablar a través de un *modo narrativo interno* y desde la *voz de ambos terapeutas*. Así respondió a la *relación terapéutica* que habían establecido con la pareja.

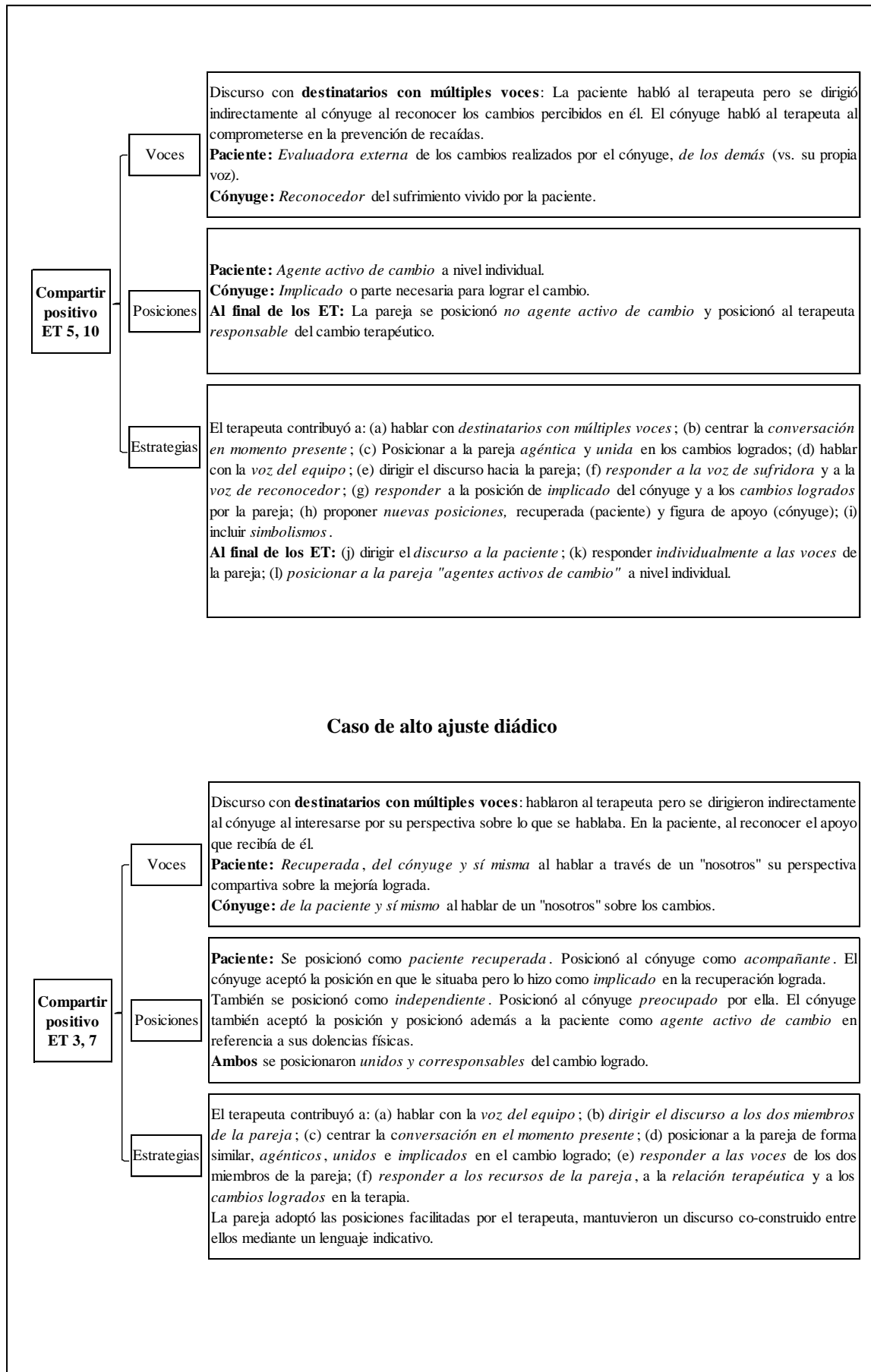
Las estrategias terapéuticas también pudieron ser identificadas en el Episodio Temático 7. En el fragmento presentado, el terapeuta se *dirigió a los dos miembros de la pareja simultáneamente*. A continuación, rescató algo que cada miembro de la pareja había contado en momentos previos durante la sesión, y así propició que primero *la voz de David y después la voz de Isabel se sintieran escuchadas*. Seguidamente, volvió a dirigir su discurso a ambos miembros de la pareja e intervino para posicionarlos “*unidos*”, “*agentes activos de cambio*” e “*implicados*” en la recuperación lograda a través del proceso terapéutico. De este modo, *respondió a los cambios realizados por los dos miembros de la pareja a través de la terapia*.

El terapeuta centró la *conversación en el momento presente* para poner énfasis en los cambios conseguidos por ambos cónyuges. En las siguientes intervenciones de la pareja, como se mostró en la afirmación de Isabel, indicaban estar de acuerdo y aceptar el posicionamiento que les ofrecía el terapeuta. La intervención del terapeuta promovió que la pareja prosiguiera con su *discurso dialógico* a través de un *lenguaje indicativo*.









## 8. Discusión

---



## 8. Discusión

---

Este apartado se centra en la discusión de los resultados más significativos, las limitaciones del estudio, las futuras líneas de investigación a desarrollar en este ámbito y sus posibles implicaciones en la práctica clínica, con la finalidad de dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteados en base al marco teórico.

En primer lugar, se discuten los resultados hallados a **nivel descriptivo** de las dimensiones que componen la alianza terapéutica. En segundo lugar, se comentan los resultados obtenidos en el **análisis correlacional** entre el nivel de ajuste diádico, la alianza intrasistema y el resultado terapéutico. En tercer y último lugar, se interpretan los resultados encontrados en el **análisis dialógico**, los cuales muestran: (a) A nivel macro-analítico, las cualidades del diálogo más prevalentes en dos casos de terapia de pareja con distinto nivel de ajuste diádico y resultado terapéutico; (b) el contenido del diálogo en los dos casos de terapia de pareja en función de sus puntuaciones en las dimensiones que componen la alianza terapéutica; y (c) a nivel micro-analítico, las cualidades del diálogo de las parejas y las estrategias de los terapeutas en función del establecimiento de la alianza intrasistema, manifestada a través de la dimensión de Compartir Propósito, en estos dos casos analizados.

Con tal de cumplir el **primer objetivo**, realizar un análisis descriptivo de las puntuaciones globales de las dimensiones que configuran la alianza terapéutica mediante el modelo SOATIF-o, se comprobó cómo la dimensión de *Eganche en el proceso terapéutico* obtuvo una gran importancia en el inicio y el final de la terapia, tanto para los casos con alto como con bajo ajuste diádico. Así pues, los miembros de la pareja se involucraron en la definición de sus problemas y en la terapia, consiguiendo un acuerdo con el terapeuta en referencia a los objetivos y las tareas propuestas. Cabe destacar que, especialmente en las parejas con bajo ajuste diádico, las puntuaciones más elevadas en esta dimensión se hallaron al final de la terapia. Por tanto, con estas parejas fue complejo generar un alto grado de colaboración y de implicación al principio de la terapia. Los terapeutas, tanto de los casos con alto como con bajo ajuste diádico, puntuaron de forma positiva en esta dimensión al inicio y al final de la terapia. Estos resultados confirman las aportaciones de Escudero (2009) al considerar que la contribución de los terapeutas en esta dimensión es esencial desde el inicio del proceso y también es fácilmente observable.

Las puntuaciones globales en la dimensión de *Conexión Emocional* fueron neutrales o positivas en las parejas y los terapeutas de los casos analizados, independientemente de cuál fuera su nivel de ajuste diádico y resultado terapéutico. Aunque estas puntuaciones fueron ligeramente más bajas respecto a la dimensión de *Enganche en el proceso terapéutico*, las parejas tuvieron un vínculo emocional positivo y de confianza con los terapeutas. Consideramos que, aunque los casos con bajo ajuste diádico y desfavorable resultado terapéutico obtuvieran valoraciones positivas en esta dimensión, tal y como afirma Bordin (1979, 1994) un buen vínculo emocional con el terapeuta es esencial pero no suficiente. Es decir, que un miembro de la pareja se sienta vinculado de forma individual con el terapeuta no determina necesariamente un buen resultado en la terapia, debido a que como señalan Friedlander et al. (2009) se deben contemplar otros componentes básicos en la alianza.

De hecho, detectamos que en estas dos dimensiones referentes a la alianza propuestas por Bordin (1979, 1994) las puntuaciones de los pacientes y de los cónyuges fueron similares en los casos con alto nivel de ajuste diádico y favorable resultado terapéutico. Por el contrario, los pacientes presentaron puntuaciones más positivas en comparación con sus cónyuges en los casos con bajo nivel de ajuste diádico y desfavorable resultado en la terapia. Por consiguiente, nuestros resultados apoyan las aportaciones de Ackerman y Hilsenroth (2003) al considerar importante que el terapeuta se muestre flexible e interesado para involucrar en la terapia y fomentar el vínculo emocional de forma igualitaria con los dos miembros de la pareja. Y así, establecer un terreno común con la pareja, hablar su lenguaje y comprender los valores de ésta (Minuchin & Fishman, 2008; Symonds & Horvath, 2004).

Respecto a la dimensión de *Seguridad dentro del sistema terapéutico*, observamos cómo fue una dimensión neutral o positiva en los participantes de todos los casos analizados, independientemente de su nivel de ajuste diádico. En esta dimensión también se detectó que los cónyuges de los casos con bajo ajuste diádico y desfavorable resultado terapéutico obtuvieron puntuaciones inferiores que los pacientes.

Encontramos resultados muy similares en referencia a esta dimensión a los obtenidos en estudios previos que hemos realizado (Artigas et al., 2017; Mateu et al., 2014; Vilaregut et al., 2017). Los resultados sustentan las aportaciones de Abascal (2011), Beck et al. (2006) y Heahterington et al. (2005) que apuntan a que cuando existe

conflictiva dentro del sistema de la pareja y falta de colaboración y/o desunión entre ellos, la sensación de seguridad de los miembros puede estar determinada por factores del propio sistema de la pareja. En estos casos, afirmamos que los terapeutas deben procurar detener la escalada de conflicto entre los miembros de la pareja para evitar consecuencias negativas fuera de la sesión o provocar el abandono de la terapia. Como afirman Friedlander et al. (2005) la creación de un contexto seguro juega un papel fundamental al inicio del tratamiento, especialmente en aquellos casos en los que existe una elevada conflictiva conyugal.

En resumen, el conjunto de cónyuges de los casos con bajo ajuste diádico y desfavorable resultado terapéutico obtuvieron puntuaciones inferiores que los pacientes en las tres dimensiones individuales de la alianza, especialmente en la última sesión de tratamiento. Así podemos afirmar que los cónyuges tuvieron en las sesiones analizadas un rol más pasivo y secundario en su implicación en la terapia. Como indican algunos estudios previos, la participación del cónyuge tiene efectos facilitadores en el tratamiento y las variables interpersonales juegan un papel relevante en el origen y el mantenimiento de la depresión (Barbato & D'Avanzo, 2008; Feixas et al., 2009). Los resultados corroboran las aportaciones de Coyne et al. (2002) y Pinsof et al. (2008) en el hecho que incorporar a los dos miembros de la pareja en un proceso terapéutico añade complejidad a la construcción de la alianza. Por tanto, integrar a ambos en la terapia, especialmente a los cónyuges de los pacientes deprimidos de los casos con conflictiva conyugal, fue un objetivo complejo de lograr.

Tanto Mahalik et al. (2003) como Halford et al. (2016) y Knerr et al. (2011) consideran que cuando un miembro de la pareja expresa un bajo ajuste diádico durante las primeras sesiones, puede ser indicativo de que no siente que el terapeuta valide su punto de vista sobre el problema, lo que puede conllevar a una dificultad para establecer una alianza positiva con este miembro de la pareja y, en consecuencia, puede limitar la posibilidad de lograr buenos resultados terapéuticos. Los resultados obtenidos ponen de relieve la necesidad de conectar emocionalmente con ambos miembros de la pareja, darles apoyo y comprensión en la relación terapéutica, especialmente en aquellos casos que presentan un bajo ajuste diádico al inicio del proceso.

De forma similar a Halford et al. (2016) y a Owen et al. (2013) nuestros resultados muestran que el ajuste diádico previo a la terapia puede afectar a los



objetivos terapéuticos generales de la pareja hacia la terapia. Los resultados parecen indicar que las parejas que reportaron bajos niveles de ajuste diádico presentaban más temas problemáticos y fuentes de conflicto, por lo que la dificultad de determinar objetivos y tareas terapéuticas para hacer frente a una amplia variedad de asuntos conflictivos pudo desembocar en bajas puntuaciones en la alianza en uno de los miembros de la pareja, en especial en los cónyuges.

También estamos de acuerdo con Symonds y Horvath (2004) en que el bajo nivel de ajuste diádico de las parejas pudo afectar a la capacidad de cada individuo para establecer un vínculo emocional con el terapeuta. A pesar de que no fue nuestro objetivo detectar diferencias en el ajuste diádico en función del género, nuestros resultados a nivel descriptivo muestran que el ajuste diádico previo a la terapia de los hombres fue más predictivo de la repercusión en la alianza terapéutica que el ajuste diádico de las mujeres (Bourgeois et al., 1990; Halford et al., 2016; Knobloch-Fedders et al., 2007; Symonds & Horvath, 2004).

Como indicaron Mahalik et al. (2012) los bajos niveles de ajuste diádico en las parejas, sobre todo en el caso de los cónyuges, podrían sugerir que ellos se sienten más desfavorecidos en la relación y esto puede estar relacionado con expresiones interpersonales negativas como la rabia y la necesidad de control, dando lugar así a tensiones o rupturas de la alianza de sí mismo y de su pareja, lo que sin duda puede repercutir al éxito de la terapia (Abascal, 2011; Aznar et al., 2014; Martin et al., 2000).

En referencia a la dimensión de *Compartir el Propósito de la terapia*, los datos nos muestran que ésta fue la única dimensión de la alianza en que las parejas con bajo ajuste diádico obtuvieron valoraciones negativas a lo largo del proceso. A pesar de que los terapeutas de ambos grupos contribuyeron de una forma igualmente neutral o positiva en la dimensión de *Compartir el Propósito de la terapia*, las puntuaciones negativas en dicha dimensión, sólo presentes en las parejas con bajo ajuste diádico, fueron indicativas de su dificultad para desarrollar una alianza de colaboración entre sus miembros.

Las parejas en los casos con bajo ajuste diádico y desfavorable resultado terapéutico estaban inmersas en una elevada conflictiva y los terapeutas optaron por fomentar la dimensión de *Compartir el Propósito* buscando que entre los miembros

existiera un acuerdo, un apoyo y una colaboración mutua. Aunque la hostilidad era tan elevada entre ellos, que a pesar de los recursos destinados por parte de los terapeutas, las parejas siguieron respondiendo con indicadores negativos en la dimensión de *Compartir el Propósito*. La conflictiva entre las parejas tenía una larga trayectoria e incluso en algunos casos los conflictos se remontaban al inicio de la relación, con lo cual el rencor estaba muy presente. Este tipo de pautas relacionales, en que el rencor está muy vigente, confirma las aportaciones de Campo (2007) en que este componente dificulta un buen pronóstico y la viabilidad de la terapia. Aunque también destacamos que, a medida que avanzó la terapia, ciertos indicadores en la dimensión de *Compartir Propósito* fueron positivos en los casos con bajo ajuste diádico. Por este motivo, consideramos que las parejas pudieron crear un clima más favorable entre ellos. Aun así, los patrones relacionales fueron difíciles de romper y no se consiguió crear una unidad suficientemente sólida entre ellos.

En base a los datos hallados, y en concordancia con nuestros estudios anteriores, la dimensión de *Compartir el Propósito de la terapia* se manifestó como la más discriminativa para el pronóstico y viabilidad de la terapia en relación a los dos grupos de parejas (Artigas et al, 2017; Mateu, 2016; Mateu et al., 2014; Vilaregut et al., 2017). Las parejas con los resultados al final de la terapia más favorables presentaron puntuaciones más elevadas en la dimensión de *Compartir el Propósito de la terapia*, de forma similar a estudios previos en el campo de la terapia familiar que contrastaban casos exitosos y no exitosos (Beck et al., 2006; Friedlander et al., 2008a; Smerud & Rosenfarb, 2008).

En el modelo SOATIF, la dimensión de *Compartir el Propósito* hace referencia a la conceptualización de Pinsof y Catherall (1986) que contempla la alianza intrasistema de la pareja como la unidad de mayor influencia en términos de motivación para el cambio o de capacidad para influir en el proceso terapéutico. Nuestros resultados apoyan las aportaciones de estos autores al considerar fundamental el desarrollo de un contexto de apoyo mutuo en el que la pareja se perciba trabajando en equipo para mejorar su situación, especialmente en aquellos casos en los que existe una elevada conflictiva conyugal (Beach et al., 2003; Whisman & Uebelacker, 2009; Whisman et al., 2012).

Así pues, la literatura sugiere que hay dos aspectos sistémicos de la alianza que son únicos y específicos en el trabajo terapéutico conjunto, los cuales son identificados en las dimensiones de *Seguridad dentro del sistema terapéutico* y de *Compartir el Propósito de la terapia* (Friedlander et al., 2006). Si bien es cierto que estas dos dimensiones pueden influirse recíprocamente, en base a nuestros resultados, nos posicionamos a favor de aquellas investigaciones que consideran que una fuerte alianza intrasistema, expresada a través de la dimensión de *Compartir el Propósito de la terapia*, es un prerrequisito para el cambio terapéutico y un ingrediente clave de la alianza para lograr la mejoría (Anderson & Johnson, 2010; Friedlander et al., 2008b; Heatherington et al., 2005; Knobloch-Fedders et al., 2007; Pinsof et al., 2008; Symonds & Horvath, 2004).

Teniendo en cuenta los resultados a través del análisis descriptivo de las puntuaciones globales de las dimensiones de la alianza terapéutica, confirmamos la **Hipótesis 1 (H1)**, al comprobar que las parejas con alto ajuste diádico y favorable resultado terapéutico obtuvieron puntuaciones más positivas en la alianza intrasistema en comparación con las parejas que presentaban un bajo ajuste diádico y un desfavorable resultado terapéutico, en términos de la sintomatología depresiva de los pacientes. Del mismo modo que han sugerido investigaciones previas, los resultados hallados nos permiten considerar que en terapia de pareja existe una vinculación entre la alianza intrasistema y el subsiguiente cambio sintomático (Crits-Cristoph et al., 2011; De Bolle et al., 2010; Falkenström et al., 2013; Gaston, 1990; Klein et al., 2003; Tasca & Lampard, 2012; Zuroff & Blatt, 2006). Aunque mediante los resultados obtenidos asumimos que la alianza intrasistema no es el único factor explicativo del resultado final de la terapia, sin lugar a dudas, influye en el proceso psicoterapéutico.

Debido a la valoración de la alianza intrasistema como elemento predictivo del éxito de la terapia, la investigación se ha interesado en los factores que pueden influir en su establecimiento y mantenimiento a lo largo del proceso terapéutico. Estamos de acuerdo con Beck et al. (2006), Friedlander et al. (2008) y Heatherington et al. (2007) al sugerir que la alianza intrasistema puede estar condicionada por diversos factores que interactúan entre sí. En específico, nos planteamos que la influencia del ajuste diádico de la pareja en la construcción de la alianza intrasistema puede añadir complejidad a la relación entre este tipo de alianza y el éxito de la terapia.

Partiendo de estas consideraciones, nos planteamos el **segundo objetivo**; analizar la correlación entre el nivel de ajuste diádico, el resultado del tratamiento, en base a la sintomatología depresiva, y la alianza intrasistema.

Los resultados del análisis correlacional mostraron que la alianza intrasistema de las parejas en la primera sesión, expresada a través de las puntuaciones en la dimensión de la alianza de *Compartir Propósito*, estuvo relacionada significativamente con el *resultado final* de la terapia. Como apuntaban los estudios previos, la alianza intrasistema, entendida como la relación establecida entre los miembros de la pareja para trabajar como un equipo en la terapia, resulta un motor de cambio en la terapia conjunta (Anderson & Johnson, 2010; Friedlander et al., 2008b; Knobloch-Fedders et al., 2004, 2007; Symonds & Horvath, 2004).

Cuando la pareja, desde el inicio del proceso terapéutico, está de acuerdo sobre la definición del problema y existe un sentimiento de unidad en ellos para asistir y trabajar en la terapia, es más factible la obtención de buenos resultados (Beck et al., 2006; Lambert et al., 2012; Montesano & Izu, 2016). Por tanto, como aportan Friedlander et al. (2009) la alianza intrasistema positiva desde las primeras sesiones del tratamiento es esencial para que la pareja se comprometa en terapia, ya que si la pareja no es capaz de trabajar como un equipo, es muy probable que el pronóstico sea más negativo.

Sin embargo, no se produjo una correlación significativa entre la dimensión de *Compartir Propósito* en la última sesión y el *resultado final* de la terapia. Este resultado pudo ser causado por la leve disminución en las puntuaciones de esta dimensión que se produjo al final del proceso terapéutico en los casos con buen resultado terapéutico. Aunque la conflictiva conyugal no era muy elevada en estos casos, a medida que la sintomatología depresiva disminuyó a partir del trabajo realizado en la terapia, las parejas pudieron redefinir sus patrones relacionales, conllevando una ligera reducción en las puntuaciones de dicha dimensión de la alianza (Gottman, 2011; Jones & Asen, 2000).

Como resultado, de forma similar a los estudios de Friedlander et al. (2008b), Heatherington et al. (2007) y Montesano e Izu (2016) una positiva alianza intrasistema en la pareja precede el cambio sintomático de los pacientes. Si bien es cierto que nuestro

análisis no permite determinar ninguna relación causal entre el nivel de síntomas y la alianza intrasistema, los resultados apoyan la naturaleza circular de la relación entre la alianza intrasistema y la evolución sintomatológica en casos de depresión (Sparks, 2015). No sólo la alianza intrasistema entre los miembros de la pareja les proporciona la disposición y las estrategias para el cambio terapéutico, sino que cuando éstos empiezan a percibir la mejoría, su capacidad de trabajar unidos en la terapia puede aumentar (Crits-Christoph et al., 2006; Lambert et al., 2012; Tang & DeRubeis, 1999).

De forma similar a lo que habían demostrado Halford et al. (2016), Horvath y Bedi (2002) y Knerr et al. (2011), analizamos la interacción entre el *ajuste diádico* de las parejas, la *alianza intrasistema* y el *resultado final de la terapia*. Por un lado, los resultados obtenidos mostraron una asociación significativa entre la puntuación obtenida por las parejas en la dimensión de *Compartir el Propósito* en la primera sesión de terapia y su nivel de *ajuste diádico* previo y posterior a la terapia. Por tanto, los resultados apoyan aquellas investigaciones que valoraron un bajo ajuste diádico previo a la terapia como negativamente asociado con la calidad de la alianza terapéutica, en concreto, con la alianza intrasistema (Anderson & Johnson, 2010; Artigas et al., 2017; Knobloch-Fedders et al., 2004, 2007; Mamodhousen et al., 2005; Owen et al., 2013).

Del mismo modo que Anderson y Johnson (2010) encontraron en terapia de pareja, la correlación significativa obtenida entre el ajuste diádico previo y posterior a la terapia con la alianza intrasistema de la primera sesión indicaría que la asociación entre dichas variables se produce en fases tempranas de la terapia de pareja. Estos resultados son concordantes con otras investigaciones que han apoyado la conexión entre la alianza y la satisfacción conyugal (Knobloch-Fedders et al., 2004, 2007; Mamodhousen et al., 2005).

Sin embargo, no se detectaron asociaciones significativas entre la variable de *Compartir Propósito* en la última sesión y la variable de *ajuste diádico* en la evaluación previa y posterior a la terapia. Esto pudo ser indicativo de que las parejas que no lograron un cambio sintomático, y las cuales reportaron bajos niveles de satisfacción conyugal en toda la terapia, obtuvieron un leve incremento en las puntuaciones de la dimensión de *Compartir Propósito* en la última sesión de tratamiento. Como ya hemos mencionado, a medida que avanzó la terapia, ciertos indicadores en la dimensión de *Compartir fueron* positivos en los casos que no mejoraron su sintomatología.

Por el contrario, como hemos mencionado anteriormente, las parejas que lograron un cambio sintomático, aunque la conflictiva conyugal no era tan elevada, a medida que la sintomatología depresiva disminuía, las parejas redujeron las puntuaciones en la dimensión de *Compartir Propósito*. Desde la perspectiva sistémica, tal y como afirma Campo (2014) se concibe que el síntoma implica un mensaje y representa un poderoso inductor de conductas que mantiene la homeostasis familiar. Cuando los pacientes disminuyeron los síntomas, tuvieron la capacidad de mostrar al cónyuge otras preocupaciones no tan centradas en la depresión sino respecto a la relación. La terapia de pareja permitió que ambos miembros empezaran a ser conscientes de la relación, de las obligaciones y beneficios que esperaban obtener de ésta y capaces de provocar cambios en la jerarquía interna de la pareja (Campo, 2014; Linares & Campo, 2000).

Por otro lado, el *ajuste diádico* de las parejas en la evaluación previa y posterior a la terapia las parejas estuvo asociado con el *resultado de la terapia*. Estos resultados sugieren que el nivel de ajuste diádico de las parejas, sobre todo al inicio de la terapia, interacciona con el resultado final de la terapia en términos de sintomatología depresiva. Por tanto, nos posicionamos de acuerdo con otros autores que consideran el ajuste diádico como una variable que interacciona recíprocamente con la formación y mantenimiento de la alianza terapéutica y con el resultado final de la terapia (Halford et al., 2016; Horvath & Bedi, 2002; Knerr et al., 2011; Knobloch-Fedders et al., 2004, 2007).

Además, nuestros resultados parecen indicar que existe una relación bidireccional entre el ajuste diádico y el curso de la depresión, del mismo modo que demostraron Goldfarb et al. (2007), Gupta y Beach (2005) y Tilden et al. (2010). Esta relación bidireccional conlleva que el ajuste diádico de las parejas haya tenido un rol crucial en el desarrollo de la sintomatología depresiva, así como la sintomatología depresiva ha tenido un impacto en el funcionamiento de la pareja, como señalaron Hooley (2007) y Pettit y Joiner (2006). A partir de este dato, acentuamos la relevancia que los terapeutas desarrollen estrategias para aliviar la sintomatología a través del cambio de los patrones disfuncionales de interacción entre los miembros de la pareja por interacciones que promuevan el apoyo entre ellos (Jones & Asen, 2000).

Así pues, hay algunas consideraciones generales que podemos tener en cuenta a partir de la asociación obtenida entre la *alianza intrasistema* en la primera sesión, el nivel de *ajuste diádico* de la pareja, especialmente el ajuste diádico previo a la terapia, y el *resultado terapéutico*. En la misma línea que investigaciones precedentes, el desajuste diádico puede llevar a que el paciente depresivo considere al cónyuge como el responsable de sus problemas y de la insatisfacción en la relación, conllevando así a que la pareja se vea inmersa en una relación conflictiva posiblemente relacionada con sus dificultades para construir una favorable alianza intrasistema (Coyne et al., 2002; Crits-Christoph et al., 2006). Por el contrario, cuando la pareja presenta un alto ajuste diádico, la intimidad entre los miembros de la pareja, así como su relación de apoyo mutuo, puede contribuir al establecimiento de una favorable alianza intrasistema, facilitando así la reducción de la sintomatología depresiva, y por consiguiente, permitiendo la recuperación a través del proceso terapéutico (Beach et al., 2003; Goldfarb et al., 2007; Heene et al., 2005; Whisman & Uebelacker, 2009).

En base a estos resultados obtenidos a través del análisis correlacional, confirmamos la **Hipótesis 2 (H2)**, al detectar que el nivel de deterioro en el ajuste diádico de la pareja al inicio de la terapia influye en su dificultad de construir la alianza intrasistema, afectando negativamente al resultado final de la terapia. Si bien es cierto que nuestro análisis no nos permite considerar una causalidad entre dichas variables, se sugiere una recíproca relación entre el ajuste diádico, la fuerza de la alianza intrasistema y la percepción de mejoría al final de la terapia (Crits-Christoph et al., 2006). Se ha podido comprobar cómo el rol crucial del nivel de ajuste diádico de las parejas previo a la terapia en la construcción de la alianza intrasistema añade complejidad a la relación entre la alianza intrasistema y el resultado terapéutico (Halford et al., 2016; Horvath & Bedi, 2002; Knerr et al., 2011; Knobloch-Fedders et al., 2004, 2007).

A raíz de la recíproca asociación entre dichas variables, nos planteamos el interés en profundizar en las dinámicas relacionales establecidas entre las parejas y con los terapeutas que pueden estar vinculadas con la construcción de la alianza terapéutica y el resultado terapéutico, en base a la sintomatología depresiva (Symonds & Horvath, 2004; Mamodhoussen et al., 2005).

De este modo, nos planteamos la aplicación de un método de investigación que apunta a la comprensión de las cualidades dialógicas de las conversaciones terapéuticas

en sesiones con múltiples participantes, como es el **método de Investigaciones Dialógicas de Cambio (IDC)** (Seikkula et al., 2012; Seikkula & Olson, 2016). Aplicamos este método de análisis dialógico a un nivel macro-analítico para cumplir el **tercer objetivo**, explorar las cualidades del diálogo que estaban presentes en dos casos de terapia de pareja con diferente nivel de ajuste diádico y resultado final de la terapia, en base a la sintomatología depresiva.

Consideramos que existen diversos factores que pueden afectar al resultado terapéutico, tanto dentro como fuera del contexto de intervención, y por tanto, no se puede asumir que las cualidades del diálogo tomadas de forma aislada puedan ser suficientes para explicar el resultado terapéutico. Sin embargo, en nuestra investigación dialógica, hemos profundizado en los elementos de la interacción entre los participantes de la terapia con la intención de detectar aquellas cualidades del diálogo que pueden contribuir al cambio en la relación de la pareja y aquellas que pueden obstaculizarlo (Seikkula & Olson, 2016; Rasanen et al., 2012b; Vall et al., 2014).

Siguiendo a Seikkula (2002) nuestro objetivo fue identificar aquellas cualidades dialógicas que fueron significativamente diferenciales entre el caso con alto ajuste diádico y buen resultado terapéutico y el caso con bajo ajuste diádico y desfavorable resultado terapéutico. Consideramos relevante el desarrollo de este tipo de investigaciones ya que favorecen una prometedora línea de investigación necesaria para el enriquecimiento y la eficacia de la psicoterapia (Anderson & Johnson, 2010; Goldfarb et al., 2007; Lambert et al., 2007).

A continuación, se lleva a cabo el análisis de la comparativa de los dos casos de terapia de pareja analizados a través del método de IDC a un nivel macro-analítico reconstruyendo el significado en base a la literatura previa.

La *exploración de los Episodios Temáticos* en el diálogo (Paso I del nivel macro-analítico) (ver Apartado 7.3.1.1 y Apartado 7.3.2.1) nos permitió comprobar que en la conversación terapéutica del caso con alto ajuste diádico y favorable resultado terapéutico hubo una mayor variabilidad de temas de conversación en comparación con el caso con bajo ajuste diádico y desfavorable resultado terapéutico. Este resultado fue distinto al obtenido en otras investigaciones realizadas en el campo de la terapia familiar, en las que se detectó que un tema de conversación se mantenía durante más tiempo en la sesión en los casos que obtenían buenos resultados al final de la terapia



(Guregard & Seikkula, 2012; Seikkula, 2002) aunque sin duda hay varias consideraciones a tener en cuenta.

En el momento en que agrupamos los Episodios Temáticos en función de su tema principal de conversación, comprobamos que hubo algunas temáticas presentes en ambos casos analizados, aunque con matices importantes entre uno y otro. En específico, en ambos casos de terapia de pareja se habló durante la primera sesión sobre la relación mantenida con la familia de origen y la familia nuclear, aunque sobre este tema hubo mayor número de Episodios Temáticos presentes en el caso con alto ajuste diádico, ya que éste era uno de los principales temas de dificultad para la pareja en el momento de iniciar el proceso terapéutico. Además, en la primera sesión de los dos casos analizados hubo Episodios Temáticos en los que se habló sobre la depresión.

En cambio, un claro elemento distintivo entre los dos casos en la primera sesión es que sólo en el caso con bajo ajuste diádico hubo Episodios Temáticos en los que se habló sobre la problemática presente en la relación de pareja. En referencia a la última sesión de la terapia, en el caso con bajo ajuste diádico continuó habiendo diversos Episodios Temáticos referidos a la problemática en la relación de pareja y no se detectó ninguno en el que se hiciera referencia a la depresión. Como contraste, en la última sesión del caso con alto ajuste diádico varios Episodios Temáticos hicieron referencia a la valoración positiva de la relación de pareja, a los cambios logrados a través de la terapia y a los recursos de la pareja, mientras que no hubo ninguno referido a la depresión. También en la última sesión del caso con alto ajuste diádico, a diferencia del otro caso, existieron algunos Episodios Temáticos en los que se habló sobre la relación que la pareja había establecido con los terapeutas.

Los temas de la conversación terapéutica en uno y otro caso nos permiten comprobar cómo, a pesar de que en el caso con bajo ajuste diádico un tema se mantuvo durante más tiempo, los temas estuvieron frecuentemente relacionados con su conflictiva de pareja tanto en la primera como en la última sesión. Siguiendo a White y Epston (1990) la terapia de pareja es una oportunidad para que los terapeutas y el cónyuge se conviertan en la audiencia de la narrativa de cada miembro de la pareja. De acuerdo con Rautiainen y Aaltonen (2010) y Kuhlman et al. (2013) la pareja con alto ajuste diádico planteó una mayor diversidad de temas, los cuales permitían descubrir nuevas perspectivas sobre su situación y nuevas formas de actuar en ellas. Sin embargo,

como habían señalado Denton y Burleson (2007) la pareja con bajo ajuste diádico estableció un patrón de comunicación a través del que constantemente expresaban su insatisfacción respecto a la relación de pareja. Como detectaron Sprenkle et al. (2009) las parejas que presentan una elevada conflictiva conyugal tienden a entrar en discusiones sobre los mismos temas de conflicto, así que suele ser complejo avanzar en la conversación y dirigirla hacia otras cuestiones.

Mediante la *exploración de las respuestas a las intervenciones* (Paso II del nivel macro-analítico) (ver Apartado 7.3.1.2 y Apartado 7.3.2.2) pudimos detectar algunas cualidades dialógicas que fueron características de la pareja con alto ajuste diádico y de la pareja con bajo ajuste diádico, las cuales pudieron ser indicativas del resultado final de la terapia. Siguiendo la misma estructura que en el apartado de resultados, las respuestas a las intervenciones de los dos casos de terapia de pareja se comentan según: (1) Quién tomó la iniciativa; qué participante presentó dominancia cuantitativa, semántica e interaccional; (2) cómo se respondió a la intervención, dialógica o monológicamente; y (3) si se tuvo en cuenta o no el momento presente en la conversación terapéutica.

Los terapeutas, independientemente del resultado final de la terapia, presentaron *dominancia interaccional* al inicio y al final del proceso terapéutico. Esto significa que los terapeutas en los dos casos de terapia de pareja fueron quienes tuvieron la mayor influencia en las acciones comunicativas, gestionaron los turnos de habla, así como las iniciativas y las respuestas en la mayoría de momentos de las sesiones. Este resultado es concordante con algunos estudios previos, como los de Keltikangas et al. (2014), Rasanen et al. (2012a, 2012b) y Vall et al. (2014, 2016), en los que se puso de manifiesto que los terapeutas utilizan activamente la dominancia interaccional al inicio del proceso terapéutico para establecer la estructura del tratamiento. Sin embargo, a diferencia de estos estudios, en nuestra investigación no hemos obtenido que en el caso con buen resultado los terapeutas hayan sido cada vez menos dominantes ni tampoco hayan adoptado un rol menos directivo al final del tratamiento.

Los resultados parecen indicar, del mismo modo que señalaron Vall et al. (2016) y Yoon y Lawrence (2013) que la dominancia interaccional de los terapeutas fue una estrategia útil para intentar poner fin al proceso de escalada en la conversación de la pareja con bajo ajuste diádico. Por esta razón, las intervenciones directivas de los

terapeutas, a través de la dominancia interaccional, fueron útiles para conducir la terapia, gestionar los turnos de habla de la pareja y así procurar interrumpir el ciclo disfuncional de interacción en el que estaba inmerso la pareja, como habían detectado Linares y Campo (2000) y Sprenkle et al. (2009). Además, la nula dominancia interaccional en los miembros de la pareja con bajo ajuste diádico pareció indicar que en ningún momento se cedieron el turno de habla el uno al otro ni tampoco se habló incluyendo al otro en la conversación.

En cambio, en el caso con alto ajuste diádico, el terapeuta condujo la terapia como forma de organizar los turnos de habla de cada miembro de la pareja, a pesar de que ellos por sí mismos ya incluían al otro en la conversación terapéutica. En consecuencia, como destacan Seikkula (2002) y Keltikangas et al. (2014) la dominancia interaccional fue una estrategia útil de los terapeutas del caso con alto ajuste diádico para implicarse en las dinámicas comunicativas de la pareja y minimizar la dinámica relacional de “poder y control” entre sus miembros. De la misma forma que Seikkula et al. (2012) consideramos que este tipo de dominancia en los terapeutas posibilitó invitar al otro miembro de la pareja a intervenir en la conversación, y al hacerlo, se desarrolló una sensibilidad dialógica para la multiplicidad de formas de respuesta en ellos. Como se pudo comprobar en este caso, y como ya habían identificado Vall et al. (2016), la dominancia interaccional de los terapeutas no afectó a la construcción de la alianza terapéutica, la cual fue positiva tanto en términos individuales como intrasistema.

Las máximas diferencias entre los dos casos se produjeron en términos de *dominancia cuantitativa y semántica*. En cada caso fue uno de los miembros de la pareja distinto quien más intervino en el diálogo terapéutico y quien introdujo más cantidad de nuevos temas a lo largo del tratamiento.

En el caso con bajo ajuste diádico, fue la paciente quien presentó la dominancia cuantitativa y semántica en las sesiones analizadas, con excepción en la última sesión, que fueron los terapeutas quienes presentaron la dominancia cuantitativa. En primer lugar, estos datos nos ofrecen una idea sobre cómo el poder y el control en la terapia, en el caso de la paciente, pareció estar conectado con la dominancia cuantitativa, al menos en la primera sesión, y con la dominancia semántica. De forma similar a Keltikangas et al. (2014) y Vall et al. (2016) la expresión de poder de la paciente tomó un carácter de “invisibilidad” manifestado a través del control en los temas sobre los que se discutía.

En cambio, a diferencia de estos estudios previos, la paciente también expresó el poder y el control en la terapia interviniendo en el diálogo terapéutico (dominancia cuantitativa), y por el contrario, el cónyuge no fue dominante en ninguna de sus categorías.

Debido a la conexión entre la depresión y los problemas conyugales, la paciente utilizó las sesiones de terapia como una oportunidad para llevar a cabo una narrativa que le permitiera plantear y expresar todas las áreas de conflicto percibidas principalmente en referencia a su pareja (Beach & Gupta, 2003; Whisman & Uebelacker, 2003). Siguiendo a Coyne et al. (2002) el desajuste diádico llevó a la paciente a intervenir en gran parte de las sesiones para plantear sus problemas y su insatisfacción en la relación. Este ciclo disfuncional de interacción de la pareja comportó que la paciente tuviera dificultades para incluir al cónyuge en la conversación terapéutica, hecho que conllevó que éste cada vez fuera menos capaz de plantear nuevos temas o de intervenir en el diálogo.

Basándonos en la teoría de Campo (2014) y de Linares y Campo (2000) comprobamos que la sintomatología depresiva de la paciente del caso con bajo ajuste diádico estuvo muy asociada al rencor hacia el cónyuge. Detectamos que los síntomas supusieron un recurso para ella a través del cual recuperar la iniciativa y el poder en la relación de pareja, así como el control de la conversación en la terapia. Por tanto, nuestros resultados sobre la dominancia cuantitativa y semántica en la paciente pone de relieve que cuando los pacientes depresivos adquieren el control de la conversación terapéutica, basando sus intervenciones en el rencor y el reproche, los terapeutas deben realizar intervenciones para flexibilizar la jerarquía interna de la pareja.

Según Escudero (2009), la tipología de la demanda de los miembros de la pareja puede conllevar el grado de colaboración de cada uno de ellos en la terapia. La demanda solícita de la paciente implicó que ella se posicionara a sí misma y posicionara al cónyuge como parte del problema y de la pertinente solución. En contraste, el cónyuge presentó una demanda demandante, a través de la que no se percibía como implicado en la problemática ni tampoco en la posibilidad de mejora. Probablemente esta distinta tipología de demanda entre los miembros de la pareja también fue explicativa de los bajos resultados de dominancia obtenidos en el cónyuge del caso con bajo ajuste diádico. Estaríamos de acuerdo con Anderson y Johnson (2010) y Friedlander et al.

(2008a) en que para el terapeuta supone un reto facilitar una actitud colaborativa en los dos miembros de la pareja cuando existe un desajuste relacional. En casos con elevada conflictiva conyugal, suele ser necesario que el terapeuta dedique más esfuerzos en enganchar a los dos miembros de la pareja en el proceso terapéutico.

En relación a la dominancia cuantitativa de los terapeutas en la última sesión, los resultados muestran su necesidad constante de participar en la conversación terapéutica para controlar y manejar la conflictiva conyugal presente entre los miembros de la pareja. Este dato sobre la dominancia cuantitativa complementa a los hallazgos previos que consideran la dominancia interaccional de los terapeutas como una estrategia terapéutica eficaz para poner fin a un proceso de escalada en la conversación de la pareja (Vall et al., 2016; Whitaker et al., 2007; Yoon & Lawrence, 2013).

Por el contrario, en el caso con alto ajuste diádico, identificamos que el poder y el control del cónyuge estuvo vinculado con la dominancia cuantitativa y semántica. Esto significa que el cónyuge fue principalmente quien inició los temas de conversación y también fue quien más intervino en el diálogo terapéutico, sobre todo durante la primera sesión de terapia. Partiendo de la conceptualización de Campo (2014) y Linares y Campo (2000) el patrón de complementariedad rígida detectado en la pareja conllevó a que el cónyuge tomara una mayor iniciativa relacional en la conversación terapéutica, y por tanto, ocupara una posición '*up*' respecto a la paciente, prevaleciendo así interacciones que se complementaban en un encaje de posiciones desiguales. Sin embargo, al final del proceso terapéutico, la paciente fue más capaz de establecer una mayor iniciativa relacional a través de la dominancia semántica, es decir, decidiendo en determinados momentos por sí misma los temas a tratar en la conversación terapéutica. Como habían señalado otras investigaciones dialógicas, como las de Keltikangas et al. (2014) y Vall et al. (2016), observamos que la paciente del caso con alto ajuste diádico pudo adquirir una cierta proactividad a través de plantear nuevos temas de discusión en terapia, siendo éste un indicador de cambio en la jerarquía interna de la pareja.

Este resultado nos sugiere que cuando son los cónyuges no depresivos quienes presentan la dominancia cuantitativa y semántica al inicio de la terapia, y por tanto, los pacientes depresivos no adquieren el control de la conversación a través de intervenciones con reproche y rencor, puede ser más factible para los terapeutas flexibilizar la complementariedad rígida de la pareja.

Sin duda, los elevados resultados de dominancia obtenidos por el cónyuge del caso con alto ajuste diádico nos indicaron dos cuestiones. En primer lugar, nos mostró su grado de implicación y compromiso hacia el tratamiento ya desde la primera sesión. En base a esta idea, consideramos que el nivel motivacional inicial del cónyuge pudo estar relacionado con su tipología de la demanda. Siguiendo a Escudero (2009) a pesar de que, del mismo modo que en el otro caso, el cónyuge tuvo una demanda demandante, él expresó su deseo de implicarse en el proceso terapéutico y ser así una figura de apoyo para la paciente. Probablemente, la perspectiva más relacional que el cónyuge tuvo de la depresión en el caso con alto ajuste diádico, en comparación con el otro caso, fue explicativa de su actitud más colaborativa y participativa en el diálogo terapéutico, lo cual pudo influir positivamente en el éxito de la terapia (Hollon & Ponniah, 2010; Jones & Asen, 2000; Olfson et al., 2002).

En segundo lugar, el hecho que el cónyuge fuera el dominante, en lugar de que fuera la paciente quien dominara la conversación a través del reproche como sucedió en el otro caso, fue valorado como un signo de buen pronóstico; hizo más posible que los terapeutas pudieran flexibilizar la complementariedad rígida en la pareja, permitiendo así que los cónyuges adquirieran intercambios más simétricos entorno al poder (Campo, 2014; Linares & Campo, 2014). Siguiendo las ideas de Jones y Asen (2000) subrayamos que cuando el cónyuge no depresivo manifiesta el control de la conversación, parece ser más viable que los terapeutas interrumpen los ciclos interactivos de la pareja y modifiquen los significados que le atribuyen a la depresión.

Otra notoria divergencia entre los dos casos analizados se produjo en la forma en que cada uno *respondía a las intervenciones*. En el caso con bajo ajuste diádico y desfavorable resultado terapéutico se habló de un modo mayoritariamente *monológico*, sobretudo en la primera sesión de terapia, lo que significa que las intervenciones del hablante incluyeron sus propios pensamientos e ideas sin ser adaptados a la intervención previa. Como habían apuntado Rautiainen y Aaltonen (2010) cuando la sintomatología depresiva del paciente está relacionada con la presencia de problemas conyugales, puede suceder que la narrativa de la persona depresiva sea contradicha por la narrativa de su cónyuge, y viceversa.

Como sucedió en el caso con bajo ajuste diádico, el ciclo disfuncional de interacción presente entre los miembros de la pareja pudo verse reflejado en su dificultad para co-construir una narrativa compartida (Holma & Aaltonen, 1998; White & Epston, 1990). Siguiendo la teoría de Denton y Burleson (2007) la pareja con bajo ajuste diádico desarrolló un diálogo mediante el que expresar al otro la propia insatisfacción en la relación. De acuerdo con Rautiainen y Aaltonen (2010) y Kuhlman et al. (2013) en este tipo de diálogo se posiciona al otro como el responsable de la problemática, en lugar de desarrollar nuevas perspectivas compartidas sobre su situación o nuevas formas de actuar en ellas.

En contraposición, en el caso con alto ajuste diádico y favorable resultado al final de la terapia se respondió a las intervenciones de una forma mayoritariamente *dialógica*, en especial en la última sesión de la terapia. Este resultado es consonante con diversas investigaciones dialógicas anteriores en que se propone que la construcción del cambio en psicoterapia es facilitada a través de interacciones dialógicas. Estas interacciones se refieren a conversaciones caracterizadas por una escucha abierta y de aceptación, en la que los miembros de la pareja toman la iniciativa de la conversación y en la que los terapeutas son co-constructores del diálogo terapéutico (Andersen, 1995; Guregard & Seikkula, 2012; Seikkula, 2002). Como señala Campo (2014) y Linares y Campo (2000) en el tratamiento de pareja para la depresión resulta necesario flexibilizar el patrón de complementariedad rígida instaurado en la relación. Según nuestros resultados, subrayamos que la flexibilización del patrón relacional de la pareja con alto ajuste diádico contribuyó a que la paciente adoptara un papel más proactivo en las sesiones y se posicionara de un modo más simétrico respecto el cónyuge, lo cual pudo ayudar a que juntos co-construyeran un discurso dialógico.

Así pues, nos posicionamos al considerar que la construcción de un diálogo dialógico es característica de los casos que obtienen un exitoso resultado de la terapia, y a la vez, es una condición difícilmente asumible en parejas que se encuentran inmersas en una elevada conflictiva conyugal. Como indicaron Seikkula (2002, 2008) y Vall et al. (2014) el caso con favorable resultado de la terapia estuvo caracterizado por una escucha atenta y por el ajuste de las respuestas de un interlocutor a lo que se había dicho previamente, en lugar de respuestas que rechazaran o refutaran las opiniones o comentarios anteriores de otros interlocutores, como sucedió en el caso con bajo ajuste diádico. De acuerdo con la literatura previa, asumimos que el diálogo dialógico

contribuye favorablemente a la co-construcción de un nuevo significado de la problemática como un proceso compartido por los participantes en una conversación con múltiples voces (Rasanen et al., 2012a, 2012b; Seikkula et al., 2012; Seikkula, 2002, 2008; Laitila et al., 2001, 2005).

Así como en el caso con bajo ajuste diádico la narrativa de cada miembro de la pareja cuestionaba o contradecía la narrativa del otro, la pareja con alto ajuste diádico compartía y co-construía su narrativa de forma conjunta ya desde la primera sesión de tratamiento. Por tanto, supone un reto para el terapeuta lograr que cada miembro de la pareja enriquezca la narrativa del otro y que ambos presenten una relación activa con la depresión en sus historias, sobre todo cuando la pareja presenta la sintomatología asociada a problemas conyugales (Beach & Gupta, 2003; Beach & O'Leary, 1992; Whisman & Uebelacker, 2003). Estamos de acuerdo con Holma y Aaltonen (1998) y White y Epston (1990) en que resulta esencial ayudar a la pareja a co-construir una narrativa compartida sobre la depresión que les permita adquirir un mayor sentido de proactividad en su difícil situación.

Desde la perspectiva dialógica, se enfatiza la relevancia del diálogo producido en la interacción durante el *momento presente* del proceso de terapia, que permite el surgimiento de nuevos significados compartidos entre los participantes y la polifonía de sus voces (Bakhtin, 1981; Libdom et al., 2015; Seikkula, 2008). Según este enfoque, la conversación terapéutica se concibe como un proceso dinámico, compartido y que acontece en el momento presente entre los interlocutores (Linell, 2009; Markova et al., 2007).

Nuestros resultados mostraron cómo el momento presente en la conversación terapéutica fue considerado en diferente grado en cada uno de los casos analizados. Por un lado, la conversación del caso con bajo ajuste diádico estuvo centrada en el momento presente en las dos sesiones analizadas, especialmente en la última sesión de terapia. Ésta fue una estrategia terapéutica basada en destacar los sentimientos experimentados por los miembros de la pareja durante la sesión y reducir así la tensión entre ellos por aspectos de su historia pasada. De acuerdo con Stern (2004) los terapeutas de este caso escucharon las narrativas de ambos miembros de la pareja, las cuales con frecuencia eran discordantes la una con la otra, y cambiaban el foco del contenido de las narrativas al momento presente en que éstas fueron contadas durante la sesión. Estamos de



acuerdo con Seikkula (2008) en que al hacerlo fue posible explicitar las similitudes de las experiencias de uno y otro miembro de la pareja que estaban formulando a través de su discurso.

Por otro lado, la conversación del caso con alto ajuste diádico estuvo centrada en el momento presente cuando se subrayaban los cambios positivos que la pareja había realizado a través de la terapia. Desde la perspectiva del enfoque dialógico, la focalización del momento presente permitió en este caso centrarse en el patrón relacional, en la dinámica de la comunicación y en la posibilidad de que se produjera una retroalimentación significativa para la pareja (Seikkula, 2002; Seikkula et al., 2012; Vall et al., 2014).

En base a nuestros resultados, consideramos que la estrategia de centrar la conversación en el momento presente fue especialmente necesaria en el caso con bajo ajuste diádico como medida terapéutica para reducir la discordia conyugal entre los miembros de la pareja, aunque el hecho de que la conversación se centrara en el aquí y el ahora no fue una característica dialógica discriminativa del buen resultado terapéutico, como había sugerido previamente Seikkula y Trimble (2005) o Seikkula y Olson (2016). De hecho, la necesidad de los terapeutas de centrar la conversación en el momento presente con la pareja que presentaba un bajo ajuste diádico fue indicativa de las dificultades en el manejo terapéutico y en la posibilidad de lograr buenos resultados.

La *exploración del proceso de narración y del área de lenguaje* en el diálogo (Paso III del nivel macro-analítico) (ver Apartado 7.3.1.3 y Apartado 7.3.2.3) nos permitió detectar que, en términos generales, el *modo narrativo reflexivo* fue el más prevalente en los casos de terapia de pareja analizados tanto en la primera como en la última sesión, independientemente de su nivel de ajuste diádico y resultado final de la terapia. Sin embargo, la temática de los Episodios Temáticos nos informó que el discurso en este modo narrativo estuvo compuesto por intervenciones distintas en un caso y en el otro.

La pareja del caso con un bajo nivel de ajuste diádico llevó a cabo sus intervenciones desde un modo narrativo reflexivo basándose en una evaluación de los aspectos conflictivos de su relación conyugal. Dicho de otro modo, los miembros de la pareja hicieron una valoración (generalmente negativa) de su situación como pareja, la cual en diversas ocasiones se trataba de responsabilizar al otro de los aspectos

problemáticos de su situación. Siguiendo a Rautiainen y Aaltonen (2010) cuando una persona está depresiva, el cónyuge puede suponer una fuente de fortaleza, de recuperación, o por el contrario, una fuente de sufrimiento, perjudicando así su bienestar individual y de pareja.

En consecuencia, como habían apuntado Goldfarb et al (2007) y Heene et al. (2005) la relación que establece la persona deprimida con su pareja adquiere ciertas peculiaridades en su interacción, en especial cuando la variable de la insatisfacción conyugal está presente. El modo narrativo reflexivo se llevó a cabo en conversaciones en que la paciente consideraba al cónyuge como partícipe de los eventos negativos generadores de la insatisfacción en su relación de pareja. La insatisfacción conyugal presente en este caso pudo implicar a que se culpaba al cónyuge de ser el causante de estos eventos negativos y de conducir a la paciente hacia la depresión (Cordova & Gee, 2001; Jones & Asen, 2000).

En efecto, uno de los fenómenos observados en el caso con bajo ajuste diádico que puede resultar especialmente perjudicial coincide con lo referido por Gottman (2011) como es la comunicación entre los miembros de la pareja basada en los reproches como fórmula inadecuada de expresar necesidades y deseos. Al comparar nuestros resultados con investigaciones previas, detectamos que la comunicación negativa entre los miembros de la pareja del caso con bajo ajuste diádico, a través de críticas y de rechazo, pudo suponer un factor de estrés que limitó la posibilidad de co-construir nuevos significados entre ellos acerca de su relación, así como pudo aumentar la gravedad de los síntomas depresivos (Rehman et al., 2008; Whitton et al., 2008).

En referencia al caso con un alto nivel de ajuste diádico, gran parte de las intervenciones en un modo narrativo reflexivo de la pareja hacían referencia, en la primera sesión, a la problemática actual, al planteamiento de las responsabilidades de ambos miembros de la pareja en lo que les sucedía y en las posibles soluciones, y en la última sesión, la pareja evaluó los cambios positivos logrados conjuntamente a través de la terapia. A través del propio discurso de la pareja, la inclusión del cónyuge fue valorada como un recurso de fortaleza y de apoyo para la paciente que permitió, además, incrementar el bienestar relacional de la pareja (Rautiainen & Aaltonen, 2010). La relación cercana y de apoyo con el cónyuge para reflexionar y buscar estrategias en la resolución de conflictos tuvo un efecto amortiguador sobre los síntomas, facilitando

así la recuperación, siendo éste un elemento diferenciador respecto al otro caso analizado, como habían apuntado Whisman (2001) y Whisman y Uebelacker (2009).

Si nos centramos en el área del lenguaje, los dos casos de terapia de pareja analizados presentaron una mayor proporción de *lenguaje indicativo* (vs. lenguaje simbólico) tanto en la primera como en la última sesión. Si bien es cierto que el caso con bajo ajuste diádico y desfavorable resultado terapéutico empezó la terapia con un porcentaje más elevado de esta tipología de lenguaje, en comparación con el caso con alto ajuste diádico y favorable resultado de la terapia. Por tanto, en los dos casos los terapeutas y los miembros de la pareja utilizaron principalmente un lenguaje concreto, no abstracto, en el diálogo terapéutico. En específico, el lenguaje indicativo en los miembros de la pareja del caso con bajo ajuste diádico se utilizó, por ejemplo, cuando se defendían de las acusaciones del otro a través de la narración de hechos demostrables. En el caso con alto ajuste diádico, el diálogo terapéutico estuvo muy centrado en la organización del día a día, es decir, en cuestiones cotidianas, utilizando así un lenguaje concreto para referirse a aspectos fácticos o reales.

En nuestra investigación, a diferencia de los estudios previos de Seikkula (2002), Seikkula y Olson (2016) y Vall et al. (2016), la cualidad dialógica referente a la utilización del lenguaje simbólico no estuvo directamente relacionada con el buen resultado terapéutico. Así como el diálogo dialógico caracterizó al caso con buen resultado terapéutico y el diálogo monológico caracterizó al caso con desfavorable resultado, la construcción de significado a un nivel simbólico no fue una calidad del diálogo identificativa del caso con éxito al final de la terapia. Aun así, hay algunas consideraciones a tener en cuenta. Guregard y Seikkula (2012), Rasanen et al. (2012a, 2012b), Seikkula (2002) y Seikkula y Arnkil (2014) afirmaron que el lenguaje simbólico es característico de las secuencias de las sesiones en que se produce un diálogo dialógico (vs. diálogo monológico). Por tanto, sería esperable que la interacción dialógica y el habla con significado simbólico aparecieran simultáneamente.

En ese mismo sentido, nuestros resultados han demostrado que la capacidad de los miembros de la pareja para desarrollar una conversación con significados simbólicos se produjo en momentos específicos de las sesiones en que éstos mantenían un diálogo mutuo y co-construido de una forma dialógica. Específicamente en el caso con bajo ajuste diádico, en el que la pareja llevó a cabo durante gran parte de las sesiones una

conversación monológica, la aparición de momentos de diálogo dialógico coincidió temporalmente con el surgimiento de elementos simbólicos en su lenguaje.

Por lo tanto, el uso de lenguaje simbólico parecía venir facilitado por la co-construcción de un diálogo dialógico entre los miembros de la pareja (Guregard & Seikkula, 2012; Rasanen et al., 2012a, 2012b; Seikkula, 2002; Seikkula & Arnkil, 2014). Como habían señalado estos autores, los significados simbólicos se generan dentro de un diálogo en que una palabra conlleva una variedad de distintos posibles significados que emergen en el contexto del momento presente. Las parejas fueron capaces de llevar a cabo conversaciones a un nivel simbólico cuando establecían un diálogo dialógico, en el que los interlocutores se movían hacia el punto de vista del otro y emergían distintas voces.

Valoramos que las principales diferencias entre el caso con alto ajuste diádico y buen resultado y el caso con bajo ajuste diádico y desfavorable resultado tuvieron que ver con la iniciación y la respuesta de los miembros de la pareja al discurso simbólico. De forma similar a los resultados encontrados por Rasanen et al. (2012a, 2012b) la pareja con alto ajuste diádico produjo espontáneamente en determinados momentos una conversación a un nivel simbólico. Esto se originó en momentos de la conversación terapéutica en que los miembros de la pareja descubrían y negociaban la distinta perspectiva que cada uno tenía en referencia a diversos temas relacionados con su problemática, como fue la conflictiva relación con la hermana de la paciente, la depresión o las dificultades de comunicación de la pareja. Aunque como mencionábamos anteriormente, la conversación se centró en otros momentos en aspectos cotidianos y de organización doméstica, que a pesar de realizarse mediante un lenguaje indicativo, permitió la co-construcción de un diálogo conjunto y articulado por los dos cónyuges. Por contraste, en el caso con bajo ajuste diádico, los terapeutas intentaron en varias ocasiones llevar la discusión a un nivel de conversación más abstracto (simbólico), y sin embargo, la pareja no siguió su propuesta, sino que en lugar de ello, mantuvo su discurso a un nivel de significado indicativo.

En base a esta consideración, valoramos que la pareja del caso con alto ajuste diádico, en comparación con la otra pareja, tuvo una mayor capacidad para adaptar su discurso de un modo flexible a un nivel de significado simbólico por propia iniciativa y también ante las contribuciones simbólicas de los terapeutas (Rasanen et al., 2012a,

2012b). De este modo, a pesar que el lenguaje simbólico no ha sido por sí mismo característico del caso con alto ajuste diádico, se asume que la co-construcción de los nuevos significados entre los miembros de la pareja es desarrollada a través de diálogos dialógicos, y específicamente, el uso del lenguaje simbólico puede devenir una estrategia terapéutica útil, que sin duda, promueve el cambio terapéutico (Seikkula, 2002; Seikkula & Olson, 2016).

Tomando como referencia los resultados obtenidos a través del análisis dialógico en un nivel macro-analítico, confirmamos parcialmente la **Hipótesis 3 (H3)**. En primer lugar, como habíamos previsto, las cualidades dialógicas de la pareja con bajo ajuste diádico se basaron en el *discurso monológico*, la utilización del *lenguaje indicativo* y en una *dominancia cuantitativa y semántica* presente de forma desequilibrada entre los cónyuges, donde la paciente fue la dominante, a excepción de la última sesión, que fueron los terapeutas quienes presentaron la dominancia cuantitativa. Sin embargo, desestimamos parte de la hipótesis, al haber obtenido que el *modo narrativo reflexivo* fue el más utilizado en este caso, aunque fuera para valorar negativamente los aspectos conflictivos de su relación conyugal.

En segundo lugar, también confirmamos esta hipótesis al comprobar que las cualidades dialógicas de la pareja con alto ajuste diádico se basaron en el *discurso dialógico* a través de un *modo narrativo reflexivo*. Por el contrario, refutamos parte de la hipótesis establecida inicialmente, al demostrar que la pareja también presentó *dominancia cuantitativa y semántica* de forma desequilibrada entre los cónyuges, siendo el cónyuge el más dominante en la conversación. Además, comprobamos que la utilización del *lenguaje simbólico* no fue por sí misma una cualidad dialógica asociada al éxito del tratamiento, aunque sí lo fue la capacidad que la pareja tuvo de adaptar su discurso de un modo flexible a un nivel de significado simbólico tras la intervención de los terapeutas.

A través de los resultados hallados en el análisis dialógico a un nivel macro-analítico, también nos es posible confirmar parcialmente la **Hipótesis 4 (H4)** al detectar que, independientemente del ajuste diádico de las parejas y de su resultado terapéutico, los terapeutas de ambos casos presentaron la *dominancia interaccional*. Sin embargo, los terapeutas del caso con buen resultado no redujeron dicha dominancia al final de la terapia, como habíamos previsto en base a la literatura previa. Además, de forma

distinta a lo que habíamos planteado, la estrategia de centrar la conversación en el *momento presente* fue más prevalente y a la vez especialmente necesaria en el caso con bajo ajuste diádico como medida terapéutica para reducir la discordia conyugal entre los miembros de la pareja.

Con la intención de efectuar el **cuarto objetivo**, determinar el contenido del diálogo en los dos casos de terapia de pareja en función de las dimensiones de la alianza terapéutica, tuvimos en cuenta la división de las sesiones en base a los Episodios Temáticos (Paso I del análisis dialógico a un nivel macro-analítico) con las puntuaciones de la alianza terapéutica a través del SOATIF-o (Friedlander et al., 2006). Este objetivo obedeció a un doble propósito.

En primer lugar, nos permitió ubicar los indicadores de la alianza terapéutica en el momento preciso de la sesión en que éstos habían sido puntuados. Esto fue útil ya que nos interesaba conocer el tema de conversación en el instante de la sesión en que se detectó algún indicador de la alianza terapéutica, partiendo de la premisa que el contenido del diálogo durante la construcción de la alianza, ya fuera positiva o bien negativa, sería distinto en las parejas dependiendo de cuál fuera su nivel de ajuste diádico. En segundo lugar, quisimos detectar Episodios Temáticos específicos de las sesiones que resultaban relevantes, en términos de la alianza terapéutica, para profundizar a través del análisis dialógico a un nivel micro-analítico.

La elección de los Episodios Temáticos de las sesiones para ser analizados a un nivel micro-analítico se realizó principalmente en función de la dimensión de la alianza terapéutica de *Compartir el Propósito de la terapia*, al ser considerada una dimensión relacionada con el nivel de ajuste diádico de las parejas, y a la vez, especialmente crítica para la obtención de buenos resultados en el tratamiento (Anderson & Johnson, 2010; Friedlander et al., 2008b; Knobloch-Fedders et al., 2007; Pinsof et al., 2008). Aunque también, al hacer dicha selección de los Episodios Temáticos, contemplamos que fueran instantes relevantes en referencia a las otras dimensiones de la alianza de *Eganche en el proceso terapéutico*, *Conexión Emocional* y *Seguridad dentro del contexto terapéutico*, al reflejar componentes de la alianza también importantes en el tratamiento con parejas (Anderson & Johnson, 2010; Friedlander et al., 2008b; Heatherington et al., 2005; Knobloch-Fedders et al., 2007; Pinsof et al., 2008; Symonds & Horvath, 2004).

A continuación discutimos los resultados a partir de la comparativa del contenido del diálogo entre los dos casos de terapia de pareja en base a la dimensión de *Compartir el Propósito de la terapia*, siendo ésta la dimensión que hace referencia al concepto de alianza intrasistema (Pinsof, 1994). Además, fue ésta la única dimensión en que se detectaron indicadores negativos en el caso con bajo ajuste diádico.

Por un lado, la pareja con bajo ajuste diádico puntuó indicadores positivos en esta dimensión, por ejemplo validando mutuamente el punto de vista del otro u ofreciendo un acuerdo de compromiso, cuando hablaban sobre los recursos y fortalezas que tenían como pareja, sobre los cambios realizados a través de la terapia o bien sobre cómo habían percibido el proceso terapéutico. En cambio, puntuaron indicadores negativos de esta dimensión únicamente cuando la conversación terapéutica se centraba en su conflictiva de pareja, la cual hacía referencia a la mala relación de la paciente con la familia de origen del cónyuge y con el poco apoyo recibido por él en referencia a la depresión. Fue en estos momentos de la sesión, cuando se hablaba sobre su conflictiva, que los terapeutas contribuyeron con indicadores positivos en esta misma dimensión.

La concurrencia temporal entre las puntuaciones negativas en *Compartir Propósito* y la conversación centrada en la conflictiva de la pareja plantea dos cuestiones. En primer lugar, encontramos que los casos con alta insatisfacción conyugal tienden a plantear en la terapia más problemas y fuentes de conflicto centrados en la pareja, por lo que la dificultad de estar juntos para hacer frente a sus dificultades puede desembocar en bajas puntuaciones en la alianza (Halford et al., 2016; Heene et al., 2005; Owen et al., 2013; Symonds & Horvath, 2004). En segundo lugar, los resultados muestran cómo, la intervención basada en ampliar el foco de atención y replantear no sólo la conflictiva conyugal, sino también las estrategias de resolución en términos relacionales o bien los recursos de la pareja, puede ser útil de cara a incrementar la capacidad de la pareja para trabajar conjuntamente en la mejora de su situación (Montesano et al., 2014).

Por otro lado, la pareja con alto ajuste diádico puntuó al inicio y al final de la terapia indicadores positivos en la dimensión de *Compartir el Propósito*, y lo hizo en momentos de las sesiones en que se hablaba sobre la depresión, la problemática con la familia de origen de la paciente, así como mientras valoraban su situación actual como pareja, sus cambios logrados, y la relación establecida con los terapeutas. Por su parte,

los terapeutas también contribuyeron positivamente en *Compartir Propósito* cuando la conversación terapéutica se centraba en estos mismos temas. Este resultado nos permitió comprobar cómo, a diferencia del otro caso, la pareja fue capaz de hablar acerca de sus principales puntos de conflicto, como eran la depresión y la familia de origen, y lo hicieron validando mutuamente sus puntos de vista, mostrando apoyo o preocupación el uno con el otro, o bien preguntándose entre ellos por sus perspectivas. Estamos de acuerdo con Lambert et al. (2012) en que estos son indicadores de una actitud de compromiso, apoyo y cuidado mutuo que favorecen al desarrollo de una buena alianza intrasistema.

Por tanto, corroboramos la **Hipótesis 5 (H5)** al identificar que la pareja con bajo ajuste diádico presentó indicadores negativos de la alianza intrasistema cuando el tema de conversación se centraba en la conflictiva conyugal, la cual estuvo principalmente basada en la falta de apoyo y comprensión del cónyuge hacia la sintomatología depresiva de la paciente. Por el contrario, la pareja con alto ajuste diádico presentó indicadores positivos de la alianza intrasistema cuando hablaban sobre su relación de pareja y sobre el soporte del cónyuge hacia la paciente en referencia a la depresión.

Debido a que la literatura sugería que la dimensión de la alianza terapéutica de *Compartir el Propósito* es especialmente crítica para el resultado terapéutico, nos planteamos el **quinto objetivo**, profundizar en las cualidades del diálogo de las parejas y de los terapeutas en los dos casos en función del establecimiento de la alianza intrasistema. Para ello, aplicamos a **un nivel micro-analítico** el método de IDC (Seikkula et al., 2012; Seikkula & Olson, 2016) al analizar algunos Episodios Temáticos de la primera y la última sesión en que las parejas hubieran puntuado indicadores de la dimensión de *Compartir el Propósito*.

Como señaló Seikkula (2002) el objetivo del análisis a través del método de IDC a un nivel micro-analítico no fue ofrecer explicaciones de causalidad. Por tanto, los resultados no deben ser concebidos como una explicación causal del favorable o del desfavorable resultado terapéutico, ya que entendemos que existen otros factores implicados en el éxito del tratamiento que no son tenidos en cuenta en nuestra investigación. El análisis debe ser concebido como una forma de entender el desarrollo de la cualidad del diálogo terapéutico en las sesiones de terapia de pareja para la depresión. Por tanto, aunque existe evidencia para considerar la cualidad del diálogo



como variable influyente en el resultado de la terapia, los resultados no deben ser planteados como una explicación completa del éxito en el tratamiento (Seikkula, 2002; Seikkula et al., 2012; Seikkula & Olson, 2016).

El estudio de las cualidades del diálogo se llevó a cabo a través de la evaluación de las diferencias y similitudes entre los dos casos de terapia de pareja en base a los conceptos del Diálogo Abierto (Bakhtin, 1984, 1986) en Episodios Temáticos ejemplificadores de su construcción de la alianza intrasistema.

La *elección de los Episodios Temáticos* a explorar a nivel micro-analítico (ver Apartado 7.3.4.1) se llevó a cabo seleccionando fragmentos en que las dos parejas puntuasen algún indicador de la dimensión de *Compartir el Propósito*, al ser ésta la dimensión ilustrativa de la alianza intrasistema (Pinsof, 1994). Aun así, también se tuvieron en cuenta las puntuaciones de las demás dimensiones de la alianza terapéutica en estos mismos momentos. Además, los Episodios Temáticos seleccionados fueron ilustrativos de las cualidades dialógicas de cada caso.

En referencia al caso con alto ajuste diádico, se eligieron para la primera y última sesión dos Episodios Temáticos que ilustraran la capacidad de la pareja para establecer una *favorable alianza intrasistema*, a través de la dimensión de *Compartir el Propósito*, y también sus *cualidades dialógicas* más prevalentes a lo largo de la sesión.

En cuanto al caso con bajo ajuste diádico, se escogieron Episodios Temáticos para la primera y última sesión en base a dos criterios distintos. Por un lado, dos Episodios Temáticos que resultaran explicativos de las *dificultades de la pareja para establecer la alianza intrasistema* y también de sus *cualidades dialógicas* más presentes. Por otro lado, dos Episodios Temáticos específicos en que la pareja pudo establecer momentáneamente una *positiva alianza intrasistema*, y en los que además, pudo *incrementar sus puntuaciones en las demás dimensiones de la alianza terapéutica* y se produjo un cambio en la tendencia de la sesión en cuanto a sus *cualidades dialógicas*. Como sugirió Olson et al. (2012) y Seikkula et al. (2012) el análisis a un nivel micro-analítico permite un conocimiento detallado de lo que sucede en momentos específicos de cambio en una sesión. En concreto, cuando la pareja presentó una alianza intrasistema positiva, fueron momentos de las sesiones en que la conversación pasó a ser *dialógica*, se introdujeron algunos *elementos simbólicos* en el lenguaje, hubieron

cambios en términos de *dominancia* en el diálogo, y el *momento presente* se tuvo en cuenta en la conversación terapéutica.

A continuación, discutimos los resultados a partir de la *comparativa del análisis a un nivel micro-analítico* entre los dos casos de terapia de pareja con diferente nivel de ajuste diádico y resultado terapéutico, en función de sus puntuaciones de la alianza intrasistema (ver Apartado 7.3.4.2 y Apartado 7.3.4.3).

### **Cualidades dialógicas de las parejas al iniciar la terapia**

En referencia al caso con **bajo ajuste diádico**, la pareja llevó a cabo un discurso con *destinatarios con múltiples voces*, a través del cual hablaba al terapeuta, pero se dirigían indirectamente al cónyuge. Sin embargo, el análisis a un nivel micro nos permitió comprobar que el contenido de este tipo de discurso fue diverso a lo largo de la sesión. En *Episodios Temáticos (ET) con Compartir Propósito (CP) negativo*, los miembros de la pareja reprocharon ante el otro aspectos conflictivos de su relación. En otros momentos, el cónyuge habló con destinatarios con múltiples voces para reconocer su responsabilidad propia en la mejora de su relación de pareja (*ET con CP positivo*). En cambio, en el caso con **alto ajuste diádico**, el discurso con *destinatarios con múltiples voces* de la pareja se planteó para valorar positivamente ante el cónyuge su relación de pareja (*ET con CP positivo*).

Desde la perspectiva dialógica, consideramos que la narración de las historias de las parejas se desarrolla en función de un contexto, lo que implica que sus historias sólo existen a través de la presencia de otras personas quienes las escuchan (Bakhtin, 1984, 1986). Por esta razón, en concordancia con Coyne y Benazon (2001) y Rehman et al. (2008) consideramos que los miembros de la pareja con bajo ajuste diádico, en cuyo caso la depresión parecía estar asociada con la conflictiva conyugal, la terapia fue percibida como un lugar donde expresar ante el otro y ante los terapeutas su insatisfacción respecto a la relación. En base a nuestros resultados, detectamos que la paciente adquirió el control de la conversación terapéutica a través intervenciones que denotaban reproche y crítica hacia el cónyuge. Coincidimos con Campo (2014) y Linares y Campo (2000) en que la sintomatología depresiva, cuando está asociada a conflictos conyugales, es un recurso de la paciente para adquirir la iniciativa relacional en la relación de pareja.

En cambio, como habían encontrado Harris et al. (2006) y Seikkula et al. (2013) la comunicación entre los miembros de la pareja con alto ajuste diádico, en cuyo caso la depresión parecía estar vinculada con la conflictiva con la familia de origen de la paciente, se basó en la expresión de la confianza, la aceptación mutua y el apoyo recibido por el otro durante el curso de la depresión. Vinculando este resultado con la teoría de Campo (2014) y Linares y Campo (2000), cuando la depresión no está tan vinculada con conflictos conyugales, la paciente suele mantenerse en una posición ‘down’ de la complementariedad rígida instaurada en la relación, y suele ser el cónyuge quien domine la conversación terapéutica. Por tanto, nuestros resultados muestran que en estos casos los pacientes depresivos no adquieren el control de la conversación para reprochar ni culpar a su pareja de los aspectos problemáticos.

Partiendo de la calidad polifónica del lenguaje planteada por Bakhtin (1984, 1986) consideramos que, en el caso con **bajo ajuste diádico**, la paciente habló con la *voz de enferma* a lo largo de toda la primera sesión. Además, en algunos momentos de la sesión habló con la *voz de los demás* (vs. su propia voz) al expresar los mensajes que le daban terceras personas para superar la depresión (**ET con CP negativo**). En otros momentos de la sesión, la paciente dejó de hablar con estas dos voces e integró un habla mediante la *voz de sí misma* al posicionarse en cuanto a sus expectativas en la terapia (**ET con CP positivo**). En el caso con **alto ajuste diádico**, la paciente también habló con la *voz de enferma*, pero sin embargo incorporó una voz que no estuvo presente en el otro caso; habló con la *voz de sí misma y del cónyuge* para referirse a un “nosotros” y así expresar su perspectiva común acerca de sus recursos como pareja (**ET con CP positivo**).

La paciente con bajo ajuste diádico fue capaz, en los ET con CP positivo, de adoptar una actitud proactiva que le permitió conversar desde una actitud de colaboración e implicación en referencia a la terapia, lo que para Linares y Campo (2000) es una condición necesaria para el cambio terapéutico con pacientes depresivos. De este modo, el habla mediante la *voz de sí misma* podría mantener relación con su Enganche a nivel individual en el proceso terapéutico, que para autores como Friedlander et al. (2009) es un componente importante de la alianza terapéutica. Además, se detecta una diferencia destacable en las voces de las dos pacientes. A pesar de que la paciente del caso con bajo ajuste diádico pudo hablar con su propia voz acerca

de sus expectativas a nivel individual, la paciente del caso con alto ajuste diádico incorporó en su habla una voz co-construida y común entre los dos miembros de la pareja. Por tanto, la *voz de sí misma y del cónyuge* pudo estar relacionada con su visión compartida acerca de la naturaleza de los problemas y de las metas en terapia, características indicativas de una fuerte alianza intrasistema según Lambert et al. (2012).

En cuanto al caso con **bajo ajuste diádico**, en toda la sesión el cónyuge hizo explícita la *voz de consejero* de la paciente, a través de la que le facilitaba estrategias para mejorar su estado anímico que promovía la aparición de *la voz de enferma* en ella (**ET con CP positivo y negativo**). En referencia al **caso con alto ajuste diádico**, el cónyuge habló con la *voz de sí mismo y de la paciente* al expresar sus expectativas y responsabilidades compartidas para la mejora (**ET con CP positivo**).

De este modo, así como las voces del cónyuge del caso con bajo ajuste diádico enfatizaban su individualidad y promovían que la paciente hablara como enferma, las voces del cónyuge del caso con alto ajuste diádico enfatizaban su implicación en el problema, así como en la pertinente búsqueda de soluciones y el trabajo en equipo junto con la paciente. Siguiendo a Escudero (2009) consideramos que las voces del cónyuge del caso con alto ajuste diádico, en comparación con las voces del cónyuge del otro caso, fueron indicativas de su mayor grado de involucración en el proceso terapéutico, y por tanto, de su actitud más colaborativa en la terapia. Este dato pone de relieve lo sugerido por diversos autores, como Anderson y Johnson (2010), Aznar et al. (2014), Escudero et al. (2012) y Mamodhoussen et al. (2005), en referencia a la importancia de mantener un equilibrio en las alianzas establecidas con los dos miembros de la pareja, tanto en términos de contribuir a su Enganche en el proceso de la terapia como en términos de establecer una vinculación emocional con cada uno de ellos.

En referencia a las *posiciones* detectadas en las parejas, la paciente del caso con **bajo ajuste diádico** se posicionó “incomprendida” en la depresión, y posicionó al cónyuge “culpable” de su sufrimiento. El cónyuge se posicionó “incapaz” de ayudar a la paciente a mejorar su estado anímico y “no enfermo” en referencia a la depresión, y posicionó a la paciente “enferma” o implicada en sus problemas. Los dos miembros de la pareja se posicionaron “diferentes” y “opuestos” el uno del otro (**ET con CP negativo**). En otros momentos de la sesión, la paciente se posicionó individualmente

“agente activo de cambio” o capacitada para el cambio y para establecer sus expectativas terapéuticas, así como el cónyuge por primera vez se posicionó “implicado” o parte necesaria para lograr cambios en la relación (*ET con CP positivo*). Sin embargo, al final de la sesión la pareja volvió a adoptar las mismas posiciones inicialmente presentadas. Las posiciones de la pareja del **caso con alto ajuste diádico** divergieron de las comentadas para el otro caso. El cónyuge fue quien planteó inicialmente las posiciones, situándose a sí mismo como “observador” de la depresión, aunque también “implicado” en la responsabilidad de mejora, y posicionando a la paciente “involucrada” en el problema. La paciente aceptó las posiciones planteadas por el cónyuge y los dos miembros de la pareja se posicionaron “unidos” y “corresponsables” del cambio (*ET con CP positivo*).

Los cónyuges de ambos casos se posicionaron “implicados” en la responsabilidad de mejorar su relación de pareja cuando el Compartir Propósito fue positivo. Sin embargo, hubo un conjunto de diferencias en las posiciones de ambos casos. En primer lugar, sólo la paciente del caso con alto ajuste diádico aceptó y adoptó la posición que había sido propuesta por el cónyuge, mostrando así el acuerdo entre ambos en referencia a la definición del problema, lo que para Lambert et al. (2012) supone uno de los componentes esenciales de la alianza intrasistema. En segundo lugar, sólo la paciente del caso con bajo ajuste posicionaba al cónyuge como culpable de su sufrimiento, lo que sugería la vinculación entre la sintomatología depresiva y la insatisfacción conyugal estudiada por Denton y Burwell (2006), Tilden et al. (2010) y Stith et al. (2000). En tercer lugar, todas las posiciones de la pareja del caso con bajo ajuste diádico ubicaban a los cónyuges como separados y diferentes el uno del otro, y en cambio, las posiciones del caso con alto ajuste diádico ubicaban a la pareja como una unidad y un equipo para mejorar la relación, lo que sin duda también está relacionado con una positiva alianza intrasistema (Lambert et al., 2012; Whisman & Uebelacker, 2009). En último lugar, se percibe cómo el cónyuge del caso con bajo ajuste diádico fracasa al ayudar a la paciente a superar la depresión, y por tanto, este hecho lo sitúa a él en una posición ‘down’ en la relación (Linares & Campo, 2000) (ver Apéndice G sobre la comparativa de las voces y posiciones de las parejas).

### **Cualidades dialógicas de las parejas al finalizar la terapia**

En la última sesión de terapia, la pareja con **bajo ajuste diádico** mantuvo un discurso con *destinatarios con múltiples voces*, a través del que hablaban al terapeuta, pero su mensaje iba dirigido indirectamente al cónyuge. En algunos momentos de la sesión, la paciente llevó a cabo este tipo de discurso al expresar el mensaje de reconocimiento por el sufrimiento vivido que le hubiera gustado recibir por parte del cónyuge en el pasado (**ET con CP negativo**). En otros momentos de la sesión, la paciente habló con destinatarios con múltiples voces al reconocer los cambios que el cónyuge había realizado a través de la terapia, mientras que el cónyuge lo hizo al comprometerse en la prevención de recaídas (**ET con CP positivo**). Por contraste, en el **caso con alto ajuste diádico** se produjo el discurso con destinatarios con múltiples voces al referirse indirectamente al otro miembro de la pareja e interesarse por su perspectiva de lo que se estaba hablando y, en el caso de la paciente, reconocer el afecto, apoyo y cuidado que percibía por parte del cónyuge (**ET con CP positivo**).

En la misma línea de lo sugerido por Rasanen et al. (2012a, 2012b) y Seikkula et al. (2012) el discurso con destinatarios con múltiples voces contribuyó a la co-construcción de un diálogo dialógico en la pareja con alto ajuste diádico, en el que los interlocutores se movían hacia el punto de vista del otro y emergieron múltiples voces en ellos. En cambio, en el caso con bajo ajuste diádico, el discurso con destinatarios con múltiples voces fue principalmente llevado a cabo para reprochar y culpar al cónyuge de su situación, lo que conllevó a un diálogo monológico que no permitía incorporar las voces del otro en el diálogo terapéutico. Por tanto, valoramos que el discurso de la pareja con destinatarios con múltiples voces, cuando es llevado a cabo para incluir indirectamente al otro en la conversación, es un signo positivo de su capacidad para co-construir nuevos significados sobre su problemática y plantear conjuntamente estrategias de mejora (Bakhtin, 1981; Libdom et al., 2015; Seikkula, 2008).

En el caso con **bajo ajuste diádico**, la paciente habló con la *voz de sufridora* al expresar la falta de apoyo percibido del cónyuge en referencia a la depresión (**ET con CP negativo**). En otros instantes de la sesión, la paciente habló con la *voz de evaluadora externa* de los cambios logrados por el cónyuge a través de la terapia y con la *voz de los demás* (vs. su propia voz) al explicitar mensajes que otras personas le decían acerca de la mala actitud del cónyuge hacia ella en el pasado (**ET con CP positivo**). En cambio, la

paciente del caso con **alto ajuste diádico** habló durante toda la sesión con la *voz de recuperada* al relatar la mejoría percibida en su estado anímico en las últimas semanas y con la *voz de sí misma y del cónyuge* al expresar a través de un “nosotros” su perspectiva compartida por la mejoría lograda (**ET con CP positivo**).

Así pues, la paciente del caso con bajo ajuste siguió hablando con voces que expresaban la conflictiva de pareja, y sólo en Episodios Temáticos con Compartir Propósito positivo, pudo expresar cambios positivos realizados en terapia, aunque fuera desde una voz externa a sí misma. Como habían apuntado Heene et al. (2005) en su estudio de terapia de pareja con pacientes depresivos, la calidad polifónica del lenguaje de la paciente en este caso fue indicativa de su consideración acerca de que otras personas eran las responsables de los acontecimientos negativos y de la posibilidad de lograr una mejoría. Además, la *voz de evaluadora* de la paciente denotó el patrón de complementariedad rígida que seguía instaurado en la pareja, en el cual la sintomatología depresiva le otorgaba una posición ‘*up*’ respecto al cónyuge (Campo, 2014; Linares & Campo, 2000).

Por otro lado, la paciente del caso con alto ajuste habló con voces que expresaban su mejoría y una perspectiva compartida por los dos miembros de la pareja. Como ya había sucedido al inicio de la terapia, sus voces mostraban una cohesión entre ellos en el valor que le daban a la terapia como una vía útil para tratar sus problemas, lo que era altamente indicativo de una alianza intrasistema positiva (Beck et al., 2006; Friedlander et al., 2009; Lambert et al., 2009).

En el caso con **bajo ajuste diádico**, el cónyuge habló en gran parte de la sesión con la *voz de no enfermo* en referencia a la depresión, siendo ésta una voz que responsabilizaba a la paciente de su problemática (**ET con CP negativo**). En algunos momentos de la sesión, sin embargo, el cónyuge incorporó la nueva *voz de reconocedor* del sufrimiento de la paciente por no haberla defendido en referencia a su familia de origen (**ET con CP positivo**). En cuanto al cónyuge del **caso con alto ajuste diádico**, volvió a presentar una voz que ya estuvo presente al inicio de la terapia, como fue la *voz de la paciente y de sí mismo* para referirse a un “nosotros” y expresar así su punto de vista común en referencia a los cambios realizados y a su buena disposición compartida en la terapia (**ET con CP positivo**).

Como se puede comprobar, las voces del cónyuge del caso con bajo ajuste enfatizaban la problemática de pareja y denotaban su dificultad para implicarse en la terapia y para percibir los beneficios individuales y relacionales que podía obtener a través del proceso terapéutico (Beck et al., 2006). En contraste, las voces del cónyuge del caso con alto ajuste enfatizaban el compromiso común de la pareja y su trabajo en equipo para mejorar la relación, lo que como ya hemos apuntado en la primera sesión, repercutía positivamente en la construcción de la alianza intrasistema. Como indicaron Artigas et al. (2017), Mateu et al. (2014) y Vilaregut et al. (2017) la perspectiva compartida de los sucesos promueve la alianza intrasistema y, por tanto, consideramos que el fomento de las voces comunes en los miembros de la pareja para referirse a un “nosotros” pueden contribuir a la probabilidad de que la terapia tenga un buen pronóstico.

En cuanto a las *posiciones* de las parejas, la paciente del caso con **bajo ajuste diádico** se posicionó “sufridora” en referencia a la depresión y posicionó al cónyuge “culpable” de su sufrimiento. Por su parte, el cónyuge se posicionó “arrepentido” de haber provocado sufrimiento a la paciente por temas relacionados con su familia de origen y “exigido” por la paciente. Los dos miembros de la pareja se posicionaron “no agentes activos de cambio” en el proceso terapéutico y “separados” el uno del otro (**ET con CP negativo**). En otros momentos de la sesión, la paciente se posicionó individualmente como “agente activo de cambio” o capacitada a nivel individual para promover una mejora y el cónyuge se posicionó “implicado” o parte necesaria para lograr una mejora en la relación (**ET con CP positivo**). Sin embargo, al final de estos Episodios Temáticos los dos miembros de la pareja se volvieron a posicionar “no agentes activos de cambio” y posicionaron al terapeuta “responsable” o propulsor de los cambios logrados.

En referencia al caso con **alto ajuste diádico**, la paciente se posicionó como “paciente recuperada” y posicionaba al cónyuge como “acompañante”. Por su parte, el cónyuge aceptó la posición en que le situaba la paciente pero, como en la primera sesión, lo hizo como “implicado” en la recuperación lograda. Además, en la última sesión aparecieron nuevos posicionamientos; la paciente se posicionó como persona “independiente” y posicionó al cónyuge como “preocupado” por ella (**ET con CP positivo**). Nuestro resultado indica que se produjo una flexibilización en el patrón de



interacción complementario rígido de la pareja, que dio lugar a una relación de corte más simétrico, permitiendo a la paciente la recuperación de una cierta iniciativa relacional más allá de los síntomas (Campo, 2014; Linares & Campo, 2000).

Además, del mismo modo que al inicio de la terapia, los cónyuges de los dos casos se posicionaron “implicados” en la responsabilidad del cambio y en el proceso terapéutico cuando el Compartir Propósito fue positivo, lo que según Beck et al. (2006) se traduce en una disposición hacia la terapia esencial para el logro de buenos resultados.

A diferencia del caso con bajo ajuste, sólo el cónyuge del caso con alto ajuste aceptó y adoptó la posición propuesta por la paciente, siendo este hecho indicativo del acuerdo entre ambos en referencia a la naturaleza del problema y a su situación, siendo éste un componente destacado por Lambert et al. (2012) de la alianza intrasistema. En segundo lugar, las posiciones de la pareja con bajo ajuste diádico denotaron la consideración del cónyuge como el causante de sus problemas y de la insatisfacción en la relación. Por el contrario, las posiciones de la pareja con alto ajuste diádico denotaron un mayor grado de intimidad y una relación de apoyo mutuo, que pudo contribuir al establecimiento de una favorable alianza entre ellos, así como a la reducción de la sintomatología depresiva, como sugirieron Coyne et al. (2002) (ver Apéndice G sobre la comparativa de las voces y posiciones de las parejas).

### **Estrategias terapéuticas**

Al **inicio del proceso terapéutico**, los terapeutas del caso con **bajo ajuste diádico** llevaron a cabo una serie de estrategias basadas en: (a) Centrar la conversación en el momento presente al contribuir que las voces de los dos miembros de la pareja se sintieran escuchadas en su discurso sobre su conflictiva, reduciendo así la hostilidad entre ellos y garantizando la seguridad en el contexto terapéutico; (b) posicionar a la pareja “unida” en el sentimiento de incompreensión que los miembros de la pareja presentaban; (c) dirigir el discurso a la paciente a nivel individual; y (d) responder a la *voz de enferma* de la paciente y a la *voz de consejero* del cónyuge sin propiciar un punto en común entre dichas voces (**ET con CP negativo**).

Entendiendo el movimiento dinámico de las posiciones durante la sesión estudiado por Seikkula et al. (2012) los terapeutas promovieron nuevos

posicionamientos de los miembros de la pareja, al ser posicionados como “unidos” en el sentimiento de incompreensión que ambos compartían. Sin embargo, los miembros de la pareja también se posicionaron como “no agentes activos de cambio”. Esta posición reflejaría componentes de la dimensión de la alianza referente al Enganche en el proceso terapéutico, siendo indicativa de la dificultad de la pareja para comprometerse activamente en el tratamiento para producir cambios (Beck et al., 2006; Friedlander et al., 2005). Siguiendo a Rautiainen y Aaltonen (2010), Kuhlman et al. (2013) y White y Epston (1990) destacamos la incorporación del cónyuge en la terapia de pareja para la depresión como una forma de adoptar un sentido más fuerte de proactividad, a través del descubrimiento de nuevas perspectivas sobre su situación, así como nuevas formas de actuar en ellas.

Asimismo, la paciente seguía posicionada como “incomprendida” y el cónyuge posicionado como “culpable”, corroborando así investigaciones previas como las de Coyne et al. (2002) y Heene et al. (2005) que sugieren que el desajuste diádico puede llevar a que el miembro de la pareja con depresión considere al cónyuge como el causante de sus problemas y de la insatisfacción en la relación. Nuestros resultados, en la misma línea que Crits-Christoph et al. (2006) y Feixas et al. (2009) indican que la pareja se vio inmersa en una relación conflictiva posiblemente relacionada con la depresión, y además, como sugiere Lambert et al. (2012) con sus dificultades para construir una alianza intrasistema positiva.

Estas estrategias no permitieron que la pareja co-construyera nuevos significados a su problemática a través de un discurso dialógico ni tampoco que en ellos surgieran nuevas voces alternativas a las que presentaban al inicio de la sesión, pues la paciente siguió hablando con la *voz de enferma* y el cónyuge con la *voz de consejero*. Así pues, las voces de la pareja presentadas por la pareja limitaron la posibilidad de que el cónyuge se implicara en el proceso terapéutico. Además, la voz de la paciente con la que expresaba su poder en la relación en base a reproches, ante los que el cónyuge se sentía incapaz de actuar, denotaron su definición de la jerarquía interna, y por tanto, del manejo del poder en el seno de la pareja, según la teoría de Campo (2014). Valoramos así que los terapeutas, cuando la paciente adquiere el control de la conversación terapéutica en base a la sintomatología depresiva, pueden presentar más dificultades para llevar a cabo intervenciones que flexibilicen dicho patrón de interacción.

Tomando como referencia a Bakhtin (1984) enfatizamos que el diálogo dialógico, en el que los nuevos significados a las experiencias de la pareja pueden emerger como un fenómeno compartido entre sus miembros, podría devenir en sí mismo una intervención. De acuerdo con Andersen (1995) y Seikkula (2001a, 2001b) en este caso hubiera sido necesaria la búsqueda de estrategias para crear un lenguaje con nuevos significados compartidos por los miembros de la pareja, que permitiera el surgimiento de nuevas voces que no fueran la *voz de enferma* y la *voz de consejero*, para así dar lugar a una nueva narrativa sobre la depresión. La tarea del equipo terapéutico hubiera podido ir enfocada a generar un contexto en que las distintas voces fueran escuchadas, permitiendo así construir nuevos relatos de restitución o reparación (Trimble, 2000).

En otros momentos de la sesión, el terapeuta de este caso llevó a cabo una mayor variedad de estrategias e incorporó algunas nuevas que no estuvieron presentes en otros momentos de la sesión, generando así un cambio en las cualidades del diálogo, como fueron: (a) Hablar a la pareja con la voz del equipo terapéutico; (b) posicionar a la pareja “unida” en el compromiso por mejorar su relación y “agente activo de cambio” o capacitada de realizar cambios; (c) dirigir el discurso a los dos miembros de la pareja simultáneamente; (d) no responder a la *voz de consejero* del cónyuge, la cual propiciaba que la paciente hablara con la *voz de enferma*; (e) incorporar una nueva voz alternativa para la paciente, como fue la *voz de persona capaz* de superar las adversidades vividas en su familia de origen; y (f) añadir una posición alternativa para el cónyuge, como fue la posición de “figura de apoyo” para la paciente (*ET con CP positivo*).

Estas intervenciones terapéuticas fueron eficaces al propiciar que la pareja realizara un cambio en las cualidades del diálogo respecto a la tendencia general de la sesión. La pareja pudo llevar a cabo una conversación dialógica incluyendo elementos simbólicos en el lenguaje. Estamos de acuerdo con Seikkula (2001a, 2001b), Seikkula et al. (2012) y Laitila et al. (2001, 2005) en que la creación de la conversación dialógica contribuyó favorablemente a que los miembros de la pareja co-construyeran un nuevo significado a su problemática como un proceso compartido entre ellos. Esto pudo favorecer la creación de una alianza intrasistema positiva a través de la dimensión de Compartir el Propósito, según Friedlander et al. (2006) y Lambert et al. (2012).

Además, la paciente se posicionó como “agente activo de cambio” y habló con *su propia voz* (vs. voz de los otros) al expresar su perspectiva sobre lo que sucedía y sobre sus expectativas terapéuticas, lo que para Beck et al. (2006) y Friedlander et al. (2005) podrían ser considerados indicadores de un Enganche positivo en el proceso terapéutico. Sin embargo, la pareja tuvo dificultades para posicionarse “unida” en la responsabilidad del cambio y en las expectativas terapéuticas. Como habían señalado Goldfarb et al. (2007) y Heene et al. (2005), aunque la paciente estuviera involucrada a nivel individual en el proceso terapéutico, la elevada conflictiva conyugal conllevó a que la pareja tuviera dificultades para establecer un contexto colaborativo en el que trabajar como equipo en terapia para mejorar su situación.

Al final de los Episodios Temáticos con Compartir Propósito positivo, algunas estrategias terapéuticas contribuyeron a que la pareja retomara las cualidades dialógicas del inicio de la sesión. Dichas estrategias fueron: (g) Responder a la *voz de enferma* de la paciente sin añadir ninguna otra voz alternativa; (h) Dirigir el discurso exclusivamente a la paciente; y (i) responder a la posición de “diferentes” y “opuestos” que los miembros de la pareja habían mostrado previamente en su discurso. Tras estas estrategias, la pareja volvió a desarrollar un discurso monológico con lenguaje indicativo, la paciente volvió a hablar con la *voz de enferma*, se volvió a posicionar como “incomprendida” y “no agente activo de cambio” y posicionó al cónyuge como “culpable” de su sufrimiento.

En referencia al caso con **alto ajuste diádico**, las estrategias terapéuticas detectadas en la primera sesión fueron similares a las llevadas a cabo en los Episodios Temáticos con Compartir Propósito positivo del caso con bajo ajuste diádico. Sin embargo, hubo dos estrategias terapéuticas que sólo estuvieron en el caso con alto ajuste diádico, como fueron: (a) Destacar posiciones similares entre los miembros de la pareja, es decir, subrayar las experiencias similares que ambos compartían en base a su discurso; y (b) destacar la “corresponsabilidad” que ambos tenían en el problema y en la pertinente mejora de su relación de pareja (*ET con CP positivo*).

Después de dichas intervenciones, y como tónica general de la sesión, la pareja con alto ajuste diádico adoptó esta posición promovida por el terapeuta, se posicionó “unida” en el proceso terapéutico y “corresponsable” del cambio, habló con la *voz de sí mismo y del cónyuge* como forma de expresar la perspectiva común que ambos

compartían, y llevó a cabo un discurso dialógico co-construido entre sí incorporando elementos simbólicos en el lenguaje. Desde la primera sesión, la conversación de esta pareja estuvo caracterizada por una escucha abierta y de aceptación, en la que los miembros tomaron la iniciativa en la conversación y que, juntamente con los terapeutas, co-construyeron el diálogo terapéutico (Andersen, 1995; Guregard & Seikkula, 2012; Seikkula, 2002).

Teniendo en cuenta los dos casos analizados, los resultados indican que algunas estrategias terapéuticas **promovieron el establecimiento positivo de la dimensión de Compartir Propósito al inicio del tratamiento**, pudiendo así contribuir al **cambio terapéutico**. En específico, algunas estrategias eficaces fueron: (a) Hablar con la voz del equipo terapéutico a la pareja; (b) dirigirse a los dos miembros de la pareja simultáneamente; (c) posicionarlos “unidos”, “agentes activos de cambio” y “corresponsables” del problema así como de la pertinente solución; (d) añadir nuevas voces y posiciones alternativas para la pareja que permitan el surgimiento de nuevos significados a sus narrativas; y (e) destacar posiciones compartidas entre los miembros de la pareja, con el propósito de establecer similitudes y puntos en común entre ambos.

En referencia a esta última estrategia, se evidencia que aun cuando haya pocos elementos de similitud o de unión en el discurso de los dos miembros de la pareja, el terapeuta debería destinar recursos a buscar elementos comunes entre sus posiciones (Seikkula, 2002, 2008). Además, consideramos que centrar la conversación en el momento presente puede ser una estrategia útil para reducir la hostilidad y la crítica entre los miembros de la pareja, en casos en los que existe una elevada conflictiva conyugal, y así garantizar la seguridad del contexto terapéutico, como apuntaban Carpenter et al. (2008), Friedlander et al. (2009) y Heatherington et al. (2005). También destacamos que estas estrategias terapéuticas pueden ayudar a flexibilizar el patrón de interacción de complementariedad rígida establecido en la pareja, especialmente necesario cuando la paciente depresiva adquiere el control de la conversación terapéutica hablando de la depresión, a través de reproches, que sitúan al cónyuge en una posición ‘*down*’ de incapacidad para ayudarla (ver Apéndice H sobre la comparativa de las estrategias terapéuticas de los dos casos de terapia de pareja).

Es importante que los terapeutas promuevan la alianza intrasistema de las parejas a través de estrategias dialógicas como las comentadas, que fomenten el

compromiso, el apoyo mutuo y el cuidado entre sus miembros. Siendo conscientes de la dificultad en el manejo terapéutico que supone la conflictiva conyugal en el trabajo con parejas, se debe promover al máximo el sentido de unidad entre sus miembros en relación a la terapia y lo consideramos un prerrequisito para el logro de buenos resultados, como ya se apuntaba en estudios previos (Escudero et al., 2010; Friedlander et al., 2006; Lambert et al., 2012; Montesano & Izu, 2016; Whisman & Uebelacker, 2009).

Al **final del proceso terapéutico**, el terapeuta del caso con **bajo ajuste diádico** realizó un conjunto de estrategias basadas en: (a) Centrar la conversación en el momento presente cuando se hablaba sobre la conflictiva de pareja; (b) dirigir el discurso a la paciente a nivel individual; y (c) responder a la *voz de sufridora* de la paciente sin propiciar la búsqueda de elementos comunes en el discurso de los dos miembros de la pareja (**ET con CP negativo**). Estas estrategias fueron ya detectadas en la primera sesión de terapia, aunque el terapeuta también incorporó nuevas estrategias en estos Episodios Temáticos con Compartir Propósito negativo: (d) Hablar con destinatarios con múltiples voces, conversando con el cónyuge pero dirigiéndose indirectamente a la paciente para contribuir que éste le reconociera el sufrimiento que le había provocado en el pasado; (e) posicionar a la paciente “agente activo de cambio” o capacitada para promover la mejora a nivel individual; (f) explicitar responsabilidades de cada miembro de la pareja a nivel individual, aunque sin establecer compromisos comunes entre ellos; y (g) responder al discurso de la pareja referente a su conflictiva conyugal.

Tras dichas estrategias dialógicas, la pareja tuvo dificultades para posicionarse “unida” en la responsabilidad de mejorar su relación de pareja. La paciente llevó a cabo un discurso monológico, en el que no incluía en la conversación al cónyuge, con lenguaje indicativo y con destinatarios con múltiples voces, a través del cual hablaba al cónyuge como destinatario indirecto al reprocharle el sufrimiento vivido y el poco apoyo recibido. Tomando en consideración a Bakhtin (1984) y a Baxter (2004) las narraciones de los miembros de la pareja se basaron en interacciones repletas de contradicciones y tensiones en las que se intuían las diferencias en sus respectivas perspectivas. Estamos de acuerdo con Lidbom et al. (2015) en que el discurso monológico de la pareja se basaba en intervenciones planteadas de forma que

presuponían la elección de una sola alternativa de respuesta. Además, en sus intervenciones no se daba lugar a la aparición de nuevas voces a través de las que construir una nueva narrativa sobre la depresión. Así pues, la hostilidad abierta entre los cónyuges se reflejó en sus cualidades dialógicas, las cuales denotaron su dificultad de desarrollar una alianza colaborativa entre ellos de cara a afrontar su problemática (Halford et al., 2016; Owen et al., 2013; Symonds & Horvath, 2004). Por tanto, las cualidades dialógicas de los miembros de la pareja fueron indicativas del patrón rígido de complementariedad en el que seguían anclados, en el que la paciente depresiva seguía utilizando el síntoma como recurso para adquirir cierto poder e iniciativa relacional (Campo, 2014; Linares & Campo, 2000).

En otros momentos, los terapeutas del caso con bajo ajuste diádico llevaron a cabo una mayor diversidad de estrategias e incorporaron algunas nuevas que no estuvieron presentes en los demás instantes de la sesión, las cuales contribuyeron a un cambio en las cualidades del diálogo de la pareja, como fueron: (a) Dirigir el discurso a los dos miembros de la pareja simultáneamente; (b) posicionar a la pareja “unida” y “agente activo de cambio” en los cambios logrados a través de la terapia; (c) responder a la posición de “implicado” del cónyuge como parte necesaria para la mejoría y responder también a los cambios logrados por la pareja; (d) proponer nuevas posiciones a la pareja, como la de “recuperada” en la paciente y la de “figura de apoyo” en el cónyuge; y (e) incluir elementos simbólicos en el lenguaje (*ET con CP positivo*).

Estas intervenciones fueron valoradas como eficaces, debido a que, tras su desarrollo, la pareja realizó un cambio significativo en sus cualidades dialógicas. La pareja empezó a establecer una co-construcción de un diálogo dialógico entre ellos, finalizando su discurso de un modo abierto e incluyendo así al cónyuge en lo que se decía. En la línea de Keltikangas et al. (2014) y Mendez et al. (2014) el cambio a un diálogo dialógico permitió la aparición de nuevos significados a su problemática y generó nuevas dinámicas relacionales más funcionales. Además, la co-construcción del discurso dialógico contribuyó a la aparición de nuevas voces y posiciones en la pareja. Un cambio significativo fue que el cónyuge, a diferencia de otros instantes de la sesión, se posicionó “implicado” en la responsabilidad de cambio. Coincidimos con Rautiainen y Aaltonen (2010) y Kuhlman et al. (2013) en que la involucración del cónyuge desde una posición de apoyo y como un recurso en el proceso terapéutico permite a la pareja

desarrollar un sentido más fuerte de proactividad, a través del descubrimiento de nuevas perspectivas de su problemática y nuevas formas de actuar como una unidad.

Sin embargo, al final de los Episodios Temáticos con Compartir Propósito positivo, la pareja volvió a presentar las mismas cualidades dialógicas del inicio de la sesión; la pareja volvió a mantener un discurso monológico, la paciente se volvió a posicionar “sufridora” por la depresión y posicionó al cónyuge “culpable”, y habló de nuevo con la *voz de enferma*. Detectamos que el retorno a dichas cualidades dialógicas se produjo después de que los terapeutas llevaran a cabo algunas estrategias presentes también en Episodios Temáticos con Compartir Propósito negativo, como: (f) Dirigir el discurso a la paciente; (g) responder a la *voz de sufridora* de la paciente y a la *voz de reconecedor* del cónyuge sin propiciar la búsqueda de elementos comunes en el discurso de los dos miembros de la pareja; y (h) posicionar a la pareja como “agentes activos de cambio” a nivel individual sin destacar responsabilidades conjuntas para lograr la mejoría. Valoramos que estas estrategias no resultaron eficaces para generar una actitud colaborativa entre los cónyuges, ni tampoco para flexibilizar la jerarquía interna de la pareja basada en intercambios desiguales entorno al poder, lo que para Linares y Campo (2000) es esencial en el trabajo con parejas para la depresión.

En referencia al caso con **alto ajuste diádico**, varias de las estrategias terapéuticas identificadas en la última sesión fueron similares a las llevadas a cabo en los Episodios Temáticos con Compartir Propósito positivo del caso con bajo ajuste diádico. En cambio, hubo otras estrategias que fueron características sólo del caso con alto ajuste diádico: (a) Destacar posiciones similares entre los miembros de la pareja, es decir, subrayar las experiencias similares que ambos compartían en base a su discurso; (b) enfatizar la “corresponsabilidad” que la pareja tenía para lograr la mejora de su relación de pareja; (c) responder a las voces de la pareja y subrayar similitudes en el discurso llevado a cabo por ambos; y (d) responder a los recursos y fortalezas de la pareja, a la relación terapéutica establecida con la pareja durante la terapia y a los cambios logrados (*ET con CP positivo*).

Consideramos que en el caso con alto ajuste diádico, en el que la depresión no estaba tan asociada con la conflictiva conyugal, la paciente mantuvo una posición ‘down’ de la complementariedad rígida instaurada en la relación y era el cónyuge quien mantenía la iniciativa relacional. Esto se contrasta con el caso con bajo ajuste diádico,



en el que la depresión estaba vinculada a problemas conyugales, y en el que la paciente utilizaba la sintomatología para reprochar al cónyuge los aspectos conflictivos y para adquirir el control de la conversación. Así pues, consideramos a nivel clínico que el trabajo terapéutico basado en flexibilizar la complementariedad rígida de la pareja y generar un trabajo de equipo entre los cónyuges es más fácilmente asumible en los casos en que la paciente depresiva, inicialmente, ocupa una posición ‘*down*’ en la jerarquía interna (Campo, 2014; Jones & Asen, 2000; Linares & Campo, 2000).

Aun así, tomando en consideración los dos casos analizados, los resultados indican que algunas estrategias terapéuticas **promovieron el establecimiento positivo de la dimensión de Compartir Propósito al final del tratamiento**, pudiendo así ayudar a **redefinir los patrones relacionales** de las parejas. En concreto, algunas estrategias eficaces en estos dos casos fueron: (a) Hablar con la voz del equipo terapéutico a la pareja; (b) dirigirse a los dos miembros de la pareja simultáneamente; (c) posicionarlos “unidos”, “agentes activos de cambio” y “corresponsables” en el proceso terapéutico; (d) incorporar nuevas voces y posiciones alternativas para la pareja que propiciaran la co-construcción de nuevas narrativas y nuevos significados en referencia a su problemática; (e) destacar posiciones similares o compartidas entre los miembros de la pareja; (f) incluir elementos simbólicos en el lenguaje; (g) responder a las voces de los miembros de la pareja y encontrar elementos en común en su discurso; y (h) responder a los recursos de la pareja, a la relación terapéutica y a los cambios logrados en terapia (ver Apéndice H sobre la comparativa de las estrategias terapéuticas de los dos casos de terapia de pareja).

Con todo ello, valoramos que estas estrategias consideradas eficaces para el cambio terapéutico hacen referencia al desarrollo de un sentido de unidad y de compartir el propósito de la pareja en la terapia, lo que mantiene relación con la alianza intrasistema conceptualizada por Pinsof (1994). Así pues, estas estrategias que los terapeutas pueden desarrollar a través del diálogo en psicoterapia pueden ayudar a fomentar la alianza intrasistema de las parejas, lo que como ya habían sugerido estudios previos, es un componente determinante para la viabilidad y el pronóstico de la terapia de pareja (Golfarb et al., 2007; Halford et al., 2016; Lambert et al., 2012; Mateu et al., 2014; Whisman & Uebelacker, 2009). Estas estrategias fueron útiles para flexibilizar el patrón interactivo de la pareja y contribuir a posiciones más igualitarias entorno al poder

en los dos miembros de la pareja, contribuyendo a que la paciente no expresara su poder a través de reproches por la depresión ni tampoco ocupara una posición ‘*down*’ hundida en los síntomas (Campo, 2014; Jones & Asen, 2000; Linares & Campo, 2000).

En cada uno de los casos analizados, las estrategias terapéuticas que resultaron eficaces fueron similares en la primera y última sesión de terapia, a pesar de que los terapeutas, sobre todo en el caso con bajo ajuste diádico, destinaron recursos a incorporar nuevas estrategias al final de la terapia que pudieran contribuir al cambio terapéutico. En este caso, tenemos en cuenta que el bajo ajuste diádico previo a la terapia de la pareja pudo conllevar ciertas dificultades de manejo terapéutico, debido a que la conflictiva estuvo centrada en la relación de pareja, y eso pudo limitar la posibilidad de que las estrategias terapéuticas permitieran el desarrollo de una alianza intrasistema positiva, así como la obtención de cambios a nivel relacional. Como sugieren Halford et al. (2016), Owen et al. (2013) y Symonds y Horvath (2004) el bajo ajuste diádico previo a la terapia de la pareja pudo afectar a su capacidad para trabajar como un equipo en referencia a la terapia, lo que se tradujo en bajas puntuaciones en la alianza intrasistema, y por tanto, el resultado terapéutico pudo verse afectado.

Como habían indicado Seikkula y Arnkil (2014) y Stith et al. (2012) la aplicación del método de IDC (Seikkula et al., 2012; Seikkula & Olson, 2016) a un nivel micro-analítico ha permitido la obtención de un conocimiento profundo sobre las estrategias terapéuticas que, en el caso con bajo ajuste diádico, contribuyeron al cambio en las cualidades dialógicas de la pareja en momentos específicos de las sesiones. Este cambio momentáneo de las cualidades dialógicas de la pareja favoreció que, temporalmente, la pareja fuera capaz de construir una más favorable alianza intrasistema (Pinsof, 1994).

Así pues, esta investigación a un nivel micro-analítico nos ha ayudado a identificar una serie de estrategias terapéuticas dialógicas con las que puede resultar eficaz intervenir, de un modo persistente y mantenido en el transcurso de la sesión, para desarrollar una actitud colaborativa en la terapia con parejas que presentan tanto un alto como un bajo nivel de ajuste diádico previo a la terapia. Como habían señalado Anderson y Johnson (2010), Lambert et al. (2012) y Mamodhousen et al. (2005) investigaciones de este tipo resultan útiles para detectar estrategias que contribuyen al

éxito de la terapia de pareja, especialmente en casos con dificultad de manejo terapéutico, como son las parejas con elevada conflictiva conyugal.

Investigaciones como las de Goldfarb et al. (2007), Heene et al. (2005) y Whisman (2001) demuestran un consistente patrón de interacción entre los conflictos de pareja, la gravedad y el curso de la depresión y la dificultad en la obtención de buenos resultados en terapia de pareja. A pesar de ello, nuestra investigación ha detectado algunas estrategias desarrolladas a través del discurso mediante las que los terapeutas pueden contribuir al incremento de una actitud de colaboración entre los cónyuges en la terapia. Con dichas estrategias dialógicas, esperamos que se pueda favorecer una mejora, en menor o mayor grado, de la satisfacción y la calidad de las relaciones de pareja en las que uno de los cónyuges sufre depresión concurrente con discordia conyugal (Barbato & D'Avanzo, 2008).

Mediante intervenciones terapéuticas que incorporen estas estrategias a través del diálogo, la terapia de pareja puede ser una modalidad adecuada de elección para el tratamiento de la depresión, incluso en aquellos casos en los que existe una elevada conflictiva conyugal. En consecuencia, nos posicionamos a favor de las investigaciones que valoran la incorporación del cónyuge a la terapia como un gran recurso y apoyo para lograr una mejoría, tanto en términos de la sintomatología depresiva como de la satisfacción conyugal (Carr, 2014; Barber et al., 2000; Rautiainen & Aaltonen, 2010; Seikkula et al., 2013; Seikkula & Trimble, 2005).

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el análisis micro-analítico, confirmamos parcialmente la **Hipótesis 6 (H6)** aunque con algunos matices. Las dos parejas hablaron con la *misma variedad de voces y adoptaron diversas posiciones*, aunque la pareja con bajo ajuste diádico presentó una mayor inflexibilidad para evocar nuevas voces que no hicieran referencia a la depresión y/o a su conflictiva conyugal, las cuales podrían haber contribuido al surgimiento de nuevos significados en el diálogo. Además, la pareja con bajo ajuste diádico presentó posiciones más inflexibles que no permitían a sus miembros posicionarse como unidos ni como agentes activos de cambio para lograr la mejoría. De diferente forma a lo que habíamos sugerido, las intervenciones de las dos parejas tuvieron *destinatarios con múltiples voces*, es decir, dirigieron su discurso indirectamente al otro cónyuge, aunque el contenido de la conversación fue distinto en un caso y en el otro. La pareja

con bajo ajuste diádico se dirigía a los terapeutas al reprochar indirectamente al cónyuge aspectos conflictivos de su relación y el poco apoyo recibido por el otro. En contraste, la pareja con alto ajuste diádico, en lugar de dirigirse directamente al cónyuge como habíamos planteado, se dirigía a los terapeutas al interesarse indirectamente por la perspectiva del cónyuge sobre lo que se estaba hablando, incluirlo en la conversación, reconocerle su apoyo recibido y valorar positivamente la relación de pareja.

Respecto a la **Hipótesis 7 (H7)** comprobamos que algunas de las estrategias terapéuticas útiles para fortalecer la alianza intrasistema, y así contribuir positivamente al cambio terapéutico, se basaron en posicionar a la pareja como una unidad en el proceso terapéutico y como agente activo de cambio en su responsabilidad para la mejoría, así como en focalizar la conversación en el momento presente, estrategia especialmente necesaria como medida terapéutica para reducir la discordia conyugal entre los miembros de la pareja.

Llegados a este punto, expondremos algunas **limitaciones de la presente investigación**, así como las **implicaciones clínicas** y las **futuras líneas de investigación** a desarrollar en este campo.

En primer lugar, debemos mencionar que gran parte de los análisis llevados a cabo en esta investigación son de carácter exploratorio, debido a que no existen estudios previos en los que se haya realizado un análisis dialógico mediante el método de Investigaciones Dialógicas de Cambio con el propósito de profundizar en la construcción de la alianza terapéutica en terapia de pareja para la depresión. En efecto, sería necesario obtener un mayor número de casos a partir de los que generalizar cualidades dialógicas de las parejas y de los terapeutas que contribuyen al establecimiento de la alianza terapéutica, y más en concreto a la alianza intrasistema, así como a los buenos resultados terapéuticos. Sin embargo, en el análisis dialógico, como suele ser habitual en estudios basados en metodologías cualitativas, el procedimiento de recogida y análisis de datos suele plantear retos logísticos a los equipos de investigación; las técnicas de investigación cualitativa suelen requerir mucho tiempo para desarrollarse y exigen muchos medios, y debido a estos retos logísticos, los estudios cualitativos suelen implicar un número reducido de participantes. Esto ha sido visible en la presente investigación y ha sido abordado

incorporando medidas de fiabilidad con respecto a la recolección y análisis de datos tanto en el análisis de la alianza terapéutica como en el análisis dialógico.

En segundo lugar, la decisión de clasificar el resultado terapéutico de las parejas en base a la mejoría auto-informada de la sintomatología depresiva de los pacientes y de su nivel de ajuste diádico al final de la terapia podría considerarse otra limitación. Gracias al análisis dialógico a un nivel micro-analítico, pudimos detectar momentos específicos de cambio de los miembros de la pareja que iniciaron la terapia con una elevada insatisfacción conyugal. A pesar de que no reportaron un cambio clínicamente significativo de la sintomatología ni tampoco una notoria mejoría en su ajuste diádico al final de la terapia, mejoraron sus patrones de interacción en momentos concretos de la última sesión. Por ejemplo, incrementó su capacidad para co-construir un discurso dialógico entre ambos, así como su sentido de proactividad e implicación en referencia a su situación y también sus conductas positivas de apoyo y valoración del uno con el otro. A pesar de que dichas mejoras se produjeron sólo en instantes específicos, y por tanto, no fueron indicativas de una mejoría sustancial en la pareja, desde una perspectiva dialógica consideramos que se produjeron avances importantes en la relación de pareja que deben ser especialmente recalcados debido a la elevada conflictiva conyugal con la que se inició el proceso terapéutico.

En tercer lugar, la conceptualización de la alianza terapéutica y del diálogo en psicoterapia como fenómenos dinámicos y cambiantes a lo largo del proceso terapéutico, nos lleva a considerar que hubiera sido interesante incluir en la investigación un mayor número de sesiones analizadas que nos proporcionaran información sobre el transcurso del proceso terapéutico. Nuestro objetivo fue identificar las cualidades dialógicas al iniciar la terapia y detectar si dichas cualidades se habían modificado a través de las intervenciones terapéuticas al finalizar la terapia, y para ello, consideramos adecuada la elección metodológica de analizar la primera y última sesión del proceso terapéutico. Aun así, sería interesante realizar estudios longitudinales en el contexto de la terapia de pareja que permitan profundizar en la interacción entre las cualidades dialógicas y la construcción de la alianza terapéutica a lo largo del tratamiento.

En cuarto lugar, como hemos mencionado anteriormente, el enfoque dialógico desde el que nos hemos posicionado concibe a los terapeutas y a los miembros de la pareja como coautores igualmente activos de las intervenciones y de los significados construidos en el diálogo terapéutico. Sin embargo, el hecho de que los estudios realizados hasta el momento hayan otorgado una mayor atención empírica a las variables de los pacientes que influyen en el éxito terapéutico, ha contribuido a que en esta investigación se haya seguido enfatizando el papel de los miembros de la pareja en la terapia. Por tanto, hay algunas limitaciones que debemos subrayar respecto al análisis de los terapeutas llevado a cabo.

Para empezar, el análisis de la alianza terapéutica y el análisis dialógico no se realizó diferenciando a los dos terapeutas que habían participado en la terapia. Si bien es cierto que en los casos analizados era principalmente uno de ellos quien adoptaba un rol activo en la conversación terapéutica, subrayamos la necesidad de contemplar en futuras investigaciones la participación en la terapia de ambos terapeutas de manera diferenciada en lugar de hacerlo como una unidad de equipo terapéutico. Asimismo, algunas cualidades dialógicas analizadas en las parejas, como fueron las voces o las posiciones, no fueron tenidas en cuenta en el análisis realizado a los terapeutas. Es por esta razón que planteamos también la relevancia de llevar a cabo en posteriores estudios un análisis igualmente exhaustivo de las cualidades del diálogo en todos los participantes que conforman la terapia. Por último, consideramos que sería interesante focalizar la investigación en las cualidades dialógicas en terapia de pareja en función de la alianza intrasistema dentro del equipo terapéutico, para conocer así aquellas cualidades facilitadoras de buenos resultados en la terapia. Como resultado, consideramos que la investigación requiere de un recorrido más amplio que profundice en las estrategias dialógicas promovidas por los terapeutas en el campo de la terapia de pareja.

En quinto y último lugar, en esta investigación no se han contemplado otras variables como son las diferencias de género. Consideramos que podría ser de gran relevancia detectar diferencias en el ajuste diádico en función del género para determinar su repercusión en la alianza terapéutica.

Partiendo de estas consideraciones, futuras líneas de investigación podrían seguir desarrollando estudios basados en el análisis de las cualidades dialógicas y las

estrategias terapéuticas en terapia de pareja eficaces para la construcción de la alianza terapéutica y para la obtención de buenos resultados en la terapia. En nuestra investigación, el método de Investigaciones Dialógicas de Cambio ha contribuido a enriquecer el análisis de la alianza terapéutica llevado a cabo a través del instrumento SOATIF-o y nos ha permitido detectar los momentos específicos de cambio producido en el transcurso de una sesión, para así acotar a estos instantes de la sesión el análisis a un nivel micro-analítico. Gracias a ello, hemos podido detectar en profundidad cualidades dialógicas de las parejas y estrategias de los terapeutas útiles para contribuir a la construcción de la alianza intrasistema. Según este punto de partida, futuras investigaciones podrían realizar un análisis de las cualidades en el diálogo que resultan necesarias para el establecimiento de otras dimensiones de la alianza terapéutica, como la Seguridad dentro del sistema terapéutico, también esencial para la obtención de buenos resultados y, a la vez, exclusiva del trabajo con múltiples participantes en terapia de pareja y familia.

También subrayamos la necesidad que las posteriores investigaciones incluyan otras medidas que permitan explorar con un mayor grado de precisión la variable del cambio terapéutico de las parejas. Consideramos relevante incluir en las investigaciones entrevistas semi-estructuradas que permitan conocer la propia experiencia subjetiva y la percepción de cambio de las parejas y los terapeutas más allá de los síntomas, como por ejemplo la Entrevista de Cambio al Cliente (Elliot, 2008) o bien la Entrevista de Recuerdo Estimulada (ERE) o *Stimulated Recall Interview* (SRI; Seikkula, Karvonen, Kykyri, Kaartinen, & Penttonen, 2015). A través de entrevistas de este tipo, sería factible conocer las propias experiencias subjetivas de las parejas y los terapeutas acerca del proceso terapéutico, de la valoración de los cambios logrados en diferentes áreas de la vida de las parejas, en su experiencia personal, así como las atribuciones causales de los cambios logrados. Además, sería útil incluir otros instrumentos de auto-registro para conocer la visión directa de las parejas y de los terapeutas en relación a la alianza terapéutica a lo largo del tratamiento.

Finalmente, si bien esta tesis doctoral no permite generalizar los resultados hallados, su realización ha tenido la finalidad última de facilitar a los terapeutas estrategias que pueden llevar a cabo a través del diálogo para obtener un óptimo

resultado terapéutico en el trabajo con parejas, especialmente en casos de dificultad de manejo terapéutico debido a un bajo nivel de ajuste diádico previo a la terapia. Nuestra investigación tiene una clara aplicabilidad clínica ya que permite ampliar conocimiento, prevenir y optimizar el trabajo realizado por los terapeutas en terapia de pareja cuando uno de los cónyuges sufre depresión.

La investigación actual tiende cada vez más a realizarse a través de un trabajo multidisciplinar y desde una visión holística de la psicoterapia. El propósito de nuestro equipo de investigación del *Grup de Recerca de Parella i Família* (GRPF) de la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna*, en colaboración con el equipo de la *University of Jyväskylä*, es desarrollar una línea de investigación sobre la sincronía generada entre todos los participantes que forman parte de la terapia de pareja. En estas investigaciones, además del análisis dialógico y del análisis de la alianza terapéutica que hemos combinado por primera vez en esta tesis doctoral, se incorporarán otras medidas transteóricas para analizar el proceso de sincronía, como son las medidas de gestos faciales, las medidas corporales y las medidas fisiológicas.

En síntesis, esta tesis doctoral pretende ser el punto de partida de futuras investigaciones novedosas por varios aspectos. En primer lugar, no se han llevado a cabo estudios exhaustivos sobre la sincronía mutua de la conducta de los terapeutas y de los miembros de la pareja que abarquen aspectos biológicos, psicológicos e interaccionales. En segundo lugar, estos estudios incluirán a los terapeutas como informantes en igualdad de condiciones con las parejas en el contexto de la terapia de pareja. Esperamos que estas líneas de investigación contribuyan al avance de la psicoterapia.





## 9. Conclusions

---



## 9. Conclusions

---

The main conclusions and clinical implications of this doctoral thesis are presented as follows:

1. The therapeutic alliance is not the only factor that can explain the therapeutic outcome, although, without doubt, it does influence the therapeutic process. We consider that a reciprocal influence exists between therapeutic alliance and the patients' perception of improvement throughout the entire process.

2. Through the **analysis of the therapeutic alliance**, we consider that, in successful couple therapies, both members must be actively involved in the therapeutic process, create a strong emotional bond with the therapist and participate in the definition of therapeutic goals and tasks. Also, in couple therapy, both members must be willing and capable of assuming risks one with another. Therapists must promote individual therapeutic alliances with each member as well as the alliance established among the couple, which is conceptualized as the within-system alliance.

3. The within-system alliance, assessed through the Shared Sense of Purpose dimension, has been the most discriminative for the prognosis and viability of couple therapy for depression. The within-system alliance has revealed the greatest difference in relation to the dyadic adjustment and therapy outcome. Promoting within-system alliance is essential for the couple to develop a mutual support context and to perceive themselves as a team working to improve their situation. The creation of a sense of unity, in regards to therapy, is a necessary goal in order to achieve satisfactory results, especially in those cases in which depression is related to the conjugal conflicts.

4. The construction of the within-system alliance is conditioned by different interacting factors. In particular, the prior dyadic adjustment is crucial for the construction of the within-system alliance and the therapy outcome.

5. Through the **macro-analytic level of the dialogical analysis**, we detected some dialogical qualities that were revealing of the couple's dyadic adjustment level and their capability of developing a positive within-system alliance:

5.1 It is important that both members of the couple, and not only the depressed patient, participate in the therapeutic conversation (quantitative dominance), as well as take the initiative in introducing new themes to be dealt with in-session (semantic dominance). As a clinical implication, it is brought out that an equally presented dominance between both partners allows loosening the complementarily rigid interactional pattern of depression, in which there are uneven power roles.

5.2 When depression concurs with the conjugal conflicts, depressive patients usually acquire the dominance of the therapeutic conversation focusing their interventions on resentment and berate, thus complicating the therapist's task of loosening the couple's internal hierarchies and of achieving relational changes. In contrast, when depression is not so concurred with the conjugal conflicts, the non-depressed partner is usually the one who is dominant in the therapeutic conversation assuming an 'up' position, and the depressed patient usually assumes a 'down' position due to the depressive symptoms. Therefore, therapists can more easily loosen the rigid complementarity and allow for the couples to acquire more symmetrical exchanges around power roles when non-depressed partners present quantitative and semantic dominance in the beginning of therapy.

5.3 The dialogical dialogue between the partners positively contributes to the co-construction of new-shared understandings about depression as a shared experience for the couple. This sort of dialogue promotes the implication of both members in the therapeutic process, as well as the loosening of the internal hierarchy of the couple based on more symmetrical power exchanges between them.

5.4 Focusing the conversation on the present moment is especially necessary when depression is related to the conjugal conflict. The use of the symbolic language was not in itself a dialogical quality related to the success of treatments. Couples of successful therapies were capable of more flexibly adapting their discourse in a symbolic level after the therapists' interventions.

6. The intervention based on widening the focus of the therapeutic conversation, and not only center the discourse around depression and conjugal conflicts, is useful to promote the couple's capacity to work together towards the improvement of their situation. It is important to also include problem solving strategies as well as their strengths and resources.

7. Through the **micro-analytic level of the dialogical analysis**, we highlight some **dialogical qualities** of the couples significant for the construction of the within-system alliance and, therefore, related to the positive prognosis of the therapy:

7.1 We consider it necessary for the partners to be flexible in order to evoke a polyphony of voices that not only refer to depression and/or their conjugal conflict. These new voices contribute to a new-shared understanding of their situation.

7.2 It is also essential that both members present positions that will allow them to stand as united, implicated and active agents of improvement. These positions translate to a basic disposition towards therapy to achieve positive results.

7.3 The couple's discourse with multivoiced addressees, when carried out to indirectly include the partner in the conversation and show interest for their perspective, is a positive sign of their capacity to co-construct new-shared meanings about depression and to conjointly propose improvement strategies.

8. Through the **micro-analytic level of the dialogical analysis**, we detected some **therapeutic strategies** developed through the dialogue that are effective to promote the within-system alliance and to redefine the couples' interactional patterns, even when depression is related to the conjugal conflicts:

- (a) Speaking with the therapeutic team's voice to the couple;
- (b) Directing the discourse towards both members of the couple simultaneously;
- (c) Positioning the couple as "unified", "active agent of change" and "co-responsible" in the therapeutic process;

(d) Incorporating new voices and alternative positions in the couple that promote a co-construction of new narratives and new-shared understandings about depression;

(e) Highlighting similar and shared positions among the couple;

(f) Including symbolic meanings in the language;

(g) Responding to each partners' voices and finding commonalities in their discourse;

(h) Responding to the couple's resources, the therapeutic relationship and changes achieved in therapy and not only to depression and/or conjugal conflicts.

9. The dialogical analysis allowed to identify therapeutic strategies for intervention, persistently and sustained throughout the session, to promote a collaborative attitude among the couple when a low level of dyadic adjustment is present prior to therapy. This research has allowed for detecting dialogical strategies that the therapists can follow through dialogue to promote the within-system alliance, a specially complicated task in cases where the depression concurs with the conjugal conflicts.

## 10. Referencias

---

- Abascal, A. (2011). *Alianza Terapéutica en Terapia Familiar: La Contribución del Terapeuta en la Creación de la Alianza*. (Tesis doctoral). Facultad de Ciencias de la Educación. Departamento de Psicología. Universidad de A Coruña.
- Ackerman, N., & Hilsenroth, M. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*, 1-33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0.
- Agnus, L. (2012). An integrative understanding of narrative and emotion processes in emotion-focused therapy of depression: Implications for theory, research and practice. *Psychotherapy Research, 22*, 4, 367-380.
- Agnus, L., & Hardtke, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. *Canadian Psychology, 35*(2), 190-203. doi: 10.1037/0708-5591.35.2.190
- Agnus, L., Levitt, H., & Hardtke, K. (1999). The narrative process coding system: Research applications and applications for therapy. *Journal of Clinical Psychology, 50*, 1244-1270.
- Agnus, L., Lewin, J., Boritz, T., Bryntwick, E., Carpenter, N., Watson-Gaze, J., & Greenberg, L. (2012). Narrative Processes Coding System: A Dialectical Constructivist Approach to Assessing Client Change Processes in Emotion-Focused Therapy of Depression. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 15*(2), 54-61. doi: 10.7411/RP.2012.006
- Alanen, Y. O. (1997). *Schizophrenia: Its origins and need-adapted treatment*. London: Karmac.
- Alanen, Y. O., Lehtinen, K., Rökköläinen, V., & Aaltonen, J. (1991). Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 83*, 363-372.
- Álvarez, M., & Garcia, J.M. (2001). Tratamientos eficaces para la depresión. *Psicothema, 3*, 493-510.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Washington, DC: Author.
- Andersen, T. (1995). Reflecting Processes; Acts of forming and informing. En Friedman, S. (Ed.). *The Reflecting Team in Action* (pp. 11-37). New York: Guilford.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities*. New York: Basic Books.



- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: a not-knowing approach to therapy. En S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy As Social Construction* (pp. 25-39). London: Sage.
- Anderson, S., & Johnson, L. (2010). A Dyadic Analysis of the Between- and Within-System Alliances on Distress. *Family Process, 49*, 220-235.
- Anker, M. G., Owen, J., Duncan, B. L., & Sparks, J. A. (2010). The Alliance in Couple Therapy: Partner Influence, Early Change, and Alliance Patterns in a Naturalistic Sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(5), 635-645.
- Arnow, B., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M., Klein, D., ... Kocsis, J. (2013). The relationship between the therapeutic alliance and treatment outcome in two distinct psychotherapies for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 21*, 1-12 doi: 10.1037/a0031530.
- Artigas, L., Mateu, C., Vilaregut, A., Feixas, G., & Escudero, V. (2017). *Couple Therapy for Depression: Exploring how the Dyadic Adjustment determines the Therapeutic Alliance in two contrasting cases*. Manuscrito en revisión.
- Artigas, L., Vall, B., Nyman-Salonen, P., Seikkula, J., & Vilaregut, A. (2017). *Embodied Responsiveness and Therapeutic Alliance in Couple Therapy*. Manuscrito en preparación.
- Artigas, L., Vall, B., Seikkula, J., & Vilaregut, A. (2017). *Combining Dialogue Analysis and Therapeutic Alliance in Couple Therapy: A pilot study*. Manuscrito en preparación.
- Atkins, D., Dimidjian, S., Bedics, J., & Christensen, A. (2009). Couple discord and depression in couples during couple therapy and in depressed individuals during depression treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 1089-1099. doi: 10.1037/a0017119.
- Aznar, B. (2012). *La alianza terapéutica en psicoterapia psicoanalítica de pareja. Análisis y diferenciación de la alianza y otros elementos de la relación terapéutica*. (Tesis doctoral). Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna. Universidad Ramon Llull.
- Aznar, B., Pérez-Testor, P., Davins, M., Aramburu, I., & Salamero, M. (2014). La alianza terapéutica en tratamiento conjunto de parejas: evaluación de la alianza y análisis de los factores influyentes en el triángulo terapéutico. *Subjetividad y procesos cognitivos, 18*, 17-52.
- Bakhtin, M. (1981). *The dialogic imagination*. Austin (TX): University of Texas Press.
- Bakhtin, M. (1984). *Problems of Dostoevsky's poetics*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Bakhtin, M. (1986). *Speech genres and other late essays*. Austin, TX: University of Texas Press.
- Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of Couple Therapy as a Treatment for Depression: A Meta-Analysis. *Psychiatric Quarterly, 79*, 121-132. doi: 10.1007/s11126-008-9068-0.

- Barber, J. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research, 19*, 1-12. doi: 10.1080/10503300802609680.
- Barber, J., Connolly, M., Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance Predicts Patients' Outcome Beyond In-Treatment Change in Symptoms. *Journal of Consulting and Clinical, 68*, 1027-1032. doi: 10.1037//0022-006X.68.6.1027.
- Barber, J., Khalsa, S. R., & Sharpless, B. A. (2010). The Validity of the Alliance as a Predictor of Psychotherapy Outcome. En J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Approach to Practice* (pp. 29-43). Nueva York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., & Hersen, H. (1988). *Diseños experimentales de caso único*. Barcelona: Martínez Roca.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.
- Baxter, L. A. (2004). Dialogues of relating. En R. Anderson, L. A. Baxter, & K. N. Cissna (Eds.), *Dialogues: Theorizing difference in communication studies* (pp. 107-124). London: Sage.
- Beach, S., Fincham, F., & Katz, J. (1998). Marital therapy in the treatment of Depression: toward a third Generation of therapy and research. *Clinical Psychology Review, 6*, 635-661.
- Beach, S., & Gupta, M. (2003). Depression. En Snyder, D. K., & Whisman, M. A. (Eds.), *Treating difficult couples: Helping clients with coexisting mental and relationship disorders* (pp. 88-113). New York: Guilford.
- Beach, S., Katz, J., Kim, S., & Brody, G. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships, 20*, 355-371.
- Beach, S., & O'Leary, K. D. (1992). Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response for marital therapy vs. cognitive therapy. *Behavior Therapy, 23*, 507-528.
- Beach, S. R. H., Sandeen, E. E., & O'Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage*. New York, NY: Guilford.
- Beck, M., Friedlander, M. L., & Escudero, V. (2006). Three perspectives on client's experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy, 32*, 355-368.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck depression inventory II (BDI-II)*. San Antonio, TX: Psychology Corporation.
- Benazon, N. R., & Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology, 14*, 71-79.

- Blow, A. J., Davis, S. D., & Sprenkle, D. H. (2012). Therapist–Worldview matching: Not as important as matching to clients. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 13-17. doi:10.1111/j.1752-0606.2012.00311.x
- Blow, A., Sprenkle, D. H., & Davis, S. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 298-317.
- Bodenmann, G., Plancherel, B., Widmer, K., Meuwly, N., Beach, S. R. H., Gabriel, B., ... Schramm, E. (2008). Effects of coping-oriented couples therapy on depression: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 551-569.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-260.
- Bordin, E. (1994). Theory and research on the Therapeutic Working Alliance: New Directions. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Bornstein, P. H., & Bornstein, M. T. (1988). *Terapia de pareja. Enfoque conductual-sistémico*. Madrid: Pirámide.
- Bourgeois, L., Sabourin, S., & Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 608-613.
- Bowen, M. (1976). Theory in the practice of psychotherapy. En P. Guerin (Ed.), *Family Therapy: Theory and practice* (pp. 42-91). New York: Gardner.
- Brown, G. W. (2002). Social roles, context and evolution in the origins of depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, 255-276.
- Brown, P. D., & O'Leary, K. (2000). Therapeutic alliance: predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 340-345.
- Cáceres, J. (1993). *Problemas de pareja: Diagnóstico, prevención, tratamiento*. Madrid: Eudema.
- Caillé, P. (1992). *Uno más uno son tres: La pareja revelada a sí misma*. Barcelona: Paidós.
- Campo, C. (2007). Infidelidad conyugal: Dificultades de manejo en la terapia de pareja. Propuesta de un modelo de intervención. *Sistemas Familiares* 2, 29-43.
- Campo, C. (2014). La terapia de pareja en la práctica clínica: un modelo de diagnóstico e intervención. En R. Medina, E. Laso & E. Hernández (Eds.), *Pensamiento Sistémico: Nuevas perspectivas y contextos de intervención* (pp. 251-278). Rio de Janeiro: Litteris Psicología.
- Campo, C., & Linares J. L. (2002). *Sobrevivir a la pareja*. Barcelona: Planeta.

- Cardila, F., Martos, A., Barragán, A. B., Pérez-Fuentes, M. C., Molero, M. M., & Gázquez, J. J. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 267-279.
- Carpenter, J., Escudero, V., & Rivett, M. (2008). Training family therapy students in conceptual and observation skills relating to the therapeutic alliance: an evaluation. *Journal of Family Therapy*, 30, 411-424.
- Carr, A. (2014). The evidence base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, 158-194. doi: 10.1111/1467-6427.12033.
- Castellví, P. (1994). Tratamiento de pareja. En A. Bobé & C. Pérez Testor (Eds.), *Conflictos de pareja: Diagnóstico y tratamientos* (pp. 125-130). Barcelona: Paidós.
- Castonguay, L., Constantino, M., & Holtforth, M. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 271-279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271.
- Cluxton-Keller, F., Priest, J. B., & Denton, W. H. (2015). Couple Communication Patterns as Predictors of Major Depressive Disorder Symptoms: An Exploratory Study. *The American Journal of Family Therapy*, 43(5), 395-412.
- Cohen, S., O'Leary, D. K., & Foran, H. (2010). A randomized clinical trial of a brief, problem-focused couple therapy for depression. *Behavior Therapy*, 41, 433-446. doi:10.1016/j.beth.2009.11.004
- Cohen, S., O'Leary, D., Foran H., & Kliem, S. (2014). Mechanisms of change in brief couple therapy for depression. *Behavior Therapy*, 45, 402-417.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19, 205-221.
- Cordova, J. V., & Gee, C. B. (2001). Couples therapy for depression: Using healthy relationships to treat depression. En S. R. H. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific foundation for clinical practice* (pp. 185- 204). Washington, DC: APA Books.
- Coyne, J. C., & Benazon, N. R. (2001). Coming to terms with the nature of depression in marital research and treatment. En S. R. H. Beach (Ed.) *Marital and Family Processes in Depression: A Scientific Foundation for Clinical Practice* (pp. 25-44). Washington, DC: American Psychological Association.
- Coyne, J. C., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B., & Greden, J. F. (1987). Living with a depressed personal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 347-352. doi: 10.1037//0022-006X.55.3.347.

- Coyne, J. C., Thompson, R., & Palmer, S. C. (2002). Marital quality, coping with conflict, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. *Journal of Family Psychology, 16*, 26-37.
- Crits-Christoph, P., Connolly, M., Gibbons, M., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*, 280-285. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.280.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M., Halilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The dependability of alliance assessments: The alliance-outcome correlation is larger than you might think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 267-278. doi: 10.1037/a0023668.
- Davila, J., Karney, B. R., Hall, T. W., & Bradbury, T. N. (2003). Depressive symptoms and marital satisfaction: Within-subject associations and the moderating effects of gender and neuroticism. *Journal of Family Psychology, 17*, 557-570. doi: 10.1037/0893-3200.17.4.557.
- Davis, S. D., Lebow, J., & Sprenkle, D. H. (2012). Common factors of change in couple therapy. *Behavior Therapy, 43*, 36-48. doi:10.1016/j.beth.2011.01.009
- De Bolle, M., Johnson, J., & De Fruyt, F. (2010). Patient and Clinician Perceptions of Therapeutic Alliance as Predictors of Improvement in Depression. *Psychotherapy and psychosomatic, 79*, 378-385.
- Denton, W. H., & Burleson, B. (2007). The Initiator Style Questionnaire: A scale to assess initiator style in couples. *Personal Relationships, 14*, 245-268. doi:10.1111/j.1475-6811.2007.00153.x
- Denton, W., & Burwell, S. (2006). Systemic couple intervention for depression in women. *Journal of Systemic Therapies, 25*, 43-57.
- Denton, W., Golden, R., & Walsh, S. (2003). Depression, marital discord, and couple therapy. *Current Opinion in Psychiatry, 16*, 29-34. doi: 10.1097/00001504-200301000-00007.
- DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 469-482.
- Dessaulles, A., Johnson, S., & Denton, W. (2003). Emotion-focused therapy for couples in the treatment of depression: A pilot study. *American Journal of Family Therapy, 31*, 345-353. doi: 10.1080/01926180390232266.
- Duncan, B. L. (2010). *On Becoming a Better Therapist*. Washington: American Psychological Association.
- Elliot, R. (2008). *Change Client Change Interview Schedule*, accesible en [www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/changei.html](http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/changei.html)

- Emanuels-Zuurveen, L., & Emmelkamp, P. M. (1996). Individual behavioural-cognitive therapy v. marital therapy for depression in maritally distressed couples. *The British Journal of Psychiatry*, 196(2), 181-188.
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la terapia familiar. *Apuntes de Psicología*, 27, 247-259.
- Escudero, V., Boogmans, E., Loots, G., & Friedlander, M. L. (2012). Psychotherapy, Alliance Rupture and Repair in Conjoint Family Therapy: An Exploratory Study. *Psychotherapy*, 49, 26-37.
- Escudero, V., & Friedlander, M. L. (2003). El sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar (SOATIF): Desarrollo trans-cultural, fiabilidad, y aplicaciones del instrumento. *Mosaico: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 25, 32-36.
- Escudero, V., Friedlander, M. L., & Deihl, L. (2004). *SOATIF-o for therapists*, accesible en [www.softa-soatif.net](http://www.softa-soatif.net).
- Escudero, V., Friedlander, M. L., & Heatherington, L. (2011). Using the e-SOFTA for Video Training and Research on Alliance-Related Behavior. *Psychotherapy*, 48, 138-147.
- 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, 194-214.
- Escudero, V., Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (2010). Therapeutic Alliances and Alliance Building in Family Therapy. En J. C. Muran & P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance. An Evidence-Based Guide to Practice* (pp. 240-262). New York: Guilford Press.
- Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013) Therapeutic Alliance Predicts Symptomatic Improvement Session by Session. *Journal of Counseling Psychology*, 60, 317-328. doi: 10.1037/a0032258.
- Feeley, M., DeRubeis, R. J., & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 578-582.
- Feixas, G., & Compañ, V. (2015). *Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Feixas, G., & Miró, M.T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., Muñoz, D., Dada G., Compañ, V., & Arroyo, S. (2009). Terapia sistémica de pareja de la depresión. Un estudio de caso único. *Apuntes de Psicología*, 27, 273-287.

- Ferreira, T., Salgado, J., & Cunha, C. (2006). Ambiguity and the dialogical self: In search for a dialogical psychology. *Estudios de Psicología*, 27, 19-32.
- Fife, S., Whiting, J., Bradford, K., & Davis, S. (2014). The Therapeutic Pyramid: a Common Factors Synthesis of Techniques, Alliance, and Way of being. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40, 20-33. doi: 10.1111/jmft.12041.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. S. W., & Williams, J. B. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: APA. Versión española (SCID-I) de J. Blanch. Barcelona: Masson, 1999.
- Foley, S., Rounsaville, B., Weissman, M., Sholomskas, D., & Chevron, E. (1989). Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. *International Journal of Family Psychiatry*, 10, 29-42.
- Freud, S. (1940). The dynamics of transference. En J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 122-144). London: Hogarth Press.
- Friedlander, M. L., & Escudero, V. (2002). *SOFTA-s*, accesible en <http://www.softa-soatif.net>.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2001). *SOFTA-o for clients*, accesible en <http://www.softa-soatif.net>.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/11410-000.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2009). *La Alianza Terapéutica: En la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., Deihl, 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*, accesible en [www.softa-soatif.com/docusofta/softa%20instruments/manuales/SOATIFManual.pdf](http://www.softa-soatif.com/docusofta/softa%20instruments/manuales/SOATIFManual.pdf)
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, D. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy*, 48, 25-33. doi: 10.1037/a002206025.
- Friedlander, M. L., Lambert, J., Escudero, V., & Cragun, C. (2008a). How do therapists enhance family alliances? Sequential analyses of therapist-client behavior in two contrasting cases. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 75-87. doi: 10.1037/0033-3204.45.1.75.
- Friedlander, M. L., Lambert, J. E., & Muñiz, C. (2008b). A step toward disentangling the alliance/improvement cycle in family therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 55, 118-124.

- Friedlander, M., & Tuason, M. (2000). *Processes and outcomes in couples and family therapy*. New York: Wiley.
- Gabriel, B., Beach, S. R. H., & Bodenmann, G. (2010). Depression, marital satisfaction and communication in couples: Investigating gender differences. *Behavior Therapy, 41*, 306-316.
- Gaston, L. (1990). The concept of the Alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy, 27*, 143-153.
- Gergen, K. (1994). *Realities and relationships: Soundings in social construction*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Gergen, K. (1999). *An invitation to social construction*. London: Sage.
- Gergen, K. (2009). *Relational Being. Beyond Self and Community*. Oxford: Oxford University Press.
- Gergen, K., & McNamee, S. (2000). From disordering discourse to transformative dialogue. En R. Neimeyer & J. Raskin (Eds.), *Construction of disorders* (pp. 333-349). Washington, DC: American Psychological Association.
- Glazer, S., Galanter, M., Megwinoff, O., Dermatis, H., & Keller, D. (2003). The role of therapeutic alliance in network therapy: A family and peer support based treatment for cocaine abuse. *Substance Abuse, 24*, 93-100.
- Glebova, T., Bartle-Haring, S., Gangamma, R., Knerr, M., Delaney, R. O., ... Meyer, K. (2011). Therapeutic alliance and progress in couple therapy: multiple perspectives. *Journal of Family Therapy, 33*, 42-65.
- Goldfarb, M. R., Trudel, G., Boyer, R., & Prévile, M. (2007). Marital relationship and psychological distress: Its correlates and treatments. *Sexual and Relationship Therapy, 22*, 1-109.
- Goldklank, S. (2009). "The shoop shoop song" A guide to psychoanalytic-systemic couple therapy. *Contemporary Psychoanalysis, 45*, 3-25.
- Gottman, J. M. (2011). *The science of trust: Emotional attunement for couples*. New York: Norton.
- Gottman, J. M., Coan, J., Carrere, S., & Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family, 60*, 5-22.
- Greenson, R. R. (1967). *Technique and Practice of Psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Gupta, M., & Beach, S. R. H. (2005). Understanding and treating depression in couples. *Journal of Family Psychotherapy, 3*, 69-83.
- Guregard, S., & Seikkula, J. (2012). Establishing Therapeutic Dialogue with Refugee Families. *Contemporary Family Therapy, 36*, 41-57. doi: 10.1007/s10591-013-9263-5



- Haarakangas, K. (1997). The voices in treatment meeting: A dialogical analysis of the treatment meeting conversations in family-centred psychiatric treatment process in regard to the team activity. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research*, 130, 119-126.
- Haley, J. (1993). *Tratamiento de la familia*. Barcelona: Toray.
- Haley, J. (2013). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Halford, T. C., Owen, J., Duncan, B. L., Anker, M. G., & Sparks, J. A. (2016). Pre-therapy relationship adjustment, gender and the alliance in couple therapy. *Journal of Family Therapy*, 38, 18-35. doi: 10.1111/1467-6427.12035
- Hammen, C. (2003). Interpersonal stress and depression in women. *Journal of Affective Disorder*, 74, 49-57.
- Hardy, G. E., Cahill, J., Shapiro, D., Barkham, M., Rees, A., & Macaskill, N. (2001). Client interpersonal and cognitive styles as predictors of response to time-limited cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 841-845. doi: 10.1037/0022-006X.69.5.841.
- Haro, J. M., Palacin, C., Vilagut, G., Martinez, M., Bernal, M., Luque, I., & ... Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
- Harris, T. J., Pistrang, N., & Barker, C. (2006). Couples' experiences of the support process in depression: a phenomenological analysis. *Psychology and Psychotherapy*, 79, 1-21.
- Hatcher, R., & Barends, W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 292-299.
- Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1990). Couple and Family Therapy Alliance Scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 299-306.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., & Greenberg, L. (2005). Change process research in couples and family therapy: Methodological challenges and opportunities. *Journal of Family Psychology*, 19, 18-27.
- Heatherington, L., Friedlander, M. L., Grome, R., & Dorsheimer, K. (2007). *Multiple clients, multiple complaints: The therapeutic alliance in family therapy*. Trabajo presentado en el encuentro anual de la Society for Psychotherapy Research, Madison, WI.
- Heene, E., Buysse, A., & Van Oost, P. (2005). Indirect pathways between depressive symptoms and marital distress: The role of conflict communication, attributions, and attachment style. *Family Process*, 43, 413-440. doi: 10.1111/j.1545-5300.2005.00070.x.

- Henderson, S. (1974). Care electing behavior in man. *Journal of Nervous and Mental Disease, 159*, 172-181.
- Hermans, H. J. (2006). The self as a theater of voices: Disorganization and reorganization of a position repertoire. *Journal of Constructivist Psychology, 19*, 147-169.
- Hernández, R. (2007). *Fundamentos de la metodología de la investigación*. México: McCraw-Hill.
- Hersoug, A., Hoglend, P., Monsen, J., & Havick, O. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice and Research, 10*, 205-216.
- Hollon, S., & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety, 27*, 891-932.
- Holma, J., & Aaltonen, J. (1997). The sense of agency and the search for a narrative in acute psychosis. *Contemporary Family Therapy, 19*, 463-477.
- Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 329-352.
- Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 229-235. doi: 10.1037/0021-843X.98.3.229.
- Horvath, A. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 163-173.
- Horvath, A. (2011). Alliance in Common Factor Land: A view through the research lens. *Research in Psychotherapy, 14*, 121-135.
- Horvath, A., & Bedi, R. (2002). The alliance. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationship that work* (pp. 37-70). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A., Del Re, A., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy, 48*, 9-16.
- Horvath, A., & Greenberg, L. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.
- Horvath, A., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(4), 561-573.
- Horvath, A., & Symonds, B. (1991). Relation between the working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.

- Jackson, D. (1977). *Comunicación, familia, y matrimonio*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Jacobson, N., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Elridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 351-355.
- Jacobson, N., Dobson, K., Fruzzetti, A., & Schmalings, K. (1991). Marital Therapy as a Treatment for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547-557.
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19. doi:10.1037/0022-006X.59.1.12.
- Johnson, S. L., & Jacob, T. (2000). Sequential interactions in the marital communication of depressed men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 4-12.
- Johnson, L., Ketring, S., Rohacs, J., & Brewer, A. (2006). Attachment and the Therapeutic Alliance in Family Therapy. *American Journal of Family Therapy*, 34, 205-218. doi: 10.1080/01926180500358022.
- Johnson, S., & Lebow, J. (2000). The "coming of age" of couple therapy: a decade review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 23-38.
- Johnson, S., & Talitman, E. (1997). Predictors of success in emotionally focused marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 23, 135-152. doi: 10.1111/j.1752-0606.1997.tb00239.x.
- Johnson, L., Wright, D., & Ketring, S. (2002). The therapeutic alliance in home based family therapy: is it predictive of outcome? *Journal of Marital Family Therapy*, 28, 93-102.
- Joiner, T. (2002). Depression in its interpersonal context. En H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 295-313). New York: Guilford Press.
- Jones, E., & Asen, E. (2000). *Systemic couple therapy and depression*. London: Karnac Books.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Keltikangas, M., Kulta, H., & Kyrö, H. (2014). *Dialogical conversations on power abuse in couples treatment for intimate partner violence. A qualitative analysis of positioning and dominance used in the conversations*. Manuscrito inédito.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (2006). Toward a comprehensive developmental model for major depression in men. *The American Journal of Psychiatry*, 163, 115-124.
- Klein, D., Schwartz, J., Santiago, N., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L., ... Keller, M. (2003). Therapeutic Alliance in Depression Treatment: Controlling for Prior Change and Patient

Characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 997-1006 doi: 10.1037/0022-006X.71.6.997.

Knerr, M., Bartle-Haring, S., McDowell, T., Adkins, K., Ostrom, R., Gangamma, R., ... Meyer, K. (2011). The impact of initial factors on therapeutic Alliance in individual and couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37, 182-199. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00176.x.

Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy. *Family Process*, 43, 425-442.

Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2007). Therapeutic alliance and treatment progress in couple psychotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 245-257.

Kraemer, H., Wilson, G., Fairburn, C., & Argas, W. (2002). Mediators and moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of General Psychiatry*, 59, 877-883. doi:10.1001/archpsyc.59.10.877.

Kuhlman, I., Tolvanen, A., & Seikkula, J. (2013). The Therapeutic Alliance in Couple Therapy for Depression: Predicting Therapy Progress and Outcome from Assessments of the Alliance by the Patient, the Spouse, and the Therapists. *Contemporary Family Therapy*, 35, 1-13.

Kung, W. (2000). The intertwined relationship between depression and marital distress: Elements of marital therapy conducive to effective treatment outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 51-63.

Laitila, A. (2009). The expertise question revisited: Horizontal and vertical expertise. *Contemporary Family Therapy*, 31, 239-250.

Laitila, A., Aaltonen, J., Wahlström, J., & Agnus, L. (2001). Narrative Process Coding System in marital and family therapy: An intensive case analysis of the formation of a therapeutic system. *Contemporary Family Therapy*, 23, 309-322.

Laitila, A., Aaltonen, J., Wahlström, J., & Agnus, L. (2005). Narrative Process Modes as a bridging concept for the Theory, Research, and Clinical Practice of Systemic Therapy. *Journal of Family Therapy*, 27(3), 202-216. doi:10.1111/j.1467-6427.2005.00312.x

Lambert, M. J. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En J. C. Norcross & M. V. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.

Lambert, M., & Ogles, B. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. En M.J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.

- Lambert, J. E., Skinner, A. H., & Friedlander, M. L. (2012). Problematic Within-System Alliances in Conjoint Family Therapy: A close look at five cases. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(2), 417-428.
- Leff, J., Vearnals, S., Brewin, C. R., Wolff, G., Alexander, B., Asen, E., ... Everitt, B. (2000). The London Depression Intervention Trial: Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: Clinical outcome and costs. *British Journal of Psychiatry*, 177, 95-100. doi:10.1192/bjp.177.2.95.
- Leiman, M. (2004). Dialogical sequence analysis. En H. Hermans & C. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (255- 270). Sussex: Brunner-Routledge.
- Lemaire, J. G. (1998). *Les mots du couple, thérapies psychanalytiques en couple*. Paris: Payot.
- Lidbom, P. A., Bøe, T. D., Kristoffersen, K., Ulland, D., & Seikkula, J. (2015). How participants' inner dialogues contribute to significant and meaningful moments in network therapy with adolescents. *Contemporary Family Therapy*, 37, 122-129. doi:10.1007/s10591-015-9331-0.
- Lima, V., Vieira, F., & Soares, I. (2005). Vinculação em casais: avaliação da representação da intimidade e da interacção conjugal. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia*, 20, 51-64.
- Linares, J. L., & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós.
- Linell, P. (1998). *Approaching dialogue: Talk, interaction and contexts in dialogical perspectives*. Amsterdam/Philadelphia, PA: John Benjamins.
- Linell, P. (2009). *Rethinking language, mind, and world dialogically*. Charlotte: Information Age Publishing.
- Locke, H., & Wallace, K. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Luborsky, L. (1976). *Helping Alliances in Psychotherapy: The Groundwork for a Study of Their Relationship to its Outcome*. New York: Brunner.
- Luckman, T. (1990). Social communication, dialogue and conversation. En I. Markova & K. Foppa (Eds.), *The dynamics of dialogue* (pp. 45-61). London: Harvester.
- Mahaffey, A., & Lewis, S. (2008). Therapeutic Alliance Directions in Marriage, Couple, and Family Counseling. En G. R. Walz, J. C. Bleuer, & R. K. Yep (Eds.), *Compelling counseling interventions: Celebrating VISTAS' fifth anniversary* (pp. 59-69). Ann Arbor, MI: American Counselling Association Counseling Outfitters.

- Mahalik, J. R., Good, G. E., & Englar-Carlson, M. (2003). Masculinity scripts, presenting concerns, and help seeking: implications for practice and training. *Professional Psychology: Research and Practice, 34*, 123-131.
- Mahalik, J. R., Good, G. E., Tager, D., Levant, R. F., & Mackowiak, C. (2012). Developing a taxonomy of helpful and harmful practices for clinical work with boys and men. *Journal of Counseling Psychology, 59*, 591-603.
- Maina, G., Forner, F., & Bogetto, F. (2005). Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics, 74*, 43-50.
- Mamodhousen, S., Wright, J., Tremblay, N., & Poitras-Wright, H. (2005). Impact of marital and psychological distress on therapeutic alliance in couples undergoing couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 31*, 159-169.
- Manfrida, G., & Melossi, A. (1996). *En los orígenes de la depresión: La perspectiva relacional entre hipótesis biológicas y mediciones sociales*. Barcelona: Paidós.
- Markman, H. J., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., Ragan, E. P., & Whitton, S. W. (2010). The premarital communication roots of marital distress and divorce: the first five years of marriage. *Journal of Family Psychology, 24*, 289-298.
- Markova, I., Linell, P., Grossen, M., & Orvig, A. S. (2007). *Dialogue in focus groups: Exploring socially shared knowledge*. London: Equinox.
- Martin, P. (1994). *Manual de Terapia de Pareja*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Martin, D., Garske, J., & Davis, M. (2000). Relation of the Therapeutic Alliance With Outcome and Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450. doi: IO.I037//0022-006X.68.3.438.
- Martínez, M. (2006). La investigación cualitativa (Síntesis conceptual). *Revista de Investigación en Psicología, 1*, 123-146.
- Mateu, C. (2016). *Construcción de la Alianza Terapéutica en Terapia de Pareja con Trastorno Depresivo Mayor* (Tesis Doctoral). Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna. Universidad Ramon Llull.
- Mateu, C., Vilaregut, A., Campo, C., Artigas, L., & Escudero, V. (2014). Construcción de la Alianza Terapéutica en la Terapia de Pareja: Estudio de un caso con dificultades de manejo terapéutico. *Anuario de Psicología, 44*, 95-115.

- Medina, P., Castillo, J. A., & Davins, M. (2006). La calidad de la relación de pareja: aportaciones de la investigación, en C. Pérez-Testor (Ed.), *Parejas en conflicto*, (pp. 14- 31). Barcelona: Paidós.
- Mendez, M., Horst, K., & Stith, S. (2014). Couples treatment for intimate partner violence: Clients' reports of changes during therapy. *Partner Abuse, 5*, 21-40. doi: 10.1891/1946-6560.5.1.21.
- Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (2008). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Montesano, A., Feixas, G., Muñoz, D., & Compañ, V. (2014). Systemic couple therapy for dysthymia: An evidence-based case study. *Psychotherapy, 51*, 30-40.
- Montesano, A., & Izu, S. (2016). Analysis of the therapeutic process in a case of couple therapy for depression: how to deal with a problematic within-system alliance. *Estudios de Psicología, 37*(2-3), 404-417. doi: 10.1080/02109395.2016.1189210
- Muñiz, C., Friedlander, M. L., & Escudero, V. (2009). Frequency, severity, and evolution of split family alliances: How observable are they? *Psychotherapy and Research, 19*, 133-142. doi:10.1080/105033000802460050.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., Elinson, L., Tanielian, T., & Pincus, H. A. (2002). National trends in the outpatient treatment of depression. *Journal of American Medical Association, 287*, 203-209.
- Olson, M. E., Laitila, A., Rober, P., & Seikkula, J. (2012). The shift from monologue to dialogue in a couple therapy session: dialogical investigation of change from the therapists' point of view. *Family Process, 51*(3), 420-435.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Trastornos Mentales*, accesible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
- Owen, J., Reese, R. J., Quirk, K., & Rodolfa, E. (2013). Alliance in action: a new measure of clients' perceptions of therapists' alliance activity. *Psychotherapy Research, 23*, 67-77.
- Pettit, J., & Joiner, T. (2006). *Stress Generation Chronic Depression: Interpersonal sources, therapeutic solutions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pinsof, W. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* (pp. 173-195). New York: Wiley.
- Pinsof, W., & Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy, 12*, 137-151.

- Pinsof, W., & Wynne, L. (2000). Toward progress research: closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 1-8.
- Pinsof, W., Zinbarg, R. & Knobloch-Fedders, L. (2008). Factorial and Construct Validity of the Revised Short Form Integrative Psychotherapy Alliance Scales for Family, Couple and Individual Therapy. *Family Process*, 47, 281-301.
- Pittman, F. (2006). *Momentos decisivos: tratamiento de familias en situaciones de crisis*. Barcelona: Paidós.
- Rait, D. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Psychotherapy in Practice*, 56, 211-224.
- Rasanen, E., Holma, J., & Seikkula, J. (2012a). Constructing Healing Dialogues in Group Treatment for Men Who Have Used Violence Against Their Intimate Partners. *Social Work in Mental Health*, 10(2), 127-145. doi:10.1080/15332985.2011.607377
- Rasanen, E., Holma, J., & Seikkula, J. (2012b). Dialogical Views on Partner Abuser Treatment: Balancing Confrontation and Support. *Journal of Family Violence*, 27(4), 357-368.
- Rautiainen, E., & Aaltonen, J. (2010). Depression: The Differing Narratives of Couples in Couple Therapy. *The Qualitative Report*, 15, 156-175.
- Rehman, U. S., Ginting, J., Karimiha, G., & Goodnight, J. A. (2010). Revisiting the relationship between depressive symptoms and marital communication using an experimental paradigm: The moderating effect of acute sad mood. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 97-105.
- Rehman, U., Gollan, J., & Mortimer, A. (2008). The marital context of depression: Research, limitations, and new directions. *Clinical Psychology Review*, 28, 179-198.
- Reibstein, J., & Sherbersky, H. (2012). Behavioural and empathic elements of systemic couple therapy: the Exeter Model and a case study of depression. *Journal of Family Therapy*, 34(3), 271-283.
- Ríos, J. A. (2005). *Los ciclos vitales de la familia y la pareja*. Madrid: Editorial CCS.
- Robbins, M., Turner, C., Alexander, J., & Pérez G. (2003). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology*, 14, 688-701.
- Rober, P. (2005). The therapist's self in dialogical family therapy: Some ideas about not-knowing and the therapist's inner conversation. *Family Process*, 44, 477-495.



- Rober, P. (2008). The Therapist's Inner Conversation in Family Therapy Practice: Struggling with the complexities of therapeutic encounters with families. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies*, 7(4), 245-278.
- Rober, P., Seikkula, J., & Laitila, A. (2010). Dialogical analysis of storytelling in the family therapeutic encounter. *Human Systems Journal*, 21, 27-49.
- Rober, P., Van Eesbeek, D., & Elliott, R. (2006). Talking about violence: A micro-analysis of narrative processes in a family therapy session. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 313-328.
- Roberts, L. J. (2000). Fire and ice in marital communication: Hostile and distancing behaviors as predictors of marital quality. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 693-707. doi:10.1111/j.1741-3737.2000.00693.x
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press.
- Rogers, C. R. (2008). *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*. Barcelona: Paidós.
- Safran, J., & Muran, J. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and Integration in Session. *Psychotherapy in Practice*, 56, 233-243.
- Safran, J., Muran, J., & Samstag, L. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. En A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance*. Theory, research, and practice, (pp. 225-255). New York: Wiley.
- Sager, C. (2009). *Contrato matrimonial y terapia de pareja*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Sager, C., Kaplan, H., Gundlach, R., Kremer, M., Leng, H., & Royce, J. (1971). The Marriage Contract. *Family Process*, 10, 311-326.
- Salgado, J., Cunha, C., & Bento, T. (2013). Positioning microanalysis: Studying the self through the exploration of dialogical processes. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 47(3), 325-353.
- Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P., & Sierra, J. C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 501-517.
- Sanz, J., & Vazquez, C. (2011). *Adaptación española del Inventario para de Depresión de Beck-II (BDI-II)*. Madrid: Pearson Education.
- Satir, V. (1964). *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.

- Schnarch, D. M. (2009). *Passionate Marriage: Keeping Love and Intimacy Alive in Committed Relationships*. New York: W.W. Norton & Company Inc.
- Seikkula, J. (1995). From monologue to dialogue in consultation with larger systems. *Human Systems*, 6, 21-42.
- Seikkula, J. (2002). Open dialogues with good and poor outcomes for psychotic crises: Examples from families with violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 263-274.
- Seikkula, J. (2008). Inner and outer voices in the present moment of family and network therapy. *Journal of Family Therapy*, 30(4), 478-491.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Alakare, B., Haarakangas, K., Keränen, J., & Lehtinen, K. (2006). Five-year experience of first-episode non-affective psychosis in open dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies'. *Psychotherapy Research*, 16(2), 214-228.
- Seikkula, J., Aaltonen, J., Kalla, O., Saarinen, P., & Tolvanen, A. (2013). Couple therapy for depression in a naturalistic setting in Finland: a 2-year randomized trial. *Journal of Family Therapy*, 35, 281-302.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001a). Open dialogue in psychosis I: an introduction and case illustration. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(4), 247-265.
- Seikkula, J., Alakare, B., & Aaltonen, J. (2001b). El enfoque del diálogo abierto: Principios y resultados de investigación sobre un primer episodio psicótico. *Sistemas Familiares*, 17(2), 75-87.
- Seikkula, J., Alakare, B., Aaltonen J., Holma, J., Rasinkangas, A., & Lehtinen, V. (2003). Open Dialogue Approach: Treatment Principles and Preliminary Results of a Two-year Follow-up on First Episode Schizophrenia. *Ethical and Human Sciences and Services*, 5(3), 163-182.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2006). *Dialogical meetings in social networks*. London: Karnac Books.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2014). *Diálogos abiertos y anticipaciones. Respetando a los demás en el momento presente*. Helsinki: THL.
- Seikkula, J., Karvonen, A., Kykyri, V. L., Kaartinen, J., & Penttonen, M. (2015). The Embodied Attunement of Therapists and a Couple within Dialogical Psychotherapy: An Introduction to the Relational Mind Research Project. *Family Process*, 54(4), 703-715. doi: 10.1111/famp.12152
- Seikkula, J., Laitila, A., & Rober, P. (2012). Making sense of multi-actor dialogues in family therapy and network meetings. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(4), 667-687. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00238.x.
- Seikkula, J., & Olson, M. (2003). The Open Dialogue approach to acute psychosis: Its poetics and micropolitics. *Family Process*, 42, 403-418.

- Seikkula, J., & Olson, M. (2005). El diálogo abierto como procedimiento de trabajo en la psicosis aguda: su "poética" y "micropolítica". *Revista de psicoterapia*, 16(63), 135-155.
- Seikkula, J., & Olson, M. (2016). Therapist's Responses for Enhancing Change Through Dialogue: Dialogical Investigations of Change. En M. Borsca & P. Rober (Eds.), *Research Perspectives in Couple Therapy* (pp. 47-69). Suiza: Springer International Publishing.
- Seikkula, J., & Trimble, D. (2005). Healing elements of therapeutic conversation: Dialogue as an embodiment of love. *Family Process*, 44, 461-475.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity and neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19, 3-12.
- Shelef, K., Diamond, G., Diamond, G., & Liddle, H. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 689-698.
- Simon, G. M. (2012). The role of the therapist in common factors: Continuing the dialogue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 1-7. doi:10.1111/j.1752-0606.2009.00135.x
- Simon, G. E., Fleck, M., Lucas, R., & Bushnell, D. M. (2004). Prevalence and Predictors of Depression Treatment in an International Primary Care Study. *The American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1626-1634.
- Sluzki, C. (2009). *La Red Social: Fronteras de la Práctica Sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Smerud, P., & Rosenfarb, I. (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, 505-510.
- Snyder, D. K., & Whisman, M. A. (2004) Treating distressed couples with coexisting mental and physical disorders: directions for clinical training and practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30: 1-12.
- Soriano, J. (2009). *Marcadores relacionales en la Depresión Mayor y la Distimia*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona.
- Spanier, G. B. (1979). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-38.
- Spanier, G. B., & Lewis, R. A. (1980). Marital quality: A review of the seventies. *Journal of Marriage and Family*, 42(4), 825-839.

- Sparks, J. (2015). The Norway couple project: Lessons learned. *Journal of Marital and Family Therapy*, *41*, 481-494.
- Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, *30*, 113-130. doi:10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x
- Sprenkle, D. H., Davis, S. D., & Lebow, J. L. (2009). *Common factors in couple and family therapy: The overlooked foundation for effective practice*. New York: Guilford Press.
- Steiner, G. (1989). *Real presences: Is there anything in what we say*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, *15*, 117-126.
- Stern, D. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- Stiles, B., Osatuke, K., Click, M., & MacKay, H. (2004). Encounters between internal voices generate emotion: An elaboration of the assimilation model. En H. Hermans & C. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91-107). New York: Brunner/Routledge.
- Stith, S. M., McCollum, E. E., Amanor-Boadu, Y., & Smith, D. (2012). Systemic treatments for domestic violence. *Journal of Marital and Family Therapy*, *38*, 220-240. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00245.x
- Stith, S. M., Rosen, K. H., Middleton, K. A., Busch, A. L., Lundeberg, K., & Carlton, R. P. (2000). The intergenerational transmission of spouse abuse: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, *62*, 640-654.
- Strunk, D., Brotman, M., & DeRubeis, R. (2010). The process of change in cognitive therapy for depression: Predictors of early intersession symptom gains. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 599-606. doi:10.1016/j.brat.2010.03.011.
- Strupp, H. H. (1973). The interpersonal relationship as a vehicle for therapeutic learning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *41*, 13-15.
- Symonds, D., & Horvath, A. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process*, *43*, 443-455.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *6*, 283-288. doi:10.1093/clipsy.6.3.283.

- Tasca, G. A., & Lampard, A. M. (2012). Reciprocal influence of alliance to the group and outcome in day treatment for eating disorders. *Journal of Counseling Psychology, 59*, 507-517. doi:10.1037/a0029947.
- Teichman, Y., Bar-El, Z., Shor, H., Sirota, P., & Elizur, A. (1995). A comparison of two modalities of cognitive therapy (individual and marital) in treating depression. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes, 58*, 136-148.
- Thomas, S. E. G., Werner-Wilson, R. J., & Murphy, M. (2005). Influence of Therapist and Client Behaviors on Therapy Alliance. *Contemporary Family Therapy, 27*, 19-35.
- Tilden, T., Gude, T., & Hoffart, A. (2010). The course of dyadic adjustment and depressive symptoms during and after couples therapy: A prospective follow-up study of inpatient treatment. *Journal of Marital and Family Therapy, 36*, 43-58.
- Trimble, D. (2000). Emotion and voice in network therapy. *Netletter, 7*, 11-16.
- Vall, B., Seikkula, J., Holma, J., & Laitila, A. (2017). El método "Investigaciones Dialógicas de Cambio" para el análisis del Proceso Terapéutico en Terapia de Pareja: Traducción y aplicación al contexto Español. *Revista de Psicoterapia, 28*(106), 113-127.
- Vall, B., Seikkula, J., Laitila, A., & Holma, J. (2016). Dominance and dialogue in couple therapy for psychological intimate partner violence. *Contemporary Family Therapy, 38*(2), 223-232.
- Vall, B., Seikkula, J., Laitila, A., Holma, J., & Botella, L. (2014). Increasing responsibility, safety, and trust through a dialogical approach: A case study in couple therapy for psychological abusive behavior. *Journal of Family Psychotherapy, 25*(4), 275-299.
- Valladares, A., Dilla, T., & Sacristán, J. A. (2009). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría, 37*, 49-53.
- Vella, G., & Loredano, C. (1990). Comprensión y tratamiento del síndrome depresivo desde la perspectiva sistémica. *Revista de Psicoterapia, 13*, 53-65.
- Vilaregut, A., Artigas, L., Mateu, C., & Feixas, G. (2017). *The construction of the therapeutic alliance in couple therapy in two contrasting cases with depression*. Manuscrito en revisión.
- Vygotsky, L. (1981). The development of higher forms of attention in childhood. En J. Wertsch (Ed.), *The concept of activity in Soviet psychology* (pp. 189-240). New York: M. E. Sharpe Inc.
- Wampler, K., Shi, L., Nelson, B., & Kimball, T. (2003). The adult attachment interview and observed couple interaction: Implications for an intergenerational perspective on couple therapy. *Family Process, 4*, 497-515.

- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist*, 62, 857-873. doi:10.1037/0003-066X.62.8.857.
- Watzlawick, P. (2009). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Helmick, J., & Jackson, D. (1985). *Teoría de la Comunicación Humana: Teorías, patologías y paradojas*. Barcelona: Editorial Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (1992). *Cambio*. Barcelona: Editorial Herder.
- Webb, C., DeRubeis, R., Amsterdam, J., Sheton, R., Hollon, S., & Dimidjian, S. (2011). Two Aspects of the Therapeutic Alliance: Differential Relations with Depressive Symptom Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 279-283.
- Whisman, M. A. (2001). The association between depression and marital dissatisfaction. En S. Beach (Ed.), *Marital and family processes in depression: A scientific approach* (pp. 3-24). Washington DC: American Psychological Association.
- Whisman, M., Johnson, D., Be, D., & Li, A. (2012). Couple-Based Interventions for Depression. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1, 185-198.
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2009). Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 24, 184-189. doi: 10.1037/a0014759.
- Whitaker, C. (1999). *El crisol de la familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Whitaker, D. J., Haileyesus, T., Swahn, M., & Saltzman, L. S. (2007). Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence. *American Journal of Public Health*, 97, 941-947. doi:10.2105/AJPH.2005.079020.
- White, M. (1991). Deconstruction and therapy. *Dulwich Centre Newsletter*, 3, 1-21.
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Whitton, S., Stanley, S., Markman, H., & Baucom, B. (2008). Women's weekly relationship functioning and depressive symptoms. *Personal Relationships*, 4, 533-550.
- Wortham, A. (2001). *Narratives in action: A strategy for research and analysis*. New York: Teachers College Press.

Yin, R. (2003). *Case study research. Design and methods*. California: Sage Publications.

Yoon, J. E., & Lawrence, E. (2013). Psychological victimization as a risk factor for the developmental course of marriage. *Journal of Family Psychology, 27*, 53-64. doi:10.1037/a0031137.

Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis, 37*, 369-376.

Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 130-140. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.130.

## 11. Apéndice

---

Apéndice A: Resúmenes en castellano, catalán e inglés

Apéndice B: Certificación de la estancia de investigación en la University of Jyväskylä, Finlandia

Apéndice C: Descriptores y conductas de los clientes (SOATIF-o)

Apéndice D: Descriptores y conductas de los terapeutas (SOATIF-o)

Apéndice E: Títulos de los Episodios Temáticos del caso con bajo ajuste diádico (Método de IDC)

Apéndice F: Títulos de los Episodios Temáticos del caso con alto ajuste diádico (Método de IDC)

Apéndice G: Comparación de las voces y posiciones de las parejas

Apéndice H: Comparación de las estrategias terapéuticas





## 11. Apéndice

---

### Apéndice A: Resúmenes

#### Resumen en castellano

La alianza terapéutica es considerada un factor común en psicoterapia, siendo valorada como una condición necesaria para el óptimo desarrollo de la terapia, un buen predictor de la evolución de la terapia y un elemento facilitador en el resultado terapéutico. La investigación orientada a estudiar los aspectos del proceso de terapia que predicen un buen resultado ha sido consistente sobre la relevancia de la alianza terapéutica en el contexto de la terapia de pareja y familia. A través de estas investigaciones, se ha evidenciado que la alianza terapéutica en terapia de pareja y familia difiere cualitativamente de la alianza en psicoterapia individual. Debido a que está bien establecida la conexión entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia de pareja, la investigación reciente se ha interesado en los factores que pueden influir en la formación y la trayectoria de la alianza terapéutica en esta modalidad de tratamiento. Desde el modelo sistémico, se ha demostrado un patrón fuerte de interacción entre los conflictos de pareja y la gravedad y el curso de la depresión. Por tanto, los tratamientos en terapia de pareja confirman que las intervenciones con ambos cónyuges son eficaces para la depresión. Por esta razón, el área de interés en la presente tesis doctoral se centra en la interacción entre el ajuste diádico, la formación y el mantenimiento de la alianza terapéutica, en concreto de la alianza intrasistema, y el resultado final de la terapia de pareja para la depresión.

Esta investigación tiene un doble objetivo. Primero, explorar la interacción entre el ajuste diádico, la construcción de la alianza terapéutica y el resultado del tratamiento en terapia de pareja para la depresión. Segundo, contribuir en el estudio del análisis del diálogo en terapia de pareja, con el propósito de (a) determinar cualidades dialógicas de las parejas y estrategias terapéuticas a través del diálogo que están presentes en los casos en función de su nivel de ajuste diádico y resultado final del tratamiento, y (b) profundizar en el establecimiento de la alianza terapéutica.

Los participantes del estudio son 10 casos grabados de terapia de pareja; 5 casos con bajo ajuste diádico previo al tratamiento y que no mejoraron la sintomatología depresiva al final de la terapia y 5 casos con alto ajuste diádico previo al tratamiento y que mejoraron la sintomatología depresiva al final de la terapia. Se utilizó el Inventario

de Depresión de Beck II (BDI-II) para valorar la sintomatología depresiva y el cambio sintomático de los pacientes, mediante las puntuaciones pre y post-tratamiento, y se administró la Escala de Ajuste Diádico Breve (EAD-13) para evaluar la satisfacción conyugal. Para evaluar la construcción de la alianza terapéutica se utilizó el Sistema para la Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o). Según el modelo SOATIF, la alianza terapéutica está compuesta por cuatro dimensiones: *Enganche en el proceso terapéutico*, *Conexión emocional con el terapeuta*, *Seguridad dentro del sistema terapéutico* y *Sentido de compartir el propósito de la terapia*. Esta última dimensión hace referencia al concepto de alianza intrasistema, es decir, el trabajo en colaboración de la pareja en terapia para mejorar su relación y conseguir objetivos comunes. Se aplicó el método de Investigaciones Dialógicas de Cambio (IDC) o *Dialogical Investigations of Happenings of Change* (DIHC) para llevar a cabo un análisis de las cualidades del diálogo en las conversaciones de dos casos de terapia de pareja con distinto resultado terapéutico y nivel de ajuste diádico.

A nivel descriptivo, los resultados muestran que las parejas con alto ajuste diádico y favorable resultado terapéutico obtuvieron puntuaciones más positivas en la alianza intrasistema en comparación con las parejas que presentaban un bajo ajuste diádico y un desfavorable resultado terapéutico, en términos de la sintomatología depresiva de los pacientes. A nivel correlacional, los resultados indican que el nivel de deterioro en el ajuste diádico de las parejas al inicio de la terapia estuvo asociado con su dificultad de construir la alianza intrasistema, relacionándose negativamente con el resultado terapéutico.

En los resultados dialógicos a nivel macro-analítico, detectamos algunas cualidades del diálogo de las parejas reveladoras de su nivel de ajuste diádico y de su capacidad para desarrollar una positiva alianza intrasistema. Destacamos la importancia de que los dos miembros de la pareja participen en la conversación terapéutica y tomen la iniciativa en la introducción de nuevos temas para ser tratados en la sesión, desarrollen un diálogo dialógico co-construido entre ambos que promueva la aparición de nuevos significados a su problemática, centren la conversación en el momento presente y sean capaces de adoptar un lenguaje simbólico.

En los resultados dialógicos a un nivel micro-analítico, por un lado, consideramos necesario que los miembros de la pareja tengan flexibilidad para evocar

nuevas voces que no hagan sólo referencia a la depresión y/o a su conflictiva conyugal. El surgimiento de voces que denoten el compromiso común y una perspectiva compartida sobre su situación promueven la alianza intrasistema, y por tanto, contribuyen a la probabilidad de que la terapia tenga un buen pronóstico. También resulta esencial que los miembros de la pareja presenten posiciones que les permita situarse como unidos, implicados y agentes activos de cambio para lograr la mejoría, lo que se traduce en una disposición hacia la terapia básica para el logro de buenos resultados. Además, valoramos que el discurso de la pareja con destinatarios con múltiples voces, cuando es llevado a cabo para incluir indirectamente al cónyuge en la conversación e interesarse por su perspectiva, es un signo positivo de su capacidad para co-construir nuevos significados sobre su problemática y plantear conjuntamente estrategias de mejora. Por otro lado, se detectaron algunas estrategias terapéuticas desarrolladas a través del diálogo que fueron eficaces al fomentar un mayor compromiso, así como un mayor sentido de unidad y de compartir el propósito de la pareja en la terapia. Dichas estrategias promovieron el establecimiento de la alianza intrasistema, pudiendo favorecer de este modo al cambio terapéutico. Siendo conscientes de la dificultad en el manejo terapéutico que supone la conflictiva conyugal en el trabajo con parejas, se debe promover al máximo el sentido de unidad entre sus miembros en relación a la terapia.

A través de esta investigación, ha sido posible identificar estrategias terapéuticas con las que resulta útil intervenir, de un modo persistente y mantenido en el transcurso de la sesión, para desarrollar una actitud colaborativa en la terapia con parejas que presentan bajos niveles de ajuste diádico previo a la terapia. En conclusión, la investigación ha permitido detectar estrategias que los terapeutas pueden llevar a cabo a través del diálogo para obtener un óptimo resultado terapéutico en el trabajo con parejas. Estas estrategias son especialmente útiles en casos de dificultad de manejo terapéutico debido a un bajo nivel de ajuste diádico previo a la terapia. El estudio tiene una clara aplicabilidad clínica ya que permite ampliar conocimiento, prevenir y optimizar el trabajo realizado por los terapeutas en terapia de pareja cuando uno de los cónyuges sufre depresión.

### Resum en català

L'aliança terapèutica és considerada un factor comú en psicoteràpia, sent valorada com una condició necessària per l'òptim desenvolupament de la teràpia, un bon predictor de la evolució de la teràpia i un element facilitador en el resultat terapèutic. La investigació orientada a estudiar els aspectes del procés de la teràpia que prediuen un bon resultat ha estat consistent sobre la rellevància de l'aliança terapèutica en el context de la teràpia de parella i família. Mitjançant aquestes investigacions, s'ha evidenciat que l'aliança terapèutica en teràpia de parella i família divergeix qualitativament de l'aliança en psicoteràpia individual. Degut a què està ben establerta la connexió entre l'aliança terapèutica i el resultat de la teràpia de parella, la investigació recent s'ha interessat en els factors que poden influir en la formació i la trajectòria de l'aliança terapèutica en aquesta modalitat de tractament. Des del model sistèmic, s'ha demostrat un patró consistent d'interacció entre els conflictes de parella i la gravetat i el curs de la depressió. Per tant, els tractaments en teràpia de parella confirmen que les intervencions amb els dos membres de la parella són eficaces per a la depressió. Per aquesta raó, l'àrea d'interès en la present tesi doctoral es centra en la interacció entre l'ajustament diàdic, la formació i el manteniment de l'aliança terapèutica, en concret de l'aliança intrasistema, i el resultat final de la teràpia de parella per a la depressió.

Aquesta investigació té un doble objectiu. Primer, explorar la interacció entre l'ajustament diàdic, la construcció de l'aliança terapèutica i el resultat del tractament en teràpia de parella per a la depressió. Segon, contribuir a l'estudi de l'anàlisi del diàleg en teràpia de parella, amb el propòsit de (a) determinar qualitats dialògiques de les parelles i estratègies terapèutiques a través del diàleg que estan presents en els casos en funció del seu nivell d'ajustament diàdic i resultat final del tractament, i (b) aprofundir en l'establiment de l'aliança terapèutica.

Els participants de l'estudi són 10 casos enregistrats de teràpia de parella; 5 casos amb baix ajustament diàdic previ al tractament i que no van millorar la simptomatologia depressiva al final de la teràpia i 5 casos amb alt ajustament diàdic previ al tractament i que van millorar la simptomatologia depressiva al final de la teràpia. Es va utilitzar l'*Inventario de Depresión de Beck II* (BDI-II) per a valorar la simptomatologia depressiva i el canvi simptomàtic dels pacients, mitjançant les

puntuacions pre i post-tractament, i es va administrar l'*Escala de Ajuste Diádico Breve* (EAD-13) per a avaluar la satisfacció conjugal. Per a avaluar la construcció de l'aliança terapèutica es va emprar el Sistema para la *Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar* (SOATIF-o). Segons el model SOATIF, l'aliança terapèutica està composta per quatre dimensions: *Enganche en el proceso terapéutico*, *Conexión emocional con el terapeuta*, *Seguridad dentro del sistema terapéutico* y *Sentido de compartir el propósito de la terapia*. Aquesta última dimensió fa referència al concepte d'aliança intrasistema, és a dir, el treball en col·laboració de la parella en teràpia per tal de millorar la seva relació i assolir objectius comuns. Es va aplicar el mètode de *Investigaciones Dialógicas de Cambio* (IDC) o *Dialogical Investigations of Happenings of Change* (DIHC) per a dur a terme l'anàlisi de les qualitats del diàleg en les conversacions de dos casos de teràpia de parella amb diferent resultat terapèutic i nivell d'ajustament diàdic.

A nivell descriptiu, els resultats mostren que les parelles amb alt ajustament diàdic i favorable resultat terapèutic van obtenir puntuacions més positives en l'aliança intrasistema en comparació amb les parelles que presentaven un baix ajustament diàdic i un desfavorable resultat terapèutic, en termes de la simptomatologia depressiva dels pacients. A nivell correlacional, els resultats indiquen que el nivell de deteriorament en l'ajustament diàdic de les parelles a l'inici de la teràpia va estar associat amb la seva dificultat a l'hora de construir l'aliança intrasistema, relacionant-se negativament amb el resultat terapèutic.

En els resultats dialògics a nivell macro-analític, vàrem detectar algunes qualitats del diàleg de les parelles reveladores del seu nivell d'ajustament diàdic i de la seva capacitat per a desenvolupar una aliança intrasistema positiva. Destaquem la importància de què els dos membres de la parella participin en la conversació terapèutica i prenguin la iniciativa en la introducció de nous temes per a ser tractats en la sessió, desenvolupin un diàleg dialògic co-construït entre ambdós que promogui l'aparició de nous significats a la seva problemàtica, centrin la conversació en el moment present i siguin capaços d'adoptar un llenguatge simbòlic.

En els resultats dialògics a un nivell micro-analític, per un costat, considerem necessari que els membres de la parella tinguin flexibilitat per a evocar noves veus que no facin només referència a la depressió i/o a la seva conflictiva conjugal. El sorgiment

de veus que denotin el compromís comú i una perspectiva compartida sobre la seva situació promouen l'aliança intrasistema, i per tant, contribueixen a la probabilitat de què la teràpia tingui un bon pronòstic. També resulta essencial que els membres de la parella presentin posicions que els permeti situar-se units, implicats i agents actius de canvi per tal d'aconseguir la millora, el que es tradueix en una disposició cap a la teràpia bàsica per l'assoliment de bons resultats. A més, valorem que el discurs de la parella amb destinataris amb múltiples veus, quan es produeix per a incloure indirectament al cònjuge en la conversació i per a interessar-se per la seva perspectiva, és un signe positiu de la seva capacitat per a co-construir nous significats sobre la seva problemàtica i plantejar conjuntament estratègies de millora. Per altre costat, es van detectar algunes estratègies terapèutiques desenvolupades a través del diàleg que van ser eficaces al fomentar un major compromís, així com un major sentit d'unitat i de compartir el propòsit de la parella en la teràpia. Aquestes estratègies van promoure l'establiment de l'aliança intrasistema, podent afavorir d'aquesta forma al canvi terapèutic. Sent conscients de la dificultat en el maneig terapèutic que suposa la conflictiva conjugal en el treball amb parelles, es deu promoure al màxim el sentit d'unitat entre els seus membres en relació a la teràpia.

Mitjançant aquesta investigació, ha estat possible identificar estratègies terapèutiques amb les que resulta útil intervenir, d'una forma persistent i mantinguda en el transcurs de la sessió, per a desenvolupar una actitud de col·laboració en la teràpia amb parelles que presenten nivells baixos d'ajustament diàdic previ a la teràpia. En conclusió, la investigació ha permès detectar estratègies que els terapeutes poden dur a terme a través del diàleg per tal d'obtenir un òptim resultat terapèutic en el treball amb parelles. Aquestes estratègies són especialment útils en casos de dificultat de maneig terapèutic degut a un baix nivell d'ajustament diàdic previ a la teràpia. L'estudi té una clara aplicabilitat clínica ja que permet ampliar coneixement, prevenir i optimitzar el treball realitzat pels terapeutes en teràpia de parella quan un dels cònjuges pateix depressió.

### **Abstract**

The therapeutic alliance is a common factor in psychotherapy, and is a necessary condition for the optimal therapeutic process, a reliable predictor of the evolution of the therapy and its positive outcome. The importance of considering the therapeutic alliance in couple and family therapy is consistent with current process research on therapies with positive outcomes. From these studies, it has become clear that therapeutic alliance in couple and family therapy is qualitatively different than alliance in individual psychotherapy. Since the connection between outcome and therapeutic alliance has been already established, current research focuses on the factors that influence the construction and development of therapeutic alliance in these treatment modalities. Systemic therapy research has brought out a clear interaction between the severity and evolution of depression and couple conflicts. Therefore, intervention with both members has proven efficient for treating depression. Thus, this doctoral thesis focuses on the relation of the dyadic adjustment, the construction and maintenance of the therapeutic alliance, specifically the within-system alliance, and the outcome of couple therapy for depression.

This research has a double goal. First, explore the interaction between dyadic adjustment, construction of the therapeutic alliance and outcome of couple therapy for depression. Second, contribute to analysis of dialogue in couple therapy, with the intention of (a) determine the presence of couple's dialogical qualities and therapeutic strategies through dialogue in cases with different level of dyadic adjustment and outcome, and (b) further study the establishment of the therapeutic alliance.

Participants consist of 10 recorded cases of couple therapy; 5 cases with a low dyadic adjustment prior to the treatment and with no sign of improvement of the depressive symptoms by the end of the therapy, and 5 cases with a high dyadic adjustment prior to the treatment and significant improvement of the depressive symptoms after the therapy. The Beck Depression Inventory, Second Edition (BDI-II; Spanish adaptation) was used to assess the existence and severity of depression symptoms and symptomatic change, through pre-post therapy assessment, and the brief version of the Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanish adaptation) was used to assess overall relationship satisfaction. In order to assess the therapeutic alliance, the System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o, Spanish version) was used. The



SOFTA model defines four therapeutic alliance dimensions: *Engagement to the therapeutic process*, *Emotional connection with the therapist*, *Safety within the therapeutic system*, and *Shared sense of purpose within the family*. The later refers to the within-system alliance, which includes the collaborative work among the couple in order to improve their relationship and achieve common goals in therapy. The method Dialogical Investigations of Happenings of Change (DIHC) was applied to focus on the dialogical qualities of conversations in two couple's therapy cases with different outcome and level of dyadic adjustment.

Descriptively, results show that couples with high dyadic adjustment and favorable outcome achieved more positive within-system alliance scores than the couples with low dyadic adjustment and unfavorable symptomatic outcome. Considering the correlational level, results indicate that the deteriorated dyadic adjustment prior to therapy was associated with the difficulty of the construction of the within-system alliance, thus relating to a negative outcome.

In the macro-analytic level of the dialogical results, some dialogical qualities of the couples revealed their dyadic adjustment level and their capacity to develop a positive within-system alliance. It is important that both members participate in the therapeutic conversation and take initiative introducing new themes to be included in the sessions. Both should develop a co-constructed dialogical dialogue among them to promote new shared understandings of their problematics, focus the conversation in the present moment and should be able to adopt a symbolic language.

In the micro-analytic level of the dialogical results, on the one hand, it is essential that both members of the couple have the flexibility to emerge new voices in their utterances which are not uniquely connected with depression and/or conjugal conflicts. The emergence of new-shared understandings regarding their situation and the polyphony of voices indicating a common commitment in therapy can positively contribute to the within-system alliance, thus increasing the probability of a positive prognosis of the treatment. It is also essential that both members present positions that will allow them to stand as united, implicated and active agents of improvement. These positions translate to a basic disposition towards therapy to achieve positive results. We also considered that one member's discourse with multivoiced addressees, when it is carried out to indirectly include the partner in the conversation and show interest for

their perspective, it is a sign of their capacity to co-construct new-shared meanings about the couple's problematics and to conjointly propose improvement strategies. On the other hand, some dialogical therapeutic strategies were effective when promoting a greater sense of unity and shared sense of purpose within the couple. Said strategies eased the establishment of the within-system alliance assisting the therapeutic change. Considering how difficult it is to manage conjugal conflicts in couple therapy, the sense of unity within the couple must be greatly promoted.

Through this research, it has been possible to identify useful therapeutic strategies for intervention, persistently and sustained throughout the session, to promote a collaborative attitude among the couple when a low level of dyadic adjustment is present prior to therapy. In conclusion, this research has allowed to detect dialogical strategies that the therapists can follow to achieve an optimal therapeutic result when working with couples. These strategies have proven to be especially useful with the most difficult cases that present low dyadic adjustment before treatment. This study has great clinical applicability and value since it allows further understanding, prevention and optimization of the work that couple therapists do when one of the members suffers from depression.



## Apéndice B: Certificación de la estancia de investigación en la University of Jyväskylä, Finlandia



Jyväskylä 29th of June 2016

### CERTIFICATE

Ms. Lourdes Artigas Miralles, Doctoral Student at the Ramon Lull University (Barcelona, Spain) with the identification number 46976751-X, has been developing a research stay during the period 01.04.2016 - 15.07.2016 at the Department of Psychology in the University of Jyväskylä, Finland. Her research stay has been mainly focused on:

- Collaborating in the Relational Mind Research Project (*The Relational Mind in Events of Change in Multiactor Therapeutic Dialogues*) financed by the Academy of Finland.
- Carrying out a Workshop presented to the research group, titled "*Analysing the therapeutic alliance in couple and family therapy: System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o)*".
- Working in the preparation of two articles as part of her Doctoral Thesis, in these studies she conducted Dialogical Investigations of Couple Therapy.
- Collaborating in teaching and training students within the framework of the course titled "*Emotions in the Psychotherapeutic Setting: Training on Detecting and Coding*".

In her work she proved to be active and independent researcher who is capable of taking supervision in a constructive way.

Jaakko Seikkula, Ph.D.

Tutor of the research stay

Full professor

Department of Psychology,

Vice Dean of the Faculty of Social Sciences, University of Jyväskylä

Berta Vall, Ph.D.

Tutor of the research stay

Post-doctoral Researcher at the

Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Jyväskylä





## **Apéndice C: Descriptores y conductas de los clientes (SOATIF-o)**

### **1. Enganche en el proceso terapéutico:**

- 1.1 El cliente indica su acuerdo con las metas propuestas por el terapeuta.
- 1.2 El cliente describe un plan para mejorar la situación.
- 1.3 El cliente introduce un problema para discutirlo.
- 1.4 El cliente acepta hacer las tareas para casa que se le sugieren.
- 1.5 El cliente indica que ha hecho una tarea o que la ha visto como útil.
- 1.6 El cliente expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo.
- 1.7 El cliente cumple las peticiones del terapeuta para representar alguna interacción delante de él.
- 1.8 El cliente se inclina hacia delante (postura corporal).
- 1.9 El cliente menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto.
  
- 1.10 *El cliente expresa sentirse “atascado” o dice que la terapia no ha sido o no es útil.*
- 1.11 *El cliente expresa muestra indiferencia acerca de las tareas o del proceso de terapia.*

### **2. Conexión emocional con el terapeuta:**

- 2.1 El cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta.
- 2.2 El cliente verbaliza su confianza con el terapeuta.
- 2.3 El cliente expresa interés en aspectos de la vida personal del terapeuta.
- 2.4 El cliente indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta.
- 2.5 El cliente expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta.
- 2.6 El cliente imita, reproduce la postura corporal del terapeuta.
  
- 2.7 *El cliente evita el contacto ocular con el terapeuta.*
- 2.8 *El cliente rechaza o es reticente a responder al terapeuta.*
- 2.9 *El cliente tiene una interacción hostil o sarcástica con el terapeuta.*
- 2.10 *El cliente hace comentarios acerca de la incompetencia o inadecuación del terapeuta.*

### **3. Seguridad en el sistema terapéutico:**

- 3.1 El cliente indica que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía.
- 3.2 El cliente varía su tono emocional durante la sesión (ríe o llora).
- 3.3 El cliente “abre” su intimidad (comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, etc.).
- 3.4 El cliente adopta una postura corporal abierta (relajada).
- 3.5 El cliente revela un secreto o algo que otros miembros de la familia no sabían.
- 3.6 El cliente anima a otro miembro familiar a abrirse o a decir la verdad.
- 3.7 El cliente pregunta directamente a otro miembro de la familia que opinen de él/ella como persona o de sus conductas.
  
- 3.8 *El cliente expresa ansiedad de forma no verbal (da golpecitos, se agita, se mueve, etc.).*
- 3.9 *El cliente se protege de forma no verbal (cruza los brazos sobre el pecho, no se quita el abrigo o se sienta lejos del grupo, etc.).*
- 3.10 *El cliente rechaza o es reticente a responder cuando otro miembro de la familia le habla.*
- 3.11 *El cliente responde defensivamente a otro miembro de la familia.*
- 3.12 *El cliente menciona de forma ansiosa/incómoda la cámara, los observadores, la supervisión o los procedimientos de investigación.*

### **4. Compartir el propósito de la terapia dentro de la familia:**

- 4.1 Los miembros de la familia se ofrecen un acuerdo de compromiso.
- 4.2 Los miembros de la familia comparten una broma o un momento gracioso.
- 4.3 Los miembros de la familia se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista.
- 4.4 Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista.
- 4.5 Los miembros de la familia reflejan/reproducen posturas corporales.
  
- 4.6 *Los miembros de la familia evitan el contacto ocular entre ellos.*
- 4.7 *Los miembros de la familia se culpan unos a otros*
- 4.8 *Los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros.*
- 4.9 *Unos miembros de la familia tratan de alinearse con el terapeuta en contra de otros.*
- 4.10 *El cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia.*
- 4.11 *Los miembros de la familia no están de acuerdo entre sí sobre el valor, el propósito, las metas o las áreas de la terapia, o sobre quién debe ser incluido en las sesiones.*

## **Apéndice D: Descriptores y conductas de los terapeutas (SOATIF-o)**

### **1. Contribución del terapeuta al enganche en el proceso:**

- 1.1 El terapeuta explica cómo funciona la terapia.
- 1.2 El terapeuta pregunta al cliente acerca de qué quiere hablar en la sesión\*.
- 1.3 El terapeuta estimula al cliente a definir sus metas en la terapia.
- 1.4 El terapeuta pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión\*.
- 1.5 El terapeuta pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación/sugerencia o hacer una tarea en casa (o fuera de la sesión).
- 1.6 El terapeuta pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea para casa asignada previamente\*.
- 1.7 El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir\*.
- 1.8 El terapeuta captura la atención del cliente (por ejemplo, inclinándose deliberadamente hacia delante, llamándolos por el nombre, dirigiéndose a él/ella directamente, etc).
- 1.9 El terapeuta pregunta si el cliente tiene alguna duda o pregunta que hacer.
- 1.10 El terapeuta elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar.
- 1.11 *El terapeuta define metas terapéuticas o impone tareas o procedimientos in pedir la colaboración del cliente.*
- 1.12 *El terapeuta discute con el cliente acerca de la naturaleza, propósito o valor de la terapia\*.*
- 1.13 *El terapeuta critica cómo hizo el cliente una tarea para casa (o le critica por no hacerla).*

### **2. Contribución del terapeuta a la conexión emocional con el cliente:**

- 2.1 El terapeuta comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente\*.
- 2.2 El terapeuta expresa confianza o que cree en el cliente\*.
- 2.3 El terapeuta expresa interés en el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha.
- 2.4 El terapeuta expresa afecto o toca afectivamente al cliente dentro de lo apropiado al contexto profesional (por ejemplo darle la mano, una palmada, etc)\*.
- 2.5 El terapeuta desvela sus reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación.
- 2.6 El terapeuta desvela algún aspecto de su vida personal\*.
- 2.7 El terapeuta señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias.
- 2.8 El terapeuta expresa explícitamente empatía (verbal o no verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes (por ejemplo “sé lo duro que debe ser”, “siento su dolor”, o llora con los clientes).



2.9 El terapeuta normaliza la vulnerabilidad emocional del cliente (entendiendo que llorar, mostrar sentimientos dolorosos, etc., son muestras de vulnerabilidad del cliente).

2.10 *El terapeuta tiene interacciones hostiles, críticas o sarcásticas con el cliente\*.*

2.11 *El terapeuta no responde a expresiones de interés personal o afecto hacia él por parte del cliente.*

### **3. Contribución del terapeuta a la seguridad en el sistema terapéutico:**

3.1 El terapeuta reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir de cuestiones privadas\*.

3.2 El terapeuta proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad.

3.3 El terapeuta propicia la discusión sobre elementos del contexto terapéutico que pueden intimidar al cliente (por ejemplo, equipo de grabación, informes a terceras partes, equipo de observación del tratamiento, espejo unidireccional, procedimientos investigación, etc.)\*.

3.4 El terapeuta ayuda a los clientes a hablar sinceramente y a no estar a la defensiva unos con otros.

3.5 El terapeuta intenta contener, controlar, o manejar la hostilidad abierta entre clientes.

3.6 El terapeuta protege activamente un miembro de la familia de otro (por ejemplo de acusaciones, hostilidad o intrusismo emocional).

3.7 El terapeuta cambia la conversación hacia algo agradable o que no genera ansiedad cuando parece haber tensión o ansiedad (por ejemplo programas de tele, diversión, elementos de la sala, etc.).

3.8 El terapeuta pide a un cliente (o subgrupo de clientes) que salga de la sala para quedarse solo con un cliente (o subgrupo) durante una parte de la sesión.

3.9 *El terapeuta permite que el conflicto familiar se escale hacia el abuso verbal, amenazas o intimidación.*

3.10 *El terapeuta no atiende a expresiones claras de vulnerabilidad de un cliente (por ejemplo llanto, defensividad, etc.).*

### **4. Contribución del terapeuta al sentido de compartir el propósito con la familia:**

4.1 El terapeuta alienta acuerdos de compromiso entre los clientes\*.

4.2 El terapeuta anima a los clientes a preguntarse entre ellos por sus respectivos puntos de vista\*.

4.3 El terapeuta elogia a los clientes por respetar los puntos de vista de los otros\*.

4.4 El terapeuta subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución.

4.5 El terapeuta destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos.

4.6 El terapeuta anima a los clientes a mostrar afecto, preocupación o apoyo de unos por otros.

4.7 El terapeuta anima a los clientes a pedir confirmación y opinión (feedback) por parte de otros\*.

4.8 *El terapeuta no interviene (o queda descalificada su intervención) cuando miembros de la familia discuten entre ellos acerca de las metas, el valor o la necesidad de la terapia\*.*

4.9 *El terapeuta ignora las preocupaciones explicitadas por un miembro de la familia discutiendo únicamente las preocupaciones de otro.*

\* Indica que hay un descriptor similar en la versión del cliente.



**Apéndice E: Títulos de los Episodios Temáticos del caso con bajo ajuste diádico  
(Método de IDC)**

**Primera sesión de terapia**

<b>Episodio Temático</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Líneas</b>	<b>Título</b>
1	00:00:00 - 00:05:28	1 - 76	Explicación de los diversos profesionales con los que María se ha visitado por la Depresión.
2	00:05:29 - 00:08:46	77 - 119	Explicación estado anímico de María: Ligado a la estacionalidad, agotamiento físico provocado por la medicación, dilema Amancio (Decir a María que se levante VS No decirle nada por no saber cómo va a responder → Provoca sentimiento de impotencia).
3	00:08:47 - 00:14:31	120 - 185	Dinámica del día a día que provoca incompreensión en la pareja: Falta de energía para salir de casa (María) VS. Energía para hacer actividades (Amancio).
4	00:14:32 - 00:21:11	186 - 239	¿Qué permitió a María levantarse para salir de casa? Recapitulación de las actividades que ha vuelto a hacer.
5	00:21:12 - 00:25:27	240 - 290	Cómo la pareja vive la inactividad de María: Amancio quiere hacer cosas pero no la puede obligar (Impotencia e incompreensión por la actividad) - María siente que la machaca cuando le dice de hacer cosas y ella se hunde (Incompreensión por la Depresión).
6	00:25:28 - 00:31:12	291 - 360	Diferencias en sus formas de ser: Amancio es peleón y con carácter fuerte – María no puede discutir, carácter débil. Los dos se sienten incomprendidos.
7	00:31:13 - 00:39:06	361 - 460	Explicación historia de familia de origen de María: Ella valora la bondad en la educación de sus hijos. Para Amancio la bondad es ser tonto, para María la picardía es maldad.
8	00:39:07 - 00:43:38	461 - 514	Expectativas hacia la terapia: Amancio espera que María recupere el ánimo y él acepta dejar de ser tan “cabezón” – María espera ser más positiva, salir más, olvidar cuando se disgusta con alguien, que Amancio la entienda.
9	00:43:39 - 00:47:00	515 - 559	Explicación de la familia nuclear: Hijos independizados con sus respectivas parejas.
10	00:47:01 - 00:51:55	560 - 594	Recursos que ha tenido María para salir adelante, a pesar de criarse sin padres, y formar una familia con valores de bondad.
11	00:00:00 - 00:06:47	595 - 658	Expresión de optimismo, empatía y compartir propósito: Capacidad de María para salir adelante a pesar de las dificultades, la pareja se siente incomprendida (Depresión y actividad), y disposición de ambos para estar en terapia.
12	00:06:48 - 00:09:42	659 - 695	María expresa cómo ha ido la sesión para ella: Necesidad de comunicación.

## Títulos de los Episodios Temáticos del caso con bajo ajuste diádico (Método de IDC)

### Última sesión de terapia

Episodio Temático	Tiempo	Líneas	Título
1	00:00:00 - 00:04:20	1 - 96	¿Cómo ha estado la pareja en las últimas semanas? Tarea que ha realizado la pareja y que fue sugerida en la sesión anterior para que María se sienta mejor.
2	00:04:21 - 00:09:05	97 - 166	Cosas que han funcionado en las últimas semanas (escribir, leer, sorpresas y gestos cariñosos de Amancio) y cosas que ha fallado (hablarse mal).
3	00:09:06 - 00:13:35	167 - 227	¿Con qué relaciona María el hecho de sentirse mejor? Conversación con su hijo que le hizo sentir bien (pero ella dice que no se va a repetir) y escribir antes de ir a dormir (su hijo critica cómo escribe). Necesidad de no quitar mérito a todo lo que hace.
4	00:13:36 - 00:22:13	228 - 350	Planteamiento de la última sesión de terapia de pareja y de la posibilidad de hacer un trabajo individual con María: Sorpresa por su parte por terminar la terapia, y desagrado por volver a contar su dolorosa historia familiar a unos nuevos terapeutas.
5	00:22:14 - 00:25:37	351 - 401	Cambios logrados en la pareja a través de la terapia, mencionados por el terapeuta: Se relacionan de forma más empática y cariñosa. Talones de Aquiles de la pareja en el futuro: El bienestar depende de lo que ambos hagan (una parte depende sólo de María y otra parte del apoyo que Amancio le ofrezca).
6	00:25:38 - 00:04:42	402 - 504	¿Qué cosas creen que les han servido de la terapia? A María le ha ayudado a aprender a no sentirse tan sumisa y a Amancio a no ser tan exigente con María.
7	00:04:43 - 00:12:03	505 - 593	Necesidad de María que Amancio le reconozca lo que ella ha llegado a pasar con su familia de origen por no defenderla: El terapeuta pregunta ¿Amancio reconoce lo que ha hecho pasar a María en referencia a su familia? ¿Qué necesitaría María para perdonar a Amancio? Para María no es suficiente que Amancio le reconozca en terapia todo lo mal que se lo ha hecho pasar en referencia a su familia de origen, quiere que también se lo reconozca a su hija.
8	00:12:04 - 00:15:35	594 - 645	¿Qué opina Amancio de lo que dice María, respecto a lo mal que ella se sintió con su familia de origen? A María le hubiera gustado que Amancio la defendiera a ella como ahora defiende a su madre.
9	00:15:36 - 00:20:17	646 - 713	El terapeuta introduce optimismo ante el hecho que Amancio sea ahora capaz de ver lo mal que se comporta su familia de origen con otras personas. Exigencia de María, no le es suficiente que Amancio le reconozca en sesión que hizo mal al no defenderla ante su familia de origen. Hubiera querido que lo hiciera en el pasado.
10	00:20:18 - 00:23:56	714 - 773	Intervención del terapeuta para reconocer que Amancio no defendió a María en los momentos que lo necesitaba y Amancio lo confirma. Expresión de optimismo de María: Amancio ha cambiado mucho hacia mejor. Logros y cambios logrados a través de la terapia.

**Apéndice F: Títulos de los Episodios Temáticos del caso con alto ajuste diádico  
(Método de IDC)**

**Primera sesión de terapia**

<b>Episodio Temático</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Líneas</b>	<b>Título</b>
1	00:00:00 - 00:01:07	5 - 34	Contextualización de la cámara y explicación de su utilidad en el contexto terapéutico.
2	00:01:08 - 00:08:02	35 - 146	Exploración del problema en el momento actual: Intervención grave en el estómago a Isabel y problemas de espalda por los que recibe la incapacidad total.
3	00:08:03 - 00:14:04	147 - 264	Inicio de la tristeza y depresión: Preocupación de Isabel por el problema que la incapacitación iba a suponer a su familia, y cuidado de la madre de Isabel en sus últimos años de vida.
4	00:14:05 - 00:16:34	265 - 307	Hermanas: Deterioro de su relación en el periodo en que hay un deterioro en el Alzheimer que sufre su madre.
5	00:16:35 - 00:19:51	308 - 376	Cuidados hacia la madre: Valoración del buen trato que la mujer recibió por parte de Isabel y en el hospital.
6	00:19:52 - 00:22:55	377 - 434	Origen de la Depresión: Problemas de espalda y fallecimiento de la madre de Isabel vivido como una responsabilidad.
7	00:22:56 - 00:30:14	435 - 547	Cómo la familia intenta ayudar en el duelo de su madre y el divorcio de su hermana, ante la responsabilidad de Isabel en ambas situaciones.
8	00:30:15 - 00:35:30	548 - 632	Cómo vive Isabel la forma en que su familia la intenta ayudar a librarse de la responsabilidad en referencia a los problemas que tiene su hermana.
9	00:35:31 - 00:39:15	633 - 696	Relación que la hermana tiene con Isabel y la nula relación que la hermana tiene con la familia extensa.
10	00:39:16 - 00:47:05	697 - 826	Conflicto con la hermana desde dos distintas visiones: Felicidad de la hermana como lo principal (visión de Isabel) VS. Rencor y responsabilidad que la hermana debe tener respecto sus propias decisiones (visión de David e hijos).
11	00:00:00 - 00:06:14	830 - 941	Balance de la relación de pareja: Parte positiva (conocerse mucho el uno al otro) VS. Parte negativa (dar cosas por sentado de lo que el otro dice). Terapia como lugar de donde la pareja puede sacar elementos enriquecedores.
12	00:06:15 - 00:08:44	942 - 982	Planteamiento laboral de David basado en delegar: Oportunidad para la pareja de pasar más unida.
13	00:08:45 - 00:11:36	983 - 1043	Paralelismo: Perdonar al compañero de trabajo de David que no comprendió inicialmente su depresión VS. Perdonar a la hermana de Isabel por todo lo que le había hecho pasar a su familia.

## Títulos de los Episodios Temáticos del caso con alto ajuste diádico (Método de IDC)

### Última sesión de terapia

Episodio Temático	Tiempo	Líneas	Título
1	00:00:00 - 00:01:30	3 - 37	Planificación de la sesión de post-evaluación.
2	00:01:31 - 00:07:11	38 - 190	Acuerdo para las vacaciones: Ilusión de Isabel de ir con su hermana a Navarra VS. Aceptación de David de ir buscando estrategias para estar relajado en Navarra y no ir a Canet.
3	00:07:12 - 00:12:19	191 - 318	Relación terapéutica: Tristeza por dejar de ver a los terapeutas VS. Alegría por la mejoría. Cambios de la pareja logrados tras la terapia.
4	00:12:20 - 00:19:12	319 - 477	Nueva organización de las tareas domésticas: Agradecimiento de Isabel por compartir las tareas con David VS. Angustia de Isabel (implica cambios en la identidad).
5	00:19:13 - 00:24:59	478 - 593	Cambios logrados a través de la terapia: Mejora en la comunicación, disciplina al organizar las tareas domésticas, afrontar problemas de forma diferente.
6	00:25:00 - 00:28:06	594 - 660	Dosificar esfuerzos de Isabel: Disfrutar hablando con amigas VS. Hacer sobreesfuerzo físico (Implica tener dolores de espalda días después).
7	00:28:07 - 00:33:56	661 - 776	Equilibrio entre: Cuidado por parte de David por el estado físico de Isabel (Provoca agobio en ella) VS. Seguir haciendo cosas que forman parte de la identidad.
8	00:33:57 - 00:42:18	777 - 938	Qué recordarán de aquí cinco años de la terapia: Clima de la terapia (relación afectuosa, lugar cómodo y seguro). Pareja positiva incluso en situaciones difíciles.
9	00:42:19 - 00:46:19	939 - 1034	Cuidado de las nietas: Proceso desvinculación con su madre (nieta pequeña) y momentos de disfrute (nieta mayor).
10	00:46:20 - 00:59:29	1035 - 1322	Sorpresas de los terapeutas para la pareja en la última sesión: Mochila de recursos.
11	00:59:30 - 01:01:15	1323 - 1357	Despedida y cierre de la sesión.

## Apéndice G: Comparación de las voces y posiciones de las parejas

### Primera sesión de terapia

Caso	CP	Participante	Voces	Posiciones	
<b>Bajo ajuste diádico</b>	Negativo	Paciente	Destinatarios con múltiples voces; al reprochar aspectos conflictivos. Voz de enferma, de los demás, del cónyuge.	Se posicionó incomprendida. Posicionó al cónyuge culpable. Posicionó a ambos diferentes y opuestos.	
		Cónyuge	Destinatarios con múltiples voces; al reprochar aspectos conflictivos. Voz de consejero, de la paciente.	Se posicionó incapaz de ayudar a la paciente, no enfermo y agente activo de cambio. Posicionó a la paciente enferma y no agente activo de cambio. Posicionó a ambos diferentes y opuestos.	
	Positivo	Paciente	Destinatarios con múltiples voces; al reprochar aspectos conflictivos. Voz de enferma, de sí misma.	Se posicionó individualmente agente activo cambio. Al final de los ET: se posicionó como no agente activo cambio, incomprendida, y posicionó a ambos diferentes.	
		Cónyuge	Destinatarios con múltiples voces; al reconocer su responsabilidad en la mejora. Voz de consejero.	Se posicionó implicado o parte necesaria para lograr cambios positivos en la relación. Al final de los ET: se posicionó no enfermo y posicionó a ambos diferentes.	
	<b>Alto ajuste diádico</b>	Positivo	Paciente	Destinatarios con múltiples voces: al valorar positivamente su relación. Voz de enferma, voz del cónyuge y de sí misma ("nosotros").	Aceptó las posiciones planteadas por el cónyuge. Posicionó a ambos unidos y corresponsables del cambio.
			Cónyuge	Destinatarios con múltiples voces: al valorar positivamente su relación. Voz de observador, voz de la paciente y de sí mismo ("nosotros").	Se posicionó observador del problema, aunque también implicado en la responsabilidad de mejorar. Posicionó a la paciente implicada en el problema. Posicionó a ambos unidos y corresponsables del cambio.

Nota. ET (Episodios Temáticos); CP (Compartir Propósito)



## Comparación de las voces y posiciones de las parejas

### Última sesión de terapia

Caso	CP	Participante	Voces	Posiciones
<b>Bajo ajuste diádico</b>	Negativo	Paciente	Destinatarios con múltiples voces; al expresar el mensaje de reconocimiento por el sufrimiento que le hubiera gustado recibir. Voz de sufridora, del cónyuge.	Se posicionó sufridora y enferma. Posicionó al cónyuge culpable. Posicionó a ambos no agentes activos de cambio en el proceso terapéutico y separados.
		Cónyuge	Voz de no enfermo en referencia a la depresión de la paciente.	Se posicionó arrepentido del sufrimiento provocado a la paciente y exigido. Posicionó a la paciente exigente. Posicionó a ambos no agentes activos de cambio en el proceso terapéutico y separados.
	Positivo	Paciente	Destinatarios con múltiples voces; al reconocer cambios percibidos en él. Voz de evaluadora externa, de los demás.	Se posicionó agente activo de cambio a nivel individual. Al final de los ET: Posicionó a ambos no agentes activos de cambio y al terapeuta responsable del cambio realizado.
		Cónyuge	Destinatarios con múltiples voces; al comprometerse en la prevención de recaídas. Voz de reconocedor del sufrimiento de la paciente.	Se posicionó implicado o parte necesaria para lograr la mejora en su relación. Al final de los ET: Posicionó a ambos no agentes activos de cambio y al terapeuta responsable del cambio realizado.
<b>Alto ajuste diádico</b>	Positivo	Paciente	Destinatarios con múltiples voces; al interesarse por su perspectiva sobre lo que se hablaba y reconocerle su apoyo recibido. Voz de recuperada, del cónyuge y sí misma ("nosotros").	Se posicionó paciente recuperada e independiente. Posicionó al cónyuge acompañante en el proceso y preocupado por ella. Posicionó a ambos unidos y corresponsables del cambio.
		Cónyuge	Destinatarios con múltiples voces; al interesarse por su perspectiva sobre lo que se hablaba. Voz de la paciente y sí mismo ("nosotros").	Aceptó la posición ofrecida por la paciente. También se posicionó implicado en la recuperación lograda y posicionó a la paciente agente activo de cambio. Posicionó a ambos unidos y corresponsables del cambio.

*Nota.* ET (Episodios Temáticos); CP (Compartir Propósito)

## Apéndice H: Comparación de las estrategias terapéuticas

### Primera sesión de terapia

Caso	ET	Estrategias terapéuticas
Bajo ajuste diádico	CP negativo	Centrar la conversación en momento presente
		Posicionar a la pareja como "unida" en el sentimiento de incompreensión
		Dirigir el discurso a la paciente
		Responder a la "voz de enferma" de la paciente y la "voz de consejero" del cónyuge sin propiciar un punto en común entre dichas voces
	CP positivo	Centrar la conversación en momento presente
		Posicionar a la pareja como "unida" y "agente activo de cambio" en el proceso terapéutico*
		Dirigir el discurso a los dos miembros de la pareja*
		No responder a la "voz de consejero" del cónyuge*
		Añadir una nueva voz en la paciente alternativa a la "voz de enferma"*
		Añadir una nueva posición en el cónyuge como "figura de apoyo"*
-----		
<b>Final de los ET:</b>		
Responder a la "voz de enferma" de la paciente		
Dirigir el discurso a la paciente		
Responder a la posición de "diferentes" y "opuestos" de la pareja		
Alto ajuste diádico	CP positivo	Centrar la conversación en momento presente
		Hablar con la voz del equipo terapéutico*
		Dirigir el discurso a ambos miembros de la pareja*
		Destacar posiciones similares entre los miembros de la pareja*
		Posicionar a la pareja como "unida", "corresponsable" y "agente activo de cambio" en el proceso terapéutico*

Nota. ET (Episodios Temáticos); CP (Compartir Propósito); \* Estrategias exclusivas en los ET con CP positivo

## Comparación de las estrategias terapéuticas

### Última sesión de terapia

Caso	ET	Estrategias terapéuticas
		<p>Centrar la conversación en momento presente</p> <p>Hablar con destinatarios con múltiples voces**</p> <p>Dirigir el discurso a la paciente</p>
	CP negativo	<p>Responder a la "voz de sufridora" de la paciente sin propiciar la búsqueda de un punto en común entre el discurso de la pareja**</p> <p>Posicionar a la paciente "agente activo de cambio" a nivel individual**</p> <p>Explicitar responsabilidades de cada miembro de la pareja sin posicionarlos "unidos" en la responsabilidad del cambio**</p> <p>Responder a la conflictiva de la pareja**</p>
<b>Bajo nivel de ajuste diádico</b>		<p>Centrar la conversación en momento presente</p> <p>Hablar con destinatarios con múltiples voces**</p> <p>Hablar con la voz del equipo terapéutico</p> <p>Dirigir el discurso a ambos miembros de la pareja*</p> <p>Posicionar a la pareja como "unida" y "agente activo de cambio" en referencia a los cambios logrados*</p> <p>Responder a la posición de "implicado" del cónyuge y a los cambios logrados por la pareja**</p>
	CP positivo	<p>Proponer nuevas posiciones; "recuperada" en la paciente y "figura de apoyo" en el cónyuge*</p> <p>Incluir elementos simbólicos en el lenguaje**</p>
		<p><b>Final de los ET:</b></p> <p>Dirigir el discurso a la paciente</p> <p>Responder a la "voz de sufridora" y a la "voz de reconecedor" sin propiciar la búsqueda de un punto en común entre el discurso de la pareja**</p> <p>Posicionar a los miembros de la pareja "agentes activo de cambio" a nivel individual**</p>
<b>Alto nivel de ajuste diádico</b>		<p>Centrar la conversación en momento presente</p> <p>Hablar con la voz del equipo terapéutico*</p> <p>Dirigir el discurso a ambos miembros de la pareja*</p> <p>Destacar posiciones similares entre los miembros de la pareja*</p>
	CP positivo	<p>Posicionar a la pareja como "unida", "corresponsable" y "agente activo de cambio" en el proceso terapéutico*</p> <p>Responder a las voces de los miembros de la pareja y encontrar un punto en común entre sus discursos**</p> <p>Responder a los recursos de la pareja, a la relación terapéutica y a los cambios logrados en terapia**</p>

*Nota.* ET (Episodios Temáticos); CP (Compartir Propósito); \* Estrategias exclusivas en los ET con CP positivo;

\*\* Nuevas estrategias que no estuvieron presentes en el caso durante la primera sesión

Esta Tesis Doctoral ha sido defendida el día \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de 201

En el Centro \_\_\_\_\_

de la Universidad Ramon Llull, ante el Tribunal formado por los

Doctores y Doctoras abajo firmantes, habiendo obtenido la

calificación:

Presidente/a

---

Vocal

---

Vocal \*

---

Vocal \*

---

Secretario/a

---

Doctorando/a

---

*(\*): Sólo en el caso de tener un tribunal de 5 miembros*