

TESIS DOCTORAL

**Construcción de la Alianza Terapéutica en Terapia de Pareja
con Trastorno Depresivo Mayor**

Clara Mateu Martínez

Dirigida por la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens

Co-dirigida por el Dr. Valentín Escudero Carranza

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

Universitat Ramon Llull

Barcelona, Octubre 2015



Universitat Ramon Llull

TESI DOCTORAL

Títol	Construcción de la Alianza Terapéutica en Terapia de Pareja con Trastorno Depresivo Mayor
Realitzada per	Clara Mateu Martínez
en el Centre	Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport Blanquerna
i en el Departament	Psicologia
Dirigida per	Dra. Anna Vilaregut Puigdesens
Co-dirigida per	Dr. Valentín Escudero Carranza

*Als meus pares, a l'Isabel, a la meva àvia i en Guillem
Gràcies de tot cor per acompanyar-me en el camí.*

*We all have dreams. But in order to make
dreams come into reality, it takes an awful lot of
determination, dedication, self-discipline and effort.*

(Jesse Owens)

Agradecimientos

Me gustaría poder expresar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas que me han apoyado y motivado para seguir adelante hasta finalizar esta tesis doctoral. Son muchas las personas que han estado presentes en este recorrido y han influido en el desarrollo de esta investigación. Se cierra una etapa en la que el trabajo y el esfuerzo han sido los protagonistas. Una etapa no vivida en soledad, sino compartida, y ya que una gran parte de nosotros se construye en base a nuestras relaciones, gracias a todos vosotros por hacer posible que lo lograra.

Gracias a mi directora de tesis, la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens por dirigir esta investigación. Gracias por haber confiado en mí, por transmitirme tu saber hacer en la práctica clínica e investigadora. Por hacerme crecer personal y profesionalmente y guiarme en todo momento, por luchar conmigo en las adversidades y ser un referente a lo largo de todo el proceso.

Gracias a la generosidad de mi co-director de tesis, el Dr. Valentín Escudero Carranza y a su equipo, de la *Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar (UIICF)*, por transmitirme pasión y entrega en el campo de la Alianza Terapéutica en terapia familiar y de pareja, y enseñarme que la relación terapéutica es la herramienta esencial en el trabajo clínico.

Gracias a la *Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna* y al equipo docente, por acompañarme en todo mi desarrollo académico e investigador. Ha sido más que una Facultad para convertirse en un hogar, que me ha visto crecer y desarrollarme a lo largo de todos estos años. En este contexto he podido obtener una *Beca de Recerca Blanquerna (BRB)* en el *Grup de Recerca de Parella i Família*, que me ha permitido conocer de cerca el campo académico y la riqueza del trabajo en equipo de la que se beneficia la práctica investigadora. En especial, gracias por beneficiarme de los *Ajuts per estades de recerca a altres universitats (2013-2014)* que me permitió desarrollar una estancia de investigación de 3 meses en Roma en el *Istituto Europeo di Formazione Consulenza Sistemica (I.E.F.Co.S.)*

Gracias 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*, ha creído en mí y ha sido

un mentor y un gran apoyo a lo largo de mi formación académica e investigadora. Gracias por dejarme formar parte del *Grup de Recerca de Parella i Família* (GRPF) y a cada uno de sus miembros que me han hecho sentir acogida y arropada y ha resultado el contexto óptimo para formarme en el campo de la familia e iniciarme en la investigación y en la docencia. En especial, gracias al sub grupo de investigación en psicología sistémica, Anna, Anna Gilabert, Cristina, Edu, Laura, Lourdes, Meritxell y Núria Ibáñez. En concreto a Lourdes, gracias por ser mi amiga y mi gran compañera de lucha en los buenos y en los malos momentos. Formamos un *tándem* para desarrollar un largo recorrido, que ha sabido coordinarse y pedalear con fuerza. Gracias infinitas por ser mi refugio y un apoyo incondicional.

En el contexto universitario, gracias a los becarios de la aula de recerca con quienes he compartido el espacio de investigación y me han enriquecido y apoyado. En especial, a la doctoranda Sara Signo, gracias no sólo por haber formado parte de mi trayectoria como investigadora, sino por ser mi amiga y un puntal esencial en mi día a día; por creer que podía lograrlo y no dejarme nunca de la mano a lo largo de todo el camino recorrido.

Un agradecimiento especial al Dr. Ignasi Cifre y al Dr. Alberto Abascal. Gracias al Dr. Ignasi Cifre por su colaboración y soporte incondicional, y por ser la respuesta en momentos en los que no encontraba salida. Y gracias al Dr. Alberto Abascal por ser el primero en hablarme de la metodología secuencial, por ser tan generoso conmigo y acogerme con tanto cariño desde el primer momento.

Gracias al Dr. Guillem Feixas por su gran generosidad y por confiar en nosotros, ya que sin la oportunidad que nos brindó esta tesis no hubiera podido desarrollarse.

Gracias al Dr. Vicenç Quera, ha sido un referente en el análisis secuencial desarrollado y han sido de gran ayuda todas sus aportaciones y apoyo ofrecido en el desarrollo de este estudio.

Valoro todo el aprendizaje adquirido al Dr. Juan Luis Linares, Carmen Campo y a todo el equipo docente del *Màster en Teràpia Familiar Sistèmica de l'Escola de Teràpia Familiar de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau*, en especial a Ana Gil y a Susana Vega. Gracias por formarme en el campo de la terapia familiar sistémica y ayudarme a encontrarme a mí misma.

Agradezco a Karin Schlanger, directora del *Centro de Terapia Breve en el Mental Research Institute* (MRI) y el *Centro Latino de Terapia Breve* de Palo Alto (California), su generosidad y entrega en el conocimiento transmitido en el campo de la terapia breve en resolución de problemas, el cual me ha ayudado a formarme como terapeuta familiar. Gracias por la oportunidad de impartir un curso intensivo en el MRI, una de las principales sedes de la terapia familiar sistémica, y sobre todo gracias por tus buenos consejos, por tu afecto y proximidad transmitida a pesar de la distancia.

Agradezco al Dr. Onnis y a Maurizio Coletti por acogerme con los brazos abiertos en el *Istituto Europeo di Formazione Consulenza Sistemica* (I.E.F.Co.S.). Gracias por transmitirme vuestra pasión en la práctica clínica y haberme hecho vivir una experiencia que me ha enriquecido enormemente personal y profesionalmente.

Y finalmente, un gran reconocimiento a mi familia, sin vosotros no sería lo que soy, gracias por transmitirme tantos valores, entre ellos el valor del esfuerzo, gracias por haberme guiado incondicionalmente, por vuestra confianza, valoración y amor transmitido. A mis amigos y amigas, Adri, Alex, Anna, Blanca, Borja, Ester, Grupo de Granollers, Laura, Lidia, Minerva, Pat, Octavio y Vanessa, por ser mi segunda familia, por quererme y animarme a seguir adelante. Gracias a la familia de Guillem, *per fer-me sentir com a casa, i en especial a tu, Guillem, per ser el meu company de viatge i el meu recer; per comprendre'm, per cuidar-me, protegir-me i estimar-me immensament.*

Méritos Científicos

Beca obtenida para el desarrollo de la Tesis Doctoral

Beca de Recerca Blanquerna (BRB 2009-2013) del *Grup de Recerca de Parella i Família* (GRPF; SGR-953, AGAUR 2014) de Facultat de Psicologia Ciències de l'Educació i de l'Esport (FPCEE), Blanquerna (Universitat Ramon LLull-URL).

Publicaciones

Artigas, L., Vilaregut, A., Mateu, C., & Feixas, G. (2015). The construction of the therapeutic alliance in couple therapy in two contrasting cases with depression. *Journal of Family Therapy*. Manuscrito presentado para su publicación.

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.

Vilaregut, A., Mateu, C., Virgili, C., Rusiñol, J., Estrada, M., & Cabra, Q. (2012). Estudio descriptivo y comparativo entre padres y madres que participan en un programa de prevención sobre consumo de drogas y conductas de riesgo. *Revista Española de Drogodependencia*, 37, 165- 181.

Vilaregut, A., Calleja, A., Coletti, M., Campreciós, M., Mercadal, L., & Mateu, C. (2015). *Psychometric properties and Italian validation of the Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)*. Manuscrito presentado para su publicación.

Contribuciones en congresos

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. Comunicación oral 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.

Mateu, C., Vilaregut, A., Campo, C., Artigas, L., & Escudero, V. (2013, octubre). Constructing the Therapeutic Alliance in Couple Therapy: an illustrative case study. Comunicación oral presentada en 8th 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 Derneği*, AETD), Estambul, Turquía.

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. Comunicación oral presentada en el SOFTA Research Meeting, Santiago de Compostela, España.

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. Comunicación oral 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.

Vilaregut, A., Mateu, C., Virgili, C., Rusiñol, J., Estrada M., & Cabra, Q. (2010, octubre). Evaluación de la eficacia del programa de prevención sobre el consumo de drogas dirigido a padres y madres "Connecta amb els teus fills". Estudio piloto. Comunicación oral presentada en el 7th European Family Therapy Association (E.F.T.A) Congress (60 ans de Thérapie Familiale 20 ans d'EFTA et ap'eres? Nouvelles perspectives pour la pratique systémique), Paris, Francia.

Vilaregut, A., Mateu, C., Virgili, C., Rusiñol, J., Estrada, M., & Cabra, Q. (2009, maig). Evaluación de la eficacia del programa de prevención de drogas y problemas asociados para padres y madres con hijos entre 3-16 años. Estudio Piloto. Comunicació oral presentada en el IV Congreso de la Asociación Española para la Investigación y Desarrollo de la Terapia Familiar sobre TERAPIA, Santander, Espanya.

Vilaregut, A., Mateu, C., Virgili, C., Rusiñol, J., Estrada, M., & Cabra Q. (2009, novembre). Evaluación de la eficacia del programa de prevención de consumo de drogas y problemas asociados "Connecta amb els teus fills". Estudio piloto. Comunicación oral presentada en la I Jornada de Terapia Familiar y de Parejas en Contextos Clínicos y Comunitarios, Sevilla, Espanya.

Colaboración en docencia

Colaboración en docencia en la asignatura de *Models Sistèmics* (2011-2015) impartida por la Dra. Anna Vilaregut de la FPCEE, Blanquerna (URL).

Curso Intensivo en Terapia Breve en Resolución de Problemas (2013, marzo). Estilo Terapéutico y Alianza Terapéutica como indicadores de eficacia del Modelo en Terapia Breve en Resolución de problemas organizado por el *Mental Research Institute* (MRI) de Palo Alto (California- EEUU).

Índice

Introducción.....25

PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO

1. LA ALIANZA TERAPÉUTICA

1.1. Conceptualización y Desarrollo Histórico en Psicoterapia35

1.2. Alianza Terapéutica en Terapia de Pareja y Terapia Familiar40

1.3. Investigación en Alianza Terapéutica y Resultado Final47

2. LA TERAPIA DE PAREJA DESDE EL MODELO SISTÉMICO

2.1. Conceptualización de la Pareja desde el Modelo Sistémico63

2.2. Conceptualización y Características de la Pareja con Sintomatología Depresiva.....75

2.3. Investigación en Terapia de Pareja con Sintomatología Depresiva85

3. EL MODELO SOATIF: Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar

3.1. Conceptualización y Desarrollo del Modelo SOATIF103

3.2. Dimensiones de la Alianza Terapéutica según el Modelo SOATIF.....107

 3.2.1. Enganche en el Proceso Terapéutico107

 3.2.2. Conexión Emocional con el Terapeuta110

 3.2.3. Seguridad dentro del Sistema Terapéutico.....113

 3.2.4. Sentido de Compartir el Propósito de la Terapia en la Familia115

SEGUNDA PARTE. APLICACIÓN EMPÍRICA

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1. Objetivo general	123
4.2. Objetivos específicos.....	123
4.3. Hipótesis.....	123

5. MÉTODO

5.1. Diseño.....	127
5.2. Participantes	127
5.3. Instrumentos	136
5.4. Procedimiento.....	139
5.5. Análisis de datos.....	141

6. RESULTADOS

6.1. Análisis descriptivo	149
6.1.1. Indicadores de la dimensión de Enganche, Conexión y Seguridad de los pacientes tanto para los casos de mejora y no mejora sintomática.....	150
6.1.2. Indicadores de la dimensión de Enganche, Conexión y Seguridad de los cónyuges tanto para los casos de mejora y no mejora sintomática.....	156
6.1.3. Indicadores de la dimensión de Compartir el Propósito de la Terapia de las parejas tanto para los casos de mejora y no mejora sintomática	161
6.1.4. Indicadores de las cuatro dimensiones de los terapeutas tanto para los casos de mejora y no mejora sintomática	164
6.2. Análisis de varianza.....	176

6.3. Análisis secuencial	182
6.3.1. Análisis secuencial de las interacciones entre los pacientes (conductas antecedentes) y los terapeutas (conductas subsecuentes)	182
6.3.2. Análisis secuencial de las interacciones entre los terapeutas (conductas antecedentes) y los pacientes (conductas subsecuentes).....	185
6.3.3. Análisis secuencial de las interacciones entre los cónyuges (conductas antecedentes) y los terapeutas (conductas subsecuentes)	189
6.3.4. Análisis secuencial de las interacciones entre los terapeutas (conductas antecedentes) y los cónyuges (conductas subsecuentes).....	191
6.3.5. Análisis secuencial de las interacciones entre los pacientes (conductas antecedentes) y los cónyuges (conductas subsecuentes).....	193
6.3.6. Análisis secuencial de las interacciones entre los cónyuges (conductas antecedentes) y los pacientes (conductas subsecuentes).....	196
7. DISCUSIÓN	205
8. CONCLUSIONES	237
9. REFERENCIAS	243
10. APÉNDICE	
Apéndice A: Certificación de la estancia de investigación en el Istituto Europeo di Formazione e Consulenza Sistemica (I.E.F.Co.S.) en Roma	275
Apéndice B: Descriptores y conductas de los clientes (SOATIF-o)	277
Apéndice C: Descriptores y conductas de los terapeutas (SOATIF-o)	279
Apéndice D: Análisis de un caso de terapia de pareja mediante el SOATIF-o.....	283

Listado de Tablas

Tabla 1.	Descriptivos sociodemográficos.....	131
Tabla 2.	Datos sociodemográficos respecto al estado civil, años de relación y convivencia de las parejas	132
Tabla 3.	Características descriptivas y principales conflictos de las parejas.....	133
Tabla 4.	Resultados de cambio y no cambio sintomático de los pacientes utilizando los criterios de Jacobson y Truax (1991) al inicio y al final de la terapia	141
Tabla 5.	Puntuaciones globales obtenidas en cada una de las dimensiones de los pacientes, cónyuges y terapeutas en la sesión 2, 6 y última para los casos de mejora y no mejora sintomática.....	150
Tabla 6.	Indicadores de los pacientes (pi) en la dimensión de Enganche (e) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora	151
Tabla 7.	Indicadores de los pacientes (pi) en la dimensión de Enganche (e) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora.....	152
Tabla 8.	Indicadores de los pacientes (pi) en la dimensión de Conexión (cox) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora	153
Tabla 9.	Indicadores de los pacientes (pi) en la dimensión de Conexión (cox) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora	154
Tabla 10.	Indicadores de los pacientes (pi) en la dimensión de Seguridad (seg) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora	155
Tabla 11.	Indicadores de los pacientes (pi) en la dimensión de Seguridad (seg) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora.....	156
Tabla 12.	Indicadores de los cónyuges (con) en la dimensión de Enganche (e) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora.....	157

Tabla 13.	Indicadores de los cónyuges (con) en la dimensión de Enganche (e) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora	158
Tabla 14.	Indicadores de los cónyuges (con) en la dimensión de Conexión (cox) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora	159
Tabla 15.	Indicadores de los cónyuges (con) en la dimensión de Conexión (cox) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora	159
Tabla 16.	Indicadores de los cónyuges (con) en la dimensión de Seguridad (seg) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora	160
Tabla 17.	Indicadores de los cónyuges (con) en la dimensión de Seguridad (seg) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora	161
Tabla 18.	Indicadores de la pareja en la dimensión de Compartir el Propósito (comp) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora	162
Tabla 19.	Indicadores de la pareja en la dimensión de Compartir el Propósito (comp) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora	164
Tabla 20.	Indicadores de los terapeutas (t) en la dimensión de Enganche (e) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora	165
Tabla 21.	Indicadores de los terapeutas (t) en la dimensión de Enganche (e) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora	166
Tabla 22.	Indicadores de los terapeutas (t) en la dimensión de Conexión (cox) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora	167
Tabla 23.	Indicadores de los terapeutas (t) en la dimensión de Conexión (cox) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora	168
Tabla 24.	Indicadores de los terapeutas (t) en la dimensión de Seguridad (seg) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora	169
Tabla 25.	Indicadores de los terapeutas (t) en la dimensión de Seguridad (seg) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora	170

Tabla 26. Indicadores de los terapeutas (t) en la dimensión de Compartir (comp) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora	171
Tabla 27. Indicadores de los terapeutas (t) en la dimensión de Compartir (comp) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora	172
Tabla 28. Pruebas de efecto del análisis de varianza teniendo en cuenta como fuentes de variación el momento temporal de la terapia, el resultado final en la sintomatología depresiva y los participantes y como variable dependiente la dimensión de Enganche	177
Tabla 29. Comparaciones entre el momento temporal de la terapia y los participantes en las pruebas de Scheffé respecto la dimensión de Enganche	178
Tabla 30. Pruebas de efecto del análisis de varianza teniendo en cuenta como fuentes de variación el momento temporal de la terapia, el resultado final en la sintomatología depresiva y los participantes y como variable dependiente la dimensión de Conexión	178
Tabla 31. Comparaciones entre los participantes en las pruebas de Scheffé respecto la dimensión de Conexión Emocional	179
Tabla 32. Pruebas de efecto del análisis de varianza teniendo en cuenta como fuentes de variación el momento temporal de la terapia, el resultado final en la sintomatología depresiva y los participantes y como variable dependiente la dimensión de Seguridad.....	179
Tabla 33. Comparaciones entre los participantes en las pruebas de Scheffé respecto la dimensión de Seguridad.....	180
Tabla 34. Pruebas de efecto del análisis de varianza teniendo en cuenta como fuentes de variación el momento temporal de la terapia, el resultado final en la sintomatología depresiva y los participantes y como variable dependiente la dimensión de Compartir el Propósito	180

Tabla 35. Comparaciones entre los participantes y el resultado final de la sintomatología depresiva en las pruebas de Scheffé respecto la dimensión de Compartir el Propósito.....	181
Tabla 36. Coeficiente Q de Yule para las conductas de los pacientes en respuesta a las contribuciones de los terapeutas en los casos de mejora y no mejora sintomática.....	184
Tabla 37. Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las contribuciones de los terapeutas en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de mejora y no mejora sintomática.....	186
Tabla 38. Coeficiente Q de Yule para las contribuciones de los terapeutas en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de mejora y no mejora sintomática.....	187
Tabla 39. Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las contribuciones de los terapeutas en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de no mejora en la sexta sesión.....	187
Tabla 40. Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las contribuciones de los terapeutas en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de mejora en la última sesión.....	188
Tabla 41. Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las contribuciones de los terapeutas en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de no mejora en la última sesión.....	188
Tabla 42. Coeficiente Q de Yule para las conductas de los cónyuges en respuesta a las contribuciones de los terapeutas en los casos de mejora y no mejora sintomática.....	190
Tabla 43. Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las contribuciones de los terapeutas en respuesta a las conductas de los cónyuges en los casos de mejora	191

Tabla 44.	Coeficiente Q de Yule para las contribuciones de los terapeutas en respuesta a las conductas de los cónyuges en los casos de mejora y no mejora sintomática.....	192
Tabla 45.	Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las contribuciones de los terapeutas en respuesta a las conductas de los cónyuges en los casos de mejora en la última sesión	192
Tabla 46.	Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las conductas de los pacientes en respuesta a las conductas de los cónyuges en los casos de no mejora	193
Tabla 47.	Coeficiente Q de Yule para las conductas de los pacientes en respuesta a las conductas de los cónyuges en los casos de mejora y no mejora sintomática.....	195
Tabla 48.	Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las conductas de los pacientes en respuesta a las conductas de los cónyuges en los casos de no mejora en la última sesión	195
Tabla 49.	Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las conductas de los cónyuges en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de mejora	197
Tabla 50.	Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las conductas de los cónyuges en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de no mejora	197
Tabla 51.	Coeficiente Q de Yule para las conductas de los cónyuges en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de mejora y no mejora sintomática.....	198
Tabla 52.	Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las conductas de los cónyuges en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de mejora en la sexta sesión	198

Listado de Figuras

- Figura 1. Patrones secuenciales entre las conductas de los Pacientes (Antecedente) y las conductas de los Terapeutas (Subsecuente) en los casos de mejora y no mejora sintomática.....185
- Figura 2. Patrones secuenciales entre las conductas de los Terapeutas (Antecedente) y las conductas de los Pacientes (Subsecuente) en los casos de mejora y no mejora sintomática.....189
- Figura 3. Patrones secuenciales entre las conductas de los Cónyuges (Antecedente) y las conductas de los Terapeutas (Subsecuente) en los casos de no mejora sintomática.....190
- Figura 4. Patrones secuenciales entre las conductas de los Terapeutas (Antecedente) y las conductas de los Cónyuges (Subsecuente) en los casos de mejora y no mejora sintomática.....193
- Figura 5. Patrones secuenciales entre las conductas de los Pacientes (Antecedente) y las conductas de los Cónyuges (Subsecuente) en los casos de mejora y no mejora sintomática.....196
- Figura 6. Patrones secuenciales entre las conductas de los Cónyuges (Antecedente) y las conductas de los Pacientes (Subsecuente) en los casos de mejora y no mejora sintomática.....199

Introducción

La psicoterapia no se puede concebir al margen del establecimiento de la alianza terapéutica entre el paciente y el terapeuta. Independientemente de la técnica o el modelo utilizado, es una condición necesaria para el óptimo desarrollo de la terapia, considerándose como un buen predictor de la evolución de la terapia y un elemento facilitador en el resultado terapéutico (Blow, Sprenkle, & Davis, 2007; Gaston, Marmar, Gallagher, & Thompson, 1991; Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symonds, 2011; Martin, Garske, & Davis, 2000; Sprenkle, Davis, & Lebow, 2009).

Se ha demostrado en la investigación de proceso-resultado que la alianza terapéutica predice buenos resultados en psicoterapia individual (Constantino, Castonguay, & Schut, 2002; De Bolle, Johnson, & De Fruyt, 2010; Horvath & Bedi, 2002; Horvath 2011; Lambert & Barley, 2001). En el caso de la terapia de pareja y de familia, también se ha demostrado que es un factor muy relevante y más complejo que en los procesos psicoterapéuticos individuales, y a pesar de ello, existe una cantidad más limitada de estudios dirigidos a conocer la relación entre la alianza terapéutica y el resultado final de la terapia (Anderson & Johnson, 2010; Friedlander, Escudero, Heatherington, & Diamond, 2011; Kazdin, Marciano, & Whitley, 2005; Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2007; Mamodhousen, Wright, Tremblay, & Poitras-Wright, 2005, Pinsof, Zinbarg, & Knobloch-Fedders, 2005; Symonds & Horvath, 2004).

La alianza en terapia de pareja o de la familia difiere cualitativamente de la alianza en psicoterapia individual, ya que el terapeuta debe establecer múltiples alianzas (Rait, 2000). Así pues, como señalan Pinsof y Wynne (2000) el vínculo que establece el terapeuta con el paciente tiene un foco claro en la terapia individual, pero es multifocal en el tratamiento con una pareja o una familia.

Uno de los modelos de terapia que aborda la complejidad del sistema de la pareja y de la familia es el modelo sistémico. En los años 80 el modelo sistémico empezó a interesarse y a desarrollar teorías clínicas sobre la alianza terapéutica (Corbella & Botella, 2003).

De este modo, podemos afirmar que la alianza terapéutica es un factor relevante en la orientación sistémica, no obstante hay pocos estudios que demuestren la asociación entre la alianza terapéutica y el cambio terapéutico en la terapia de pareja y

de familia. Por lo tanto, en la misma línea de Escudero, Friedlander, Varela y Abascal (2008) consideramos que los psicoterapeutas sistémicos tenemos el reto de conocer cómo se construye la alianza terapéutica en la terapia de pareja y de familia a lo largo del proceso psicoterapéutico, y en concreto, cuando uno de los miembros de la pareja sufre un trastorno mental severo, como es la Depresión Mayor.

Los tratamientos en terapia de pareja contemplan una amplia gama de modelos terapéuticos y afirman que las intervenciones con ambos cónyuges son eficaces para la depresión (Barbato & D'Avanzo, 2008; Whisman, Johnson, Be, & Li, 2012). En el modelo sistémico, se ha profundizado sobre la relación entre la depresión mayor y los conflictos relacionales. Los investigadores en este campo se han interesado en los tratamientos de pareja como una forma de aliviar la depresión, cambiando los patrones de relación disfuncionales. Según la orientación sistémica, los síntomas depresivos de los pacientes se mantienen principalmente por las relaciones actuales en las que él o ella participan. Por tanto, el enfoque del trabajo en este tipo de terapia es que la persona deprimida afronte las dificultades presentes en su contexto relacional (Feixas, Muñoz, Dada, Compañ, & Arroyo, 2009; Gupta, Coyne, & Beach, 2003; Jones & Asen, 2000; Leff et al., 2000; Linares & Campo, 2000; Manfrida & Melosi, 1996; Vella & Loriendo, 1993).

Llegados a este punto la presente tesis doctoral tiene como objetivo analizar y comparar, desde el modelo sistémico, cómo se construye la alianza terapéutica en casos de terapia de pareja cuando uno de los dos cónyuges está diagnosticado de un Trastorno Depresivo Mayor y en los que se obtiene diferente resultado, en base a la sintomatología depresiva al final del tratamiento.

Pretendemos examinar las contribuciones de los terapeutas y las respuestas de las parejas en relación a la alianza terapéutica, y viceversa, mediante un análisis secuencial, utilizando los indicadores observables y conductuales del *Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar* (SOATIF-o; Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006), y determinar si existe alguna asociación entre dichas contribuciones y conductas respecto la alianza terapéutica, en base al resultado final en la sintomatología depresiva y el momento temporal de la terapia.

Actualmente, en el campo de la terapia sistémica, aunque se haya profundizado sobre la alianza terapéutica, el resultado final de la terapia y la depresión mayor, las tres

variables analizadas como un conjunto, partiendo del modelo SOATIF y usando una metodología observacional y secuencial no se ha llevado a cabo. Consideramos que es relevante hallar asociaciones significativas entre los patrones de interacción de las parejas y los terapeutas y realizar análisis de micro-proceso en base a la alianza terapéutica para contribuir en el óptimo desarrollo de la terapia.

Para desarrollar la presente tesis doctoral, que alberga la intención de ampliar conocimiento empírico y clínico sobre la alianza terapéutica en terapia de pareja, obtuve una *Beca de Recerca Blanquerna* (BRB), de la Facultad de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport (FPCEE), Blanquerna durante 4 años, entre noviembre del 2009 y noviembre del 2013. En concreto, dentro del grupo de investigación *Grup de Recerca de la Parella i Família* (GRPF; SGR-953, AGAUR 2014) del que es investigador principal el Dr. Carles Pérez-Testor. Por tanto, la realización de esta tesis me ha permitido conocer de cerca el campo académico y la riqueza del trabajo en equipo de la que se beneficia la práctica investigadora. Pudiendo implicarme en las áreas de investigación del grupo, desarrollando artículos científicos sobre líneas de investigación del grupo en las que he colaborado y sobre la temática concreta de la presente tesis doctoral, y contribuir en docencia y congresos sobre el presente ámbito de estudio.

La inquietud de lograr una mejor formación ha enriquecido mi aprendizaje no sólo en el área de la investigación, sino en el desarrollo de mi preparación clínica en el campo de la terapia familiar y de pareja desde el modelo sistémico. En concreto, desarrollé mis estudios durante 4 años, entre octubre 2008 y junio del 2012, 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 Universidad Autónoma 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 la terapia de pareja y, en concreto, en la construcción de la alianza terapéutica a lo largo del proceso psicoterapéutico. Posteriormente a la finalización de mis estudios seguí realizando co-terapia durante un año con la coordinadora del máster, Carmen Campo psicóloga adjunta del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, haciendo el seguimiento de diferentes casos de terapia de pareja. De la involucración en este campo de estudio, el proyecto final del *Màster de Teràpia Familiar Sistèmica* fue sobre la construcción de la alianza terapéutica en un caso de terapia de pareja que presentaba dificultades en el

manejo terapéutico, del cual se realizó un artículo (Mateu, Vilaregut, Campo, Artigas, & Escudero, 2014).

En base al desarrollo del proyecto final de máster y a la realización del posterior artículo, se estableció una colaboración entre la Dra. Anna Vilaregut Puigdesens, profesora titular de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna y el Dr. Valentín Escudero, profesor titular del Departamento de Psicología de la Universidad de A Coruña y co-director de la presente tesis doctoral, con el objetivo de formarnos en el modelo SOATIF. En base a esta colaboración tanto mi directora de tesis como yo, y otros miembros del grupo de investigación interesados en ésta área de estudio, realizamos estancias con el Dr. Valentín Escudero para entrenarnos en el instrumento *Sistema para la Observación en Alianza en Intervención Familiar* (SOATIF-o; Friedlander et al., 2006) y formarnos en el campo de la alianza terapéutica en terapia de pareja y de familia.

En relación a los casos escogidos para esta investigación, se obtuvieron mediante un convenio de colaboración entre el Dr. Guillem Feixas de la Universidad de Barcelona y la Dra. Anna Vilaregut de la FPCEE, Blanquerna establecido en junio de 2013. 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 Universidad de Barcelona. Mediante este convenio, se obtuvieron casos grabados de terapia de pareja en que uno de los dos miembros estaba diagnosticado de depresión mayor y eran tratados desde la orientación sistémica en la modalidad de terapia de pareja.

Finalmente, todo este proceso culminó con una estancia de tres meses, de septiembre hasta diciembre de 2013, en el *Istituto Europeo di Formazione Consulenza Sistemica- I.E.F.Co.S.* en Roma bajo la coordinación del Dr. Onnis y Maurizio Coletti (ver Apéndice A). Se contó para ello con una ayuda de la FPCEE, Blanquerna *Ajuts per a estades de recerca a altres universitats* (2013-2014) para realizarla. La estancia me permitió profundizar y participar en la actividad clínica y de investigación que el centro

ofrece. Y mediante esta experiencia se pudo crear una colaboración mutua entre las líneas de investigación del *Istituto Europeo di Formazione Consulenza Sistemica* (IEFCos, Roma), la *Libera Università Maria SS. Assunta* (LUMSA, Roma) y el *Grup de Recerca de Parella i Família*, las cuales han sido beneficiosas para el enriquecimiento de la presente tesis doctoral y ha permitido adaptar el *Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas* (CERFB) en población general italiana, del cual está pendiente una publicación (Vilaregut, Callea, Coletti, Campreciós, Mercadal, & Mateu, 2015).

Estructura de la tesis

La tesis doctoral está estructurada en dos grandes partes; una teórica que consta de la fundamentación conceptual que ha guiado esta investigación; y una empírica que recoge la propuesta metodológica y los resultados, en base a una posterior valoración con la literatura entrono a la temática de estudio.

La primera parte teórica se subdivide en tres capítulos. El primer capítulo se centra en la alianza terapéutica y se expone en primer lugar, su conceptualización y desarrollo histórico, en segundo lugar se realiza una conceptualización de la alianza terapéutica en terapia de pareja y de familia y finalmente, se desarrolla una presentación de la investigación en alianza terapéutica y el resultado final de la terapia. El segundo capítulo se subdivide en primer lugar, en una conceptualización de la pareja desde el modelo sistémico, en segundo lugar en una conceptualización de las características principales de la pareja con sintomatología depresiva y finalmente nos focalizamos en la investigación en terapia de pareja con sintomatología depresiva. Y finalmente, el tercer capítulo se centra en el modelo teórico de alianza y el instrumento principal de esta investigación el Sistema de Observación de la Alianza en Intervención Familiar (SOATIF-o, Friedlander et al., 2006) en el cual se muestran las principales características y su desarrollo, así como las dimensiones de las que consta de forma específica y detallada.

La segunda parte de esta tesis doctoral, la parte empírica, se inicia en el cuarto capítulo con el planteamiento del objetivo general, objetivos específicos e hipótesis del estudio. Seguido de los aspectos metodológicos de la investigación en el quinto capítulo. En el sexto capítulo se presentan los resultados obtenidos los cuales se subdividen en tres apartados. En primer lugar, se realiza un análisis descriptivo, en

segundo lugar, se realiza un análisis de varianza y finalmente se efectúa un análisis secuencial de las conductas de los pacientes y los cónyuges en relación a la alianza terapéutica para valorar si existe una asociación entre dichas conductas y las contribuciones de los terapeutas, en relación a la alianza terapéutica a lo largo del proceso terapéutico.

Especialmente nos interesa el análisis secuencial desarrollado, ya que consideramos que en terapia es importante un análisis micro analítico sobre el proceso psicoterapéutico en la construcción de la alianza terapéutica. Poniendo especial atención en las diferentes interacciones de la pareja entre sí, de la pareja con el terapeuta y de las contribuciones del terapeuta con la pareja en relación a la alianza terapéutica y el resultado final de la terapia.

El séptimo capítulo se centra en la discusión en la que se detallan las principales aportaciones del estudio, sus limitaciones y las futuras propuestas de investigación en este campo para seguir aportando conocimiento teórico, empírico y clínico en el área de estudio. Y finalmente, en el octavo capítulo se presentan las conclusiones de esta tesis.

PRIMERA PARTE. MARCO TEÓRICO

1. La Alianza Terapéutica

1.1. Conceptualización y Desarrollo Histórico

1.2. La Alianza Terapéutica en Terapia Familiar y Terapia de Pareja

1.3. Investigación en Alianza Terapéutica y Resultado Final de la Terapia

1. La Alianza Terapéutica

1.1. Conceptualización y Desarrollo Histórico

El concepto de la alianza terapéutica ha ido desarrollándose a lo largo del siglo XX. Desde el terreno terapéutico, se refiere a la calidad y la fortaleza de la relación entre el paciente y el terapeuta e incluye; lazos afectivos entre ambos y un compromiso activo con las metas de la terapia y los medios para alcanzarlas (Corbella & Botella, 2003; Horvath & Bedi, 2002).

Fue originalmente planteado por Freud (1940) que distinguió la alianza del concepto de transferencia. La transferencia se refiere al desplazamiento hacia el analista de los sentimientos, impulsos y necesidades del paciente relacionados con otras personas significativas para él. En cambio, la alianza estaría relacionada, desde esta perspectiva, con el afecto y la confianza del paciente en relación con el terapeuta. Freud (1940) 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 profesional (Corbella & Botella, 2003).

Durante cierto tiempo la alianza se asociaba exclusivamente al psicoanálisis pero dentro de esta conceptualización surgieron los llamados *Psicólogos del Ego* (Sterba, 1934; Zetzel, 1956) y presentaron una conceptualización de la alianza más fructífera (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2009).

En este marco destacamos a Sterba (1934), que fue el primero en destacar el papel que tiene la identificación positiva del paciente con el terapeuta para trabajar hacia el acuerdo y la consecución de tareas terapéuticas comunes. Destacó la importancia del trabajo conjunto entre el terapeuta y el paciente, para poder crear una alianza que permitiera a este último, considerar y aceptar las interpretaciones del analista.

Zetzel (1956) introdujo el término de *Alianza Terapéutica* para describir la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente. En concreto, se refiere al apego del paciente por el analista que surge de los aspectos positivos de las relaciones que el paciente tuvo durante su infancia. La alianza terapéutica debería producir una experiencia emocional beneficiosa, mediante la cual, el paciente experimentase una situación de forma distinta a como la había hecho previamente. Esta autora argumentó

que la alianza podía mejorar gracias a comentarios empáticos y de apoyo del terapeuta, así el profesional ya no era únicamente un elemento neutral, sino que el paciente podía sentir como el terapeuta se involucraba en las sesiones.

En el desarrollo histórico de la alianza terapéutica, también destacamos a Greenson (1967) el cual desarrolló el término de *Alianza de Trabajo* para describir la capacidad del paciente para trabajar en cooperación con el terapeuta en la terapia. Este autor consideraba que la colaboración positiva entre el paciente y el terapeuta es un componente esencial para el éxito en el resultado de la terapia. Por lo tanto, si el terapeuta facilita que el paciente consiga un cierto grado de disponibilidad y motivación para trabajar con él, y después logra mantenerlo, es posible que ocurran cambios positivos en el paciente.

Progresivamente, el concepto de alianza terapéutica se fue incorporado por la mayoría de las escuelas psicoterapéuticas, pero distanciándose del concepto transferencial proporcionado desde la orientación psicoanalítica.

Desde la orientación conductista clásica, se planteaba la terapia como un proceso en el que el paciente modificaba ciertas conductas, por lo que se consideraba que la calidad técnica de las intervenciones del terapeuta era el elemento esencial. Tradicionalmente, estaban más interesados en los mecanismos específicos del cambio, que en la propia relación terapéutica. Posteriormente, la “revolución cognitiva” reinicia el interés por la relación terapéutica. En realidad, la terapia cognitivo-conductual es una orientación basada en la colaboración, ya que proporciona a los pacientes una razón coherente acerca de las metas y de las tareas que se requerirán alcanzar para conseguir unos objetivos terapéuticos (Corbella & Botella, 2003; Friedlander et al., 2009).

Desde el movimiento humanista se mostró una especial atención a la alianza terapéutica en el proceso de terapia. Según Rogers (2008) el terapeuta debía tener tres características básicas para establecer una relación terapéutica efectiva: ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente al paciente. Consideraba que la relación terapéutica por sí misma, era el ingrediente activo para el cambio, independientemente de las técnicas específicas de cada orientación.

Strupp (1973) fue el primero, siguiendo el trabajo de Rogers (2008), en considerar la alianza terapéutica como decisiva no solo en el contexto de la psicoterapia

psicoanalítica, sino en todos los modelos de terapia. Definió la alianza como un constructo panteórico que influía en la efectividad de las intervenciones técnicas de cualquier orientación.

El concepto de la relación terapéutica definida por Rogers (2008) ha sido importante para el desarrollo de las teorías actuales sobre la alianza. Según Horvath (2000) algunas de las implicaciones del trabajo de Rogers son: (1) considerar que la relación que el terapeuta establece con el paciente es más importante para el éxito de la terapia que las técnicas específicas y (2) la creencia sobre que la alianza terapéutica es un factor esencial en todas las orientaciones.

Sobre el primer punto, se han fomentado en las últimas dos décadas, investigaciones sobre el resultado en psicoterapia. Por lo tanto, considerar que la alianza terapéutica es más importante que las técnicas específicas ha sido el pilar para el inicio de la investigación alianza-resultado. En relación al segundo punto mencionado, en relación a que la alianza terapéutica es un factor esencial en todas las orientaciones, ha supuesto que la investigación se centre en los factores comunes entre los cuales destaca la alianza terapéutica.

Respecto a la fomentación sobre el resultado en psicoterapia destacamos a Lambert y Bergin (1992) los cuales articularon y clasificaron una serie de elementos que afectan al tratamiento. Estos autores sugirieron que el 40% de los cambios que ocurren en el tratamiento son atribuibles a factores *extra-terapéuticos* (aquellas variables del paciente y de su contexto relacional, independientemente de la terapia); el 30% se refiere a *la relación terapéutica* establecida entre el terapeuta y el paciente (se considera que hay diferentes factores comunes presentes en todas las terapias, entre ellos destaca una relación terapéutica segura); el 15% se relaciona con *efectos placebo* (las expectativas del paciente de recibir ayuda y la credibilidad de las técnicas tal como el paciente las percibe) y el 15% restante, a las *técnicas* específicas del tratamiento (los procedimientos específicos de cada terapia).

Aunque los porcentajes para cada uno de estos factores han sido debatidos, las aportaciones de estos autores han sido muy influyentes. Y los datos de su investigación apuntan a la preponderancia de los efectos que se derivan de los factores comunes en psicoterapia (Feixas & Miró, 1993; Lambert & Bergin, 1992; Lambert & Ogles, 2004; Sprenkle et al., 2009).

La importancia que da la investigación a los factores comunes ha fomentado la aparición de una serie de teorías con una conceptualización panteórica de la alianza terapéutica. Hasta el momento, la alianza terapéutica se había conceptualizado como un solo constructo, pero Luborsky (1976) y Bordin (1979, 1994) marcan una gran diferencia al desarrollar sus teorías, considerando que la alianza está compuesta por varias dimensiones independientes. Estos dos autores se convierten en los más influyentes sobre la concepción actual de la alianza terapéutica.

Luborsky (1976) desarrolló una definición de la alianza más cercana a la visión psicodinámica original, sugirió que ésta es una entidad dinámica, que evoluciona y se modifica lo largo del tratamiento, dependiendo de los cambios en las diferentes fases de la terapia. Describió dos tipos de alianza. La *alianza tipo 1* se da al inicio de la terapia y se caracteriza por la sensación que experimenta el paciente de apoyo y ayuda que le proporciona el terapeuta; y la *alianza tipo 2* que se da en fases posteriores de la terapia y consiste en la sensación de trabajo conjunto para superar las adversidades y el malestar del paciente (Corbella & Botella, 2003).

A final de la década de los setenta, Bordin (1979, 1994) sugirió una definición panteórica de la alianza terapéutica. Su conceptualización incorpora un concepto de alianza más heurístico, más rico y el que ha tenido más influencia, tanto en terapia individual como en terapia conjunta. Propone un modelo simétrico en cuanto al papel que juega el paciente y el terapeuta, al considerar que ambos son colaboradores activos y que sus contribuciones son igual de importantes en el desarrollo y formación de la alianza terapéutica. Entendía el constructo alianza terapéutica, al que se refería como *alianza de trabajo*, como el encaje y la colaboración en la relación entre el terapeuta y el paciente en el contexto de terapia (Friedlander et al., 2009).

Bordin (1994) plantea tres componentes que configuran la alianza terapéutica. Estos son los siguientes:

1. El acuerdo entre el paciente y el terapeuta en los objetivos o metas del tratamiento. De este modo el paciente es consciente de que los objetivos son relevantes y los identifica como aspectos explícitos o implícitos en el proceso terapéutico;
2. El acuerdo en las tareas para conseguir los objetivos o las metas propuestas en el tratamiento. Las tareas de la terapia son las actividades específicas con las que se

debe comprometer el paciente para beneficiarse del tratamiento. Tanto el terapeuta como el paciente sienten que las tareas son acordadas y que son accesibles para conseguir los objetivos terapéuticos;

3. El vínculo emocional positivo y de confianza entre el paciente y el terapeuta, que permite al paciente hacer progresos terapéuticos. La calidad afectiva de la relación entre terapeuta y paciente incluye que, éste último, se sienta entendido, respaldado y valorado. Algunas de las condiciones facilitadoras para crear este vínculo son: la comprensión mutua entre paciente y terapeuta, una actitud de cuidado por parte del terapeuta y la percepción positiva que el paciente tiene sobre la figura del terapeuta.

Consideraba que estos tres componentes se influyen mutuamente, es decir, la capacidad de lograr un acuerdo entre el terapeuta y el paciente con respecto a las tareas y los objetivos de la terapia influye en la calidad del vínculo y viceversa (Safran & Muran, 2000).

Bordin (1994) trabajó con el propósito de establecer un concepto teórico general de psicoterapia, en el cual la alianza terapéutica, dota de las herramientas que permiten efectuar cambios dentro de la sesión. Inicialmente, se refirió a la alianza terapéutica como una condición necesaria, pero no suficiente para la psicoterapia. Posteriormente, sugirió que las diferencias en el logro alcanzando a través de distintas terapias no radican en los diferentes tipos o estilo de intervención, sino en la fuerza del vínculo terapéutico. Predijo que los tres componentes de su modelo tendrían la misma importancia en todas las formas y orientaciones de terapia y argumentó que variarían en cuanto a las diferentes fases de la terapia. Al igual que Lubrosky (1976), entendió que la alianza terapéutica es dinámica, que se producen variaciones y tensiones en ésta, y si se pasan por alto y no se reparan, pueden ocurrir rupturas en la alianza terapéutica y abandonos prematuros en el tratamiento (Abascal, 2011; Martin et al., 2000).

A pesar de las diferencias existentes entre los planteamientos de Bordin (1979, 1994) y Luborsky (1976) parece posible la complementariedad entre ambos. La alianza de tipo 1 de Luborsky (1976) podría ser entendida como la sensación de comodidad que experimentan los pacientes al sentirse acogidos y se puede relacionar con el componente del vínculo emocional de Bordin. El acuerdo en las tareas y en los objetivos por parte

del terapeuta y el paciente se relaciona con lo que Luborsky (1976) consideró como alianza tipo 2 (Corbella & Botella, 2003).

Para el establecimiento de la alianza y el cambio terapéutico es importante la negociación entre el terapeuta y el paciente sobre las tareas y los objetivos (Safran & Muran, 2000). De este modo se considera que la alianza terapéutica es una construcción conjunta entre el paciente y el terapeuta, de modo que las expectativas, las construcciones que ambos van desarrollando respecto al trabajo que están realizando, la relación establecida y la visión del otro resultan relevantes para el establecimiento de la alianza terapéutica (Blow et al., 2007; Horvath & Bedi, 2002).

1.2. La Alianza Terapéutica en Terapia Familiar y Terapia de Pareja

Durante los años 80 fue cuando el campo de la terapia familiar y de pareja empezó a interesarse y a desarrollar teorías clínicas donde aparecía la noción de la alianza terapéutica. Hasta el momento, los primeros teóricos de la terapia familiar se centraron únicamente en la técnica, con algunas excepciones, como Virginia Satir (1964) y Whitaker y Bumberry (1998). Las teorías sistémicas tradicionales dieron importancia al hecho de cambiar las pautas de relación dentro de la familia. Los terapeuta que intervenían, para modificar las pautas de interacción familiar, eran entrenados para mantenerse distantes y adoptar una meta-perspectiva (Friedlander et al., 2009).

Aun así, como ya hemos anunciado, en los inicios de la terapia familiar, algunos autores destacaron la importancia de la relación del terapeuta con las parejas y las familias, considerando la relación terapéutica como un hecho integral en el proceso terapéutico. En este grupo de autores que ya hacían referencia a la importancia de la relación entre el terapeuta y el sistema familiar, destacamos a; Ackerman (1971) “creando una relación útil con la familia”, Haley (2005) “preparando el terreno para la familia”, o Minuchin (1982) “estableciendo una unión con los miembros de la familia”. Pero solo recientemente el campo de la terapia familiar y de pareja, ha hecho esfuerzos para desarrollar una teoría clínica en base al concepto de la alianza terapéutica (Quinn, Dotson, & Jordan, 1997).

Rait (1988) describió un continuo de posturas teóricas sobre la relación terapéutica y la orientación sistémica, que se organizaba en dos polos extremos. En un

extremo, sitúa a Satir (1964) que propuso que era esencial que los miembros de una familia o pareja sintieran calidez y apoyo para arriesgarse al inicio del proceso terapéutico. Consideraba que era importante crear un ambiente seguro en el cual la familia pudiese sentirse cómoda para empezar la terapia. Sugirió que el terapeuta no debía tomar partido por ningún miembro. El profesional tenía que enganchar a la familia como un sistema y ser imparcial al mostrar entendimiento sobre las diferentes perspectivas que los pacientes traían a terapia. En esta misma línea, Whitaker y Bumberry (1998) consideraba relevante crear una unión con el sistema familiar. Afirmaban que el trabajo terapéutico no sería fructífero a menos que el terapeuta no fuera capaz de introducirse en la familia y ganarse su confianza. En el otro extremo, Rait (1988) situó por un lado, Bowen (1976) que afirmó que el terapeuta tenía que adoptar una postura objetiva y neutral. Para evitar ser atrapado por la disfunción familiar, el terapeuta tenía que establecer distancia manteniéndose totalmente objetivo. Y por el otro, la Escuela de Milán (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 2008) donde el equipo de observadores, la estricta neutralidad y las intervenciones prescriptivas de tipo paradójico, no contemplaban la importancia del vínculo entre el sistema familiar y el terapeuta.

Posteriormente, Minuchin (1982) planteó un enfoque más flexible. El terapeuta debía alternar entre el acercamiento y la distancia. Por un lado, influir en los procesos interpersonales y por el otro, posicionarse como un observador cuando fuese necesario. Situándose dentro y fuera del sistema familiar y aliándose con diferentes miembros de la familia para apoyar, aconsejar o cuestionar a otros para poder lograr un cambio.

Gracias a la investigación sobre la alianza en la terapia individual y los resultados obtenidos, que manifiestan la importancia de la alianza terapéutica, la terapia de pareja y la terapia familiar fue cambiando su perspectiva sobre la alianza terapéutica (Friedlander et al., 2009).

Sin duda, Pinsof y Catherall (1986) han sido dos autores claves en la conceptualización sistémica y en la investigación de la alianza terapéutica en el marco de la terapia de pareja y en la terapia familiar. Se podrían proclamar como los dos autores que rompen con la tendencia de conceptualizar a través de un paradigma individual las teorías e investigaciones sobre la alianza terapéutica. Integraron la conceptualización individual de alianza de Bordin (1979, 1994) y la perspectiva

sistémica, y así, postularon la primera definición de alianza terapéutica que se aplica a la terapia de pareja y familia.

Pinsof y Catherall (1986) modificaron la definición de alianza terapéutica usando dos dimensiones, las cuales son:

1. La dimensión de contenido la cual engloba los tres componentes originales de la teoría de Bordin (establecer un vínculo positivo, un acuerdo en los objetivos de la terapia y un acuerdo en las tareas, para conseguir dichos objetivos).
2. La dimensión interpersonal fue creada para describir la alianza cuando están presentes varios miembros de una familia o una pareja y refleja la complejidad del sistema.

Esta dimensión está formada en cuatro componentes, los cuales son:

- a. Individual: la alianza establecida con algún miembro de la pareja (por ejemplo, con uno de los dos cónyuges);
- b. Subsistema: alianza que el terapeuta establece con un subgrupo familiar (por ejemplo, en una familia, crear sólo una alianza con los padres);
- c. Global: la alianza entre el terapeuta y toda la familia en su conjunto;
- d. Intra-sistema: que hace referencia por un lado, a las alianzas en el seno de la familia o de la pareja, es decir, en la cantidad de acuerdo sobre la terapia y el proceso terapéutico dentro del propio sistema. Y por el otro, también se engloba, la alianza intra-sistema del terapeuta, alianzas dentro del entorno profesional al margen de la familia (por ejemplo, terapeuta y co-terapeuta, terapeuta y supervisor y otros profesionales que trabajan con la familia o la pareja).

Estos dos autores, fueron los primeros en considerar que el hecho de incorporar a dos o más miembros de una familia, en un proceso psicoterapéutico, añade complejidad a la relación entre la alianza y el resultado. Por lo tanto, se plantea la idea de que la alianza en terapia de pareja o de familia difiere un poco de la alianza en psicoterapia individual ya que el terapeuta debe establecer y mantener múltiples alianzas (Anderson & Johnson, 2010; Rait, 2000). Pinsof y Catherall (1986) describieron la causalidad recíproca en la alianza, haciendo ver que la simple operación de sumar la relación de cada paciente con el terapeuta no sirve para la alianza “en conjunto” (Pinsof et al., 2008).

Cada miembro de la familia en terapia no solo le expresa al terapeuta sus sentimientos y reacciones, sino que expresa también los sentimientos y reacciones frente a todos los demás (Pinsof et al., 2008). El vínculo que establece el terapeuta con el paciente tiene un foco claro en el caso de la terapia individual, pero es multifocal en el caso del tratamiento con una pareja o una familia. Es decir, el lazo emocional que el terapeuta establece tiene que ser estrecho con todos los miembros del sistema.

Por lo tanto, el vínculo tiene que ser fuerte con todos los miembros de la unidad familiar y también se debe considerar la influencia de los otros miembros de la familia, que no asisten a las sesiones, pero pueden tener un rol relevante en el sistema terapéutico. Por eso, es interesante y necesario entender la alianza terapéutica de pareja y de familia no como una homologación de la alianza terapéutica individual, sino desde una perspectiva más amplia y compleja (Pinsof & Wynne, 2000).

Pinsof y Catherall (1986) afirmaron que la presencia de varios miembros en terapia, influye en la formación de la alianza entre el terapeuta y cada uno de ellos individualmente de manera circular y recíproca. Con más de un miembro en terapia pueden darse alianzas *intactas* o *divididas*, dependiendo de si los miembros de la pareja o de la familia tienen similares o diferentes alianzas con el terapeuta.

Cuando uno de los miembros se siente mucho más vinculado emocionalmente al terapeuta que el otro, puede que se produzca la *alianza dividida*. La alianza dividida se da tanto en terapia de pareja como en terapia familiar y si se produce cuando existen sentimientos muy divergentes entre los miembros del sistema hacia el terapeuta. La alianza dividida de tipo severo es la más perniciosa para el proceso de terapia, ya que predice el abandono del tratamiento (Muñiz, Friedlander, & Escudero, 2009). Este tipo de alianza dividida se da cuando los sentimientos positivos de alguno de los pacientes hacia el terapeuta, por ejemplo un buen vínculo emocional, se contraponen al claro antagonismo hacia el terapeuta por parte de otros miembros de la familia o de la pareja. Por lo tanto, es importante tener en cuenta un equilibrio en las alianzas de los diferentes miembros que participan en sesión para evitar posibles abandonos (Anderson & Johnson, 2010; Escudero, Boogmans, Loots, & Friedlander, 2012; Friedlander et al., 2006; Mamodhousen et al., 2005; Muñiz, et al., 2009).

El establecimiento de la alianza terapéutica en terapia familiar y de pareja representa un reto no sólo por el número de personas involucradas, sino por la

complejidad de sus motivos. La creación del sistema terapéutico en terapia familiar o de pareja se enfrenta al hecho de que concurren motivos y expectativas en conflicto y el terapeuta ha de afrontar la labor de establecer un contexto de colaboración (Beck, Friedlander, & Escudero, 2006). El trabajo terapéutico con una pareja o familia parte de una complejidad que implica múltiples niveles de relación que el terapeuta tiene que considerar y manejar adecuadamente. Es muy importante la colaboración con el grupo de personas que asisten a la sesión y esto implica que el terapeuta debe establecer una alianza con cada individuo y con el conjunto de todos ellos (Escudero, 2009).

El terapeuta ha de generar estrategias, para que los diferentes miembros que acuden a terapia, generen un acuerdo en responder a la pregunta “¿Por qué estamos aquí?” ya que las parejas y las familias a menudo inician el tratamiento con una multiplicidad de conflictos, grados de interés o creencias diferentes de porqué están en terapia y cómo deben cambiar (Knerr et al., 2011; Mahaffey & Lewis, 2008; Rait, 2000). A veces, los motivos para buscar ayuda pueden parecer similares en un primer momento, pero no es infrecuente, que el terapeuta se encuentre en las primeras sesiones con situaciones muy contrapuestas o conflictivas (Friedlander et al., 2009).

En muchas ocasiones, los miembros de una pareja o una familia buscan la psicoterapia como un último recurso y no es inusual que difieran en el nivel motivacional para venir a terapia. Estas diferencias crean condiciones desiguales para cada miembro e introducen tensiones que desafían al terapeuta para desarrollar una alianza fuerte, pero lo suficientemente flexible para enganchar a todos los miembros en el proceso terapéutico (Symonds & Hovarth, 2004; Sotero, Major, Escudero, & Relvas, 2015).

El individuo que acude solo a terapia suele presentar un conflicto estrictamente interno y si el conflicto existe en relación a personas significativas para él, es él quien decide si revelará o no la naturaleza de ese conflicto. Pero, si acude a la terapia con esas personas, lo que suceda en la sesión tendrá consecuencias en la vida cotidiana en todos los miembros del sistema (Friedlander & Tuason, 2000). En terapia individual, el paciente elige qué quiere revelar y qué no, sin embargo en terapia familiar y de pareja, uno no puede desvincularse de lo que los otros deciden revelar (Escudero et al., 2008). La complejidad del tratamiento conjunto reside en que cada miembro no sólo le expresa al terapeuta sus sentimientos y reacciones, sino que expresa también los sentimientos y

reacciones hacia todos los demás (Friedlander & Tuason, 2000; Pinsof & Wynne, 2000).

Uno de los momentos más delicados es la sesión inicial, cuando los miembros de la familia o de la pareja se encuentran juntos por primera vez frente al terapeuta. Según Friedlander et al. (2009) en ese momento inicial, a los miembros que asisten a terapia les preocupa la visión del conflicto que pueda construir el terapeuta. Pero sobretodo, están interesados en cómo explicarán su perspectiva los otros miembros, y este hecho es más complejo con aquellas parejas o familias en que hay poca o ninguna comunicación. La comunicación entre el terapeuta y los miembros que asisten a terapia, está enmarcada a su vez, con el tipo de comunicación que tienen los miembros de la familia o de la pareja entre sí, a la vez que, el nivel de confianza que exista entre ellos e incluso el tipo de apego. Y esto, puede influir negativamente en la formación de la alianza terapéutica, entre los miembros de una pareja o una familia. Personas con un apego seguro tienden a participar más fácilmente en las relaciones íntimas que aquellas que tienen un apego ansioso o inseguro. Por lo tanto, estas condiciones iniciales deben considerarse ya que pueden influir, en que los miembros de una pareja o familia, obtengan menos acuerdo sobre el proceso de la terapia (Bartholomew & Horowitz, 1991; Johnson, Ketring, Rohacs, & Brewer, 2006).

La creación de un contexto terapéutico seguro es una de las características esenciales en terapia familiar y de pareja (Friedlander, Lehman, McKee, Field, & Cutting, 2000). Ésta es por lo tanto, según Escudero et al. (2008) una tarea esencial del proceso de terapia y una pre-condición para un posterior trabajo terapéutico. Aunque los pacientes en terapia individual también necesitan sentirse seguros, tanto ellos como el terapeuta controlan mejor lo que se expone en terapia y el ritmo para afrontarse a los diferentes conflictos que se presentan. Las familias y las parejas tienen que asumir riesgos unos en relación a los otros. Riesgos que a veces, pueden hacerlos sentir ansiosos o amenazados en el desarrollo de la terapia, por lo tanto crear un contexto seguro para todos puede ser una tarea compleja (Friedlander et al., 2009).

Más allá de su relación con el terapeuta, las familias y las parejas necesitan llegar a algún acuerdo entre ellos sobre las metas y el valor de la terapia y sentirse suficientemente seguros para explorar temas dolorosos y conflictos sin miedo a las represalias cuando la sesión termine. Por lo tanto, para que se creen fuertes alianzas es

necesario el establecimiento de una atmósfera segura donde los intercambios hostiles sean reducidos y se dejen claros los límites de la confidencialidad (Friedlander et al., 2006).

El terapeuta familiar y de pareja, 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 (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 esa receptividad puede determinar la motivación de éstos para comprometerse con el tratamiento más allá de la primera sesión (Shapiro, 1974).

Si los miembros que acuden a terapia tienen motivaciones diferentes y ocultan sus motivos o necesidades para iniciar el proceso terapéutico, los acuerdos entre terapeuta y paciente sobre las tareas y los objetivos, puede que no se alcancen por medio de la negociación como en terapia individual. 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 (Coulehan, Friedlander, & Heatherington, 1998; Pittman, 2006).

Mientras que la alianza entre terapeuta y paciente, en terapia individual, es una herramienta clave para el cambio terapéutico; en terapia familiar y de pareja la alianza entre los miembros es el objetivo y el vehículo de cambio. Para el éxito de la terapia, tanto con familias como con parejas, es más importante el acuerdo intra-sistema, más que la propia alianza establecida por cada uno de los individuos con el terapeuta (Anderson & Johnson, 2010; Beck et al., 2006; Friedlander, Lambert, & Muñoz, 2008).

Manejar las alianzas entre los miembros de una pareja o una familia representa transformar las metas individuales en metas de grupo y alimentar el sentido de compartir el propósito en relación a la terapia. Por lo tanto, es importante crear un contexto inicial seguro, conseguir que todos se involucren en el proceso e identificar un terreno común en el que los miembros del sistema puedan estar de acuerdo (Friedlander et al., 2009). Fomentar que exista una alianza intra-familiar positiva es esencial para que los miembros de una familia o una pareja se comprometan con la terapia. Ya que si la

familia o la pareja no es capaz de trabajar como un equipo es probable que la terapia no tenga un buen pronóstico y sea compleja su viabilidad (Escudero, 2009; Mateu et al., 2014).

Para conseguir una fuerte alianza dentro del sistema familiar o 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 desarrollo de una relación de este tipo, puede dar esperanzas a las parejas y las familias ya que pueden dar el primer paso hacia la resolución de sus dificultades como una unidad. De hecho, el terapeuta debe ayudar a las parejas y a las familias a desarrollar la alianza intra-familiar ya que esto comportará ganancias a largo plazo en la satisfacción dentro de su relación (Anderson & Johnson, 2010; Thompson, Bender, Lantry, & Flynn, 2007).

En definitiva, el reconocimiento de la complejidad de la alianza terapéutica con un sistema familiar o de pareja, así como las relaciones entre los miembros, cuando nos centramos en el tratamiento conjunto, sugiere que la alianza terapéutica es un constructo crucial para entender el proceso y el resultado de la terapia.

1.3. Investigación en Alianza Terapéutica y Resultado Final de la Terapia

La investigación realizada hasta la actualidad ha valorado la alianza terapéutica como una condición necesaria para el desarrollo de la terapia, considerándose incluso un elemento facilitador en el proceso terapéutico (Blow et al., 2007; Corbella & Botella, 2003; Horvath et al., 2011; Horvath & Bedi, 2002; Martin et al., 2000).

La relación existente entre la alianza terapéutica como un factor común y el resultado final de la terapia se ha contemplado empíricamente en diversas orientaciones y modalidades de tratamiento, como en terapia individual (Horvath, 2011; Horvath & Greenberg, 1989; Martin et al., 2000), terapia familiar (Glazer, Galanter, Megwinodd, Dermatis, & Keller, 2003; Johnson & Talitman, 1997; Kazdin et al., 2005) y terapia de pareja (Anderson & Johnson, 2010; Bourgeois, Sabourin, & Wright, 1990; Brown & O'Leary, 2000; Johnson & Talitman, 1997; Knobloch-Fedders et al., 2007).

Se ha demostrado en las últimas dos décadas que la alianza terapéutica tiene un consistente impacto en el resultado final de la terapia, con tamaños de efecto promedio de $r=.28$ lo que representa el 7.5% de la varianza en el resultado. La investigación

orientada a estudiar qué aspectos del proceso de la terapia predicen un buen resultado en los tratamientos, ha determinado la importancia de la alianza terapéutica (Constantino et al., 2002; De Bolle et al., 2010; Horvath & Bedi, 2002; Horvath et al., 2011; Lambert & Barley, 2001).

El interés sobre los factores comunes se ha incrementado en estos últimos 20 años en la búsqueda de respuestas sobre el cambio terapéutico. Y se ha demostrado que ciertos factores comunes, como la alianza terapéutica, representan más varianza en el resultado de la terapia que otros elementos, como por ejemplo las técnicas específicas. Incluso algunos autores han argumentado que la calidad de la alianza es más importante que el tipo de tratamiento en la predicción de los resultados terapéuticos (Martin et al., 2000; Safran & Muran, 2000; Wampold, 2001).

La investigación mediante técnicas de meta-análisis ha concluido que una buena alianza terapéutica se asocia con una mejora clínica en el proceso terapéutico y que la magnitud de esta relación no está relacionada con el tipo de orientación terapéutica (Horvath & Symonds, 1991; Horvath et al., 2011; Horvath & Bedi, 2002; Krupnick et al., 1996; Martin et al., 2000).

Horvath y Symonds (1991) realizaron una meta-análisis en el que se analizaron 24 estudios sobre la relación entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia. Y encontraron una asociación moderada y fiable entre una buena alianza y un resultado positivo al final del tratamiento (tamaño de efecto $r=.26$).

En esta misma línea, Martin et al. (2000) realizaron una meta-análisis más amplia, en el que se analizaron 79 investigaciones y se encontró una medida de efecto ligeramente más baja pero significativa (tamaño de efecto $r=.22$). Estos investigadores, al contrario que Horvath y Symonds (1991), no encontraron que las puntuaciones valoradas de la alianza en un punto medio del tratamiento, fuesen menos predictivas del resultado que las puntuaciones de la alianza al inicio y final del tratamiento. Además, indicaron que la visión de los pacientes sobre la alianza terapéutica se mantenía estable a lo largo del tratamiento, al contrario que la visión de los terapeutas y los observadores independientes que podía ir cambiando durante la terapia.

Horvath et al. (2011) realizaron una reciente meta-análisis en el que se revisaron 190 estudios sobre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia. Y se encontró una

moderada aunque significativa relación entre la alianza terapéutica y el resultado ($r=.28$, $p<.0001$). Con esta investigación se mostró que la mitad de los efectos beneficiosos de la psicoterapia podrían estar relacionados con la alianza terapéutica. Y que las evaluaciones hechas por los pacientes u observadores tienen una relación similar con el resultado, y que la evaluación de la alianza terapéutica realizada por el terapeuta es la menos relacionada con el resultado.

Una cuestión clave en investigación es la dirección del enlace entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia. La asociación significativa entre la alianza y el resultado puede sugerir que una buena alianza genera cambio en los síntomas, que el cambio en los síntomas influye positivamente en la percepción de la alianza o que ambas variables se influyen mutuamente (Barber, Connolly, Crits-Christoph, & Siqueland, 2000).

Se ha cuestionado si una buena alianza inicial es la causa de la mejora en terapia o si los cambios iniciales en los síntomas influyen en la percepción de la alianza. Algunos autores abogan por una mayor comprensión tanto del concepto de la alianza y su papel como posible factor causal para el cambio durante la psicoterapia (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006; Barber, 2009; Crits-Christoph, Connolly Gibbons, & Hearon, 2006; Hatcher & Barends, 2006).

Para que se determine una relación causal entre la alianza terapéutica y el cambio sintomático, es necesario demostrar que los síntomas de mejora persisten tras la evaluación de la alianza y así controlar la posible causalidad inversa. Es decir, para apoyar la hipótesis de que una buena alianza terapéutica media en el resultado de la terapia, la alianza debe ser evaluada en un momento posterior, por lo tanto, el cambio en los síntomas ha de ser medido como variable antes de la medición de la alianza y pocos estudios cumplen estos criterios (Falkenström, Granström, & Holmqvist, 2013).

Además, la mayor parte de la literatura sobre la relación entre la alianza y el resultado se basa en la evaluación de la alianza en los primeros momentos del tratamiento (generalmente entre la sesión 2 y 8). Cuando los pacientes inician la psicoterapia, normalmente se encuentran en un estado de desmoralización, lo que puede deberse a haber experimentado repetidos fracasos en sus estrategias de afrontamiento. La primera fase de la terapia, por lo general, se centra en generar una relación cálida y de afecto con el terapeuta y si esto se consigue, el profesional es visto como una fuente

de ayuda, pero tanto clínica como empíricamente se sabe que la influencia de la alianza en el resultado varía durante el tratamiento (Barber, 2009; Castonguay et al., 2006; Crits-Christoph et al., 2006; Falkenström et al., 2013; Kraemer, Wilson, Fairburn, & Argas, 2002; Wampold, 2007).

De hecho, se considera que no se debe afirmar que una alianza terapéutica fuerte causa la mejora del paciente, para ello el estudio ha de evaluar claramente los beneficios de la terapia en un punto temporal muy posterior a la evaluación de la alianza y controlar otros aspectos del proceso terapéutico. En este sentido, las futuras investigaciones apuntan la necesidad de despejar la duda de que sea el resultado de la terapia el que esté influenciando en la percepción de la alianza y no al revés (Crits-Christoph et al., 2006; DeRubeis, Brotman, & Gibbons, 2005; DeRubeis & Feeley, 1990; Kazdin et al., 2005; Strunk, Cooper, Ryan, DeRubeis, & Hollon, 2012; Tang & DeRubeis, 1999).

Teniendo en cuenta aquellas investigaciones que analizaron la asociación entre la alianza terapéutica y el subsiguiente cambio sintomático, controlado anteriormente el cambio en la sintomatología a la evaluación de la alianza, encontramos dos perspectivas distintas.

Por un lado, estudios en los que aparece una asociación significativa entre la alianza y el resultado de la terapia (Barber et al., 2000; Crits-Christoph, Gibbons, Hamilton, Ring-Kurtz, & Gallop, 2011; De Bolle et al., 2010; Gaston, Marmar, Gallagher, & Thompson, 1991; Klein et al., 2003; Tasca & Lampard, 2012; Zuroff & Blatt, 2006; Web et al., 2011). Y por el otro, estudios en los que no se obtuvo ninguna asociación entre la alianza y resultado final de la terapia (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis, & Gelfand, 1999; Ryum, Stiles, & Vogel, 2009; Strunk, Brotman, & DeRubeis, 2010).

En aquellas investigaciones en que se encuentra una asociación significativa entre la alianza y el resultado destacamos a Barber et al. (2000) que combinaron datos de cuatro estudios piloto sobre el resultado de la psicoterapia con pacientes con diferentes patologías (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno obsesivo compulsivo, entre otros) y encontraron que el cambio temprano de los síntomas (sesión número 5) y la alianza medida en ese mismo momento, predijo los cambios posteriores en los síntomas depresivos al final del tratamiento. El nivel de reducción de los

síntomas pudo predecir los niveles de la alianza y ésta fue un predictor significativo o inductor del cambio en los síntomas. En esta misma línea, también incidimos en la investigación llevada a cabo por Webb et al. (2011), que encontraron evidencia en la predicción de la alianza en ambas direcciones durante el curso del tratamiento.

Falkenström et al. (2013) encontraron una causalidad entre la relación alianza-resultado en base a analizar sesión por sesión dicha relación. Prediciendo que una buena alianza conduce directamente a mejores resultados en el tratamiento. En contraste, Puschner, Wolf y Kraft (2008) encontraron que analizando con anterioridad el cambio en los síntomas se predijo el grado de la alianza, pero no que la alianza predijera el cambio en los síntomas.

La mayoría de los estudios mencionados miden la alianza en un solo punto inicial del tratamiento como predictor del resultado posterior (De Bolle et al., 2010; Klein et al., 2003; Zuroff & Blatt, 2006). Una alternativa es analizar la alianza terapéutica y el cambio en los síntomas observando las posibles relaciones sesión a sesión.

Destacamos tres estudios que demostraron la necesidad de analizar la alianza terapéutica a lo largo del curso del tratamiento, prediciendo sesión a sesión el impacto de la alianza en el resultado final de la terapia.

Crist-Christoph et al. (2011) midieron la alianza sesión a sesión y encontraron la evidencia que la alianza desde la sesión diez en adelante predecía el cambio en los síntomas. Tasca y Lampard (2012) analizaron las relaciones temporales entre la alianza y el cambio en los síntomas de una sesión a otra y mostraron que el aumento en las puntuaciones de la alianza de la sesión anterior se relacionaba con una mejoría sintomática en la siguiente sesión. Y Falkenström et al. (2013) encontraron un efecto estadísticamente significativo entre la alianza terapéutica y el cambio en los síntomas sesión a sesión. Consideraron, además en la misma línea que Tasca y Lampard (2012), que había una influencia recíproca en la relación entre la alianza y el cambio en los síntomas. Ambos autores proponen un modelo de atribución recíproca en la relación existente entre la alianza terapéutica y el cambio sintomático, de modo que la alianza y los síntomas se influyen entre sí a lo largo de todo el tratamiento.

Si un paciente experimenta un empeoramiento de los síntomas durante el tratamiento puede empezar a dudar de la eficacia del tratamiento, debilitando así la alianza terapéutica y viceversa. Por lo tanto es importante que los terapeutas sean conscientes de que un aumento del nivel sintomatológico en una determinada sesión del tratamiento, puede ser un predictor de una alianza terapéutica desfavorable en esa sesión. Esto no quiere decir que los terapeutas tengan que hablar con sus pacientes sobre la alianza en cada sesión, sólo que los terapeutas deben tratar de ser sensibles a la fluctuaciones de la alianza y, si es necesario, aplicar intervenciones para hacer frente a los posibles abandonos (Falkenström et al., 2013; Safran & Muran, 2000).

Como hemos mencionado, existe otra perspectiva sobre la relación entre la alianza-resultado. Investigaciones que aun controlando anteriormente el cambio sintomático a la evaluación de la alianza, no han obtenido una asociación significativa entre la alianza y el cambio sintomático (Barber et al., 1999; DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley et al., 1999; Ryum, Stiles, & Vogel, 2009; Strunk, Brotman, & DeRubeis, 2010).

DeRubies y Feeley (1990) fueron los primeros en examinar cuidadosamente la relación entre la alianza y el cambio en los síntomas. Los datos fueron analizados mediante una muestra de 25 pacientes diagnosticados con depresión que recibieron Terapia Cognitiva. Encontraron que el cambio en los síntomas, antes de la medición de la alianza, predecía la calidad de la alianza, pero la propia alianza no predijo el cambio en los síntomas. En una réplica a este estudio, con una muestra de 32 pacientes la alianza terapéutica tampoco predijo el cambio en los síntomas (Feeley et al., 1999). Posteriormente, Barber et al. (2000) encontraron con una muestra de 88 pacientes, diagnosticados de depresión, ansiedad y/o trastornos de la personalidad, tratados con psicoterapia psicodinámica, que la alianza preveía el subsiguiente cambio en los síntomas incluso después de controlar la previa mejora en los síntomas.

Los estudios que no hallaron una asociación significativa entre alianza-resultado, apuntan que las calificaciones de la alianza podrían estar influenciadas por otros factores no contemplados en algunas investigaciones, como son las mejoras sintomáticas previas a la evaluación de la alianza, las características del paciente en el pre tratamiento, tales como la cronicidad, el pobre funcionamiento social o las relaciones tempranas (Hardy et al., 2001; Hilliard, Henry, & Strupp, 2000; Zuroff et al., 2000).

El inicial cambio en los síntomas puede jugar un papel causal en el desarrollo de la alianza, de hecho varios estudios apuntan que el cambio temprano predice un aumento posterior en la alianza terapéutica (Barber et al., 2000; Connlloy et al., 1999; Klein et al., 2003). Por lo tanto, el cambio precoz también puede ser una variable de confusión a tener en cuenta en la relación entre la alianza y el cambio posterior.

Aun así, las investigaciones que no encuentran una asociación significativa entre alianza-resultado, tienen algunas limitaciones (Barber et al., 2000). Entre otras cosas, utilizaron muestras pequeñas y, por lo tanto, carecían de poder para detectar hallazgos significativos (Barber et al., 1999; DeRubies & Feeley, 1990; Gaston et al., 1991) también en estos estudios, la alianza se midió mediante medidas de observación y no por el informe del paciente y tanto las muestras de los pacientes como los tratamientos fueron mixtos (DeRubies & Feeley, 1990; Falkenström et al., 2013; Feeley et al., 1999).

Otra línea de investigaciones ha analizado la alianza terapéutica como mediador del cambio. La relación terapéutica se crea a través del encuentro entre el terapeuta y el paciente y está influida por las características y la historia personal de cada uno de ellos (Barber, Khalsa, & Sharpless, 2010; Corbella & Botella, 2003).

Respecto las variables del paciente que influyen en la alianza terapéutica encontramos, variables interpersonales como el índice de efectos estresantes, las relaciones sociales y familiares (Eames & Roth, 2000), la motivación y expectativas (Joyce, Ogrodniczuk, Piper, & McCallun, 2010), entre otras. Luborsky (1976) afirmó que las personas con una riqueza importante en sus relaciones interpersonales tienen mayor probabilidad de desarrollar una buena alianza terapéutica.

La hostilidad, el miedo al abandono y el perfeccionismo del paciente se ha relacionado negativamente con los resultados de la terapia (Blat, Zuroff, Bondi, Sanislow, & Pilkonis, 1998; Kokotvic & Tracey, 1990; Zuroff et al., 2000). Estos autores examinaron la relación entre el perfeccionismo, la alianza terapéutica y el resultado final de la terapia. En la primera fase del proceso terapéutico todos los pacientes obtuvieron mejorías, pero en una segunda etapa, los pacientes con bajos niveles de perfeccionismo continuaron mostrando mejorías significativas, mientras que los que tenían niveles medios o altos de perfeccionismo no mostraron mejoría.

A medida que se ha demostrado que la alianza terapéutica se asocia con el resultado, una comprensión mayor sobre la figura del terapeuta, también ha sido relevante. En una revisión de 25 estudios sobre las características del terapeuta para fomentar la alianza, 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 positiva con el paciente (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

El nivel de experiencia del psicoterapeuta ha sido otra de las variables evaluadas, los resultados muestran que la relación entre la experiencia del terapeuta y la alianza no es significativa (Hersoug, Hoglend, Monsen, & Havik, 2001). A pesar que otros estudios han encontrado relaciones entre la experiencia del terapeuta y la calidad de la alianza terapéutica, especialmente en el acuerdo de objetivos (Mallinc-Krodt & Nelson, 1991). Safran, Muran y Samstag (1994) encontraron que se favorecía en la alianza cuando el terapeuta tenía capacidad de aceptar parte de la responsabilidad por sus rupturas relacionales en terapia y cuando se meta-comunicaba con el paciente en relación a posibles malentendidos. También se detectó que la mentalidad psicológica del terapeuta y sus habilidades sociales correlacionaban positivamente con la alianza terapéutica.

Un conocimiento amplio sobre las variables del paciente y del terapeuta en relación a la construcción de la alianza podría ser útil, ya que si la capacidad del terapeuta para desarrollar una mejor alianza terapéutica aumenta, los resultados de la terapia también pueden ser positivos. En un estudio piloto de Crist-Christoph et al. (2006) examinaron si los terapeutas podían ser entrenados para mejorar sus alianzas en el tratamiento con pacientes diagnosticados con trastorno depresivo mayor. Y se mostró la evidencia que algunos terapeutas podían mejorar su alianza con la formación. Estos autores en base a sus resultados preliminares, consideraron por un lado, que podría ser útil investigar si las mejoras en la alianza están en función de la formación específica sobre ésta, o por el otro, si los terapeutas mejoran generalmente con una supervisión intensiva durante el tratamiento.

En base a lo expuesto, se han encontrado datos que sugieren que la alianza terapéutica es una cualidad intrínseca de la relación entre el terapeuta y el paciente que contribuye al éxito de la terapia por encima de los beneficios terapéuticos conseguidos. Es decir, si la alianza terapéutica es buena, la posibilidad de alcanzar mejores resultados

será mayor porque el paciente y el terapeuta están más dispuestos a colaborar y trabajar juntos. De hecho, si la alianza es un mediador del cambio, se supone que establecer o incrementar la calidad de la alianza generará cambios positivos en los resultados de la terapia (Castonguay et al., 2006; Safran & Muran, 2000; Weerasekera, Linder, Greenberg, & Watson, 2001).

Hemos expuesto una serie de estudios que analizan la asociación entre la alianza terapéutica y el resultado final, en base a la terapia individual, pero si nos focalizamos en la terapia familiar y sobretodo en la terapia de pareja encontramos que la investigación ha dado menos atención empírica a la relación entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia en este campo. Aun así, si nos centramos en la terapia familiar y de pareja, algunos estudios han demostrado que la alianza terapéutica es un factor muy relevante en la terapia familiar y de pareja (Carpenter, Escudero, & Rivett, 2008; Friedlander et al., 2011; Knobloch-Fedders, et al., 2007; Mamodhousen et al., 2005; Rait, 2000).

La dinámica de la alianza terapéutica en terapia familiar y de pareja es más compleja que en los procesos psicoterapéuticos individuales. Y a pesar de que existe una cantidad limitada de investigación dirigida a conocer la relación entre la alianza terapéutica y la evolución de esta modalidad de terapia, algunos estudios realizados en los últimos años han aportado algunos resultados que reconocen la importancia de la alianza terapéutica en este campo (Bourgeois et al., 1990; Brown & O'Leary, 2000; Shelef, Diamond, Diamond, & Liddle, 2005; Symonds & Horvath, 2004).

Estos estudios demuestran claramente la importancia de la alianza terapéutica en el éxito de la terapia conjunta en una amplia gama de problemas y contextos; en terapia familiar para adolescentes con problemas de abuso de sustancias (Shelef et al., 2005), en el tratamiento grupal de parejas (Brown & O'Leary, 2000), 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 familiar funcional para jóvenes con problemas de conducta (Robbins, Turner, Alexander, & Pérez, 2003), en terapia de pareja centrada en las emociones (Johnson & Talitman, 1999), en terapia breve de pareja (Symonds & Horvath, 2004), en terapia familiar en contexto terapéutico privado (Beck et al., 2006; Escudero et al., 2008) y en psico educación familiar sobre la esquizofrenia (Smerud & Rosenfarb, 2008).

En un reciente estudio de Friedlander et al. (2011) realizaron por primera vez una meta-análisis sobre la relación entre alianza terapéutica y el resultado final de la terapia, centrándose exclusivamente en terapia familiar y de pareja. Esta meta-análisis estaba formada por 24 estudios con un total de 1.461 pacientes. De los 24 estudios, siete fueron de terapia de pareja (dos de los cuales se realizaron en grupo) y los diecisiete restantes fueron estudios de terapia familiar. Los estudios analizados estaban basados en diferentes orientaciones, como por ejemplo, terapia cognitivo-conductual, terapia centrada en las emociones, terapia familiar psico educativa, entre otros. El tamaño del efecto medio ponderado para los 24 estudios fue de ($r=.26$; $p<.001$), lo que indica una asociación estadísticamente significativa entre la alianza terapéutica y el resultado de la terapia. Por lo tanto, al igual que en la psicoterapia individual, en la terapia familiar y de pareja, el desarrollo de una fuerte alianza es un fuerte predictor de los resultados clínicos, es decir, se demuestra una asociación entre alianza y resultado muy similar a la encontrada en otros estudios de psicoterapia individual.

Estos hallazgos y la importancia dada a la relación terapéutica en terapia familiar y de pareja, ha destacado la necesidad de proporcionar más conocimiento sobre la alianza terapéutica y dotar a los terapeutas de estrategias específicas para fomentar y mantener alianzas fuertes con los pacientes (Crits-Christoph et al., 2006).

Aun así, no son únicamente las muestras amplias y los estudios cuantitativos los que apoyan la importancia de la alianza para la continuidad del tratamiento y los resultados en la terapia familiar y de pareja, sino que también los hacen los estudios cualitativos y de proceso. Los estudios de proceso son más escasos, pero aportan mucha información. En este tipo de estudios hay resultados contradictorios respecto a si la alianza se forma a finales de la primera sesión y es relativamente estable o si evoluciona con el tiempo. Generalmente, como ya hemos apuntado, en la mayoría de las investigaciones tanto en terapia individual, como en terapia familiar y de pareja, la alianza se suele medir en la fase inicial entre el segundo y cuarto periodo del tratamiento, ya que se considera que el desarrollo temprano de la alianza es indicador de un resultado positivo al final de la terapia, en comparación con el periodo medio o tardío de la terapia. Es decir, que la alianza establecida al inicio de la terapia (entre la sesión tres y cinco) es más predicativa en el resultado respecto a fases posteriores del tratamiento (Horvath & Greenberg, 1989; Horvath & Symonds, 1991; Johnson & Talitman 1997; Klein et al., 2003; Pinsof & Catherall, 1986; Zuroff & Blatt, 2006).

Pero algunos investigadores sugieren que más investigaciones longitudinales en las que la medición de la alianza se realiza en diferentes puntos del tratamiento, pueden ser necesarias para una mejor comprensión de la alianza terapéutica y el cambio en terapia familiar y de pareja (Bourgeois et al., 1990; Brown & O'Leary, 2000; Friedlander et al., 2009; Glebova et al., 2011; Knobloch-Fedders et al., 2007; Mamodhousen et al., 2005).

En esta línea, Knobloch-Fedders et al. (2007) investigaron la alianza terapéutica en comparación a diferentes variables; las dificultades conyugales, los síntomas individuales y las experiencias con la familia de origen. El estudio incluyó a 35 parejas y la alianza terapéutica se midió tanto en la sesión 1 como en la sesión 8 a fin de evaluar la progresión de la alianza en el tratamiento. Y hallaron que mayores niveles de desajuste marital estaban relacionados con calificaciones bajas de la alianza terapéutica tanto en la sesión 1 como en la sesión 8. Los autores no analizaron la pareja como unidad sino que se analizaron las puntuaciones de ambos cónyuges por separado. Así, las puntuaciones combinadas de la alianza (sesión 1 + sesión 8) fueron predicativas de mejoría en el sufrimiento del matrimonio, en mayor medida para las esposas que para los esposos. Cuando las puntuaciones de los hombres acerca de la alianza en la sesión 8 fueron superiores a las de las mujeres, se redujo considerablemente el sufrimiento conyugal. En definitiva, el estudio sugirió que la alianza se mantiene relativamente estable de la primera a la octava sesión, lo que conlleva a que la construcción de la alianza en terapia de pareja sea una de las primeras tareas a tener en cuenta y que el desajuste marital es una variable a tener en cuenta en la construcción de la alianza terapéutica.

Específicamente en terapia de pareja, la mayoría de las investigaciones concluyen que las diferencias en función del género son relevantes en la construcción de la alianza terapéutica (Bourgeois et al., 1990; Knobloch-Fedders et al., 2007; Quinn et al., 1997; Symonds & Horvath, 2004; Thomas, Werner-Wilson, & Murphy, 2005), pero existe poco acuerdo en la influencia de la variable género respecto la alianza. Por un lado, hay investigaciones que han encontrado que la fuerza de la alianza terapéutica es más determinante del éxito en la terapia para los hombres que para las mujeres (Bourgeois et al., 1990; Symonds & Horvath, 2004), es decir que la alianza de los hombres es un mejor predictor del resultado de la alianza respecto a las mujeres. Por el otro, Quinn et al. (1997) encontraron que cuando la mujer obtenía una puntuación más

elevada en la alianza terapéutica que el hombre, el resultado de la terapia era mejor, que cuando la puntuación de la alianza evaluado por el marido era superior a la puntuación evaluada por la esposa.

Rugel (1997) ha tenido una gran influencia en el estudio de la alianza terapéutica, y en concreto, en la terapia de pareja. Considera que un terapeuta eficaz debe fomentar una alianza en el conjunto del sistema. En la misma línea que Symonds y Horvath (2004), que recomiendan fortalecer la lealtad de la pareja para una mayor asociación entre alianza y resultado final de la pareja, Rugel (1997) considera que el terapeuta debe mostrar aceptación y empatía con la realidad de ambos cónyuges. Y enfatizó que si el marido viene con una demanda menos clara de ayuda, respecto a la esposa, el terapeuta debe prestar más atención al marido. De este modo, el terapeuta ha de transmitir comprensión a su malestar y ganar su colaboración para superar las posibles resistencias sobre el tratamiento.

También, específicamente en terapia de pareja, se ha dado una gran importancia a la satisfacción conyugal como variable para predecir el resultado en la construcción de la alianza terapéutica. De hecho, se ha demostrado que el cambio en la satisfacción marital supone un 22.5% de la varianza en el resultado atribuible a la alianza (Anderson & Johnson, 2010; Bourgeois et al., 1990; Glebova et al., 2011; Johnson & Talitman, 1997; Knobloch et al., 2007; Mamodhousen et al., 2005).

Anderson y Johnson (2010) mostraron una asociación entre la alianza y el desajuste relacional en el cuarto periodo del tratamiento. Se encontró que tanto para hombres como para mujeres, el aumento de la alianza se asoció con una mayor satisfacción relacional. Glebova et al. (2011) consideraron que la satisfacción conyugal pre existente en la pareja puede ser un elemento que facilite el prematuro abandono de la terapia. En un estudio de Johnson y Talitman (1997) sobre terapia de pareja, encontraron que una alianza fuerte al final de la tercera sesión fue predictiva de un resultado positivo al final de terapia, según la variable de satisfacción marital e intimidad.

Mamodhousen et al. (2005) concluyeron que el ajuste marital predice la calidad de la alianza terapéutica en la tercera sesión, pero que a diferencia del ajuste marital, los síntomas psiquiátricos no resultaron estar relacionados con la formación de la alianza terapéutica. En consecuencia, consideraron que el establecimiento de la alianza

terapéutica está influenciado no sólo por la presencia de dificultades, sino por cómo éstas afectan a la relación. Por lo tanto, consideran que para el terapeuta es un reto que uno de los cónyuges presente síntomas, pero también que entre ambos haya un gran desajuste en su relación. Aunque ambos casos podrían presentar dificultades, el caso en el que los cónyuges están muy insatisfechos con su relación, puede requerir más esfuerzos por parte del terapeuta respecto a la construcción de la alianza. Por lo tanto, una mayor satisfacción en la relación no sólo de pareja, sino familiar puede ser relevante en la construcción de la alianza. Ya que tanto para las familias como para las parejas un acuerdo entre los miembros, es esencial para propiciar un contexto de colaboración y trabajar como un equipo (Anderson & Johnson, 2010; Friedlander et al., 2008; Mateu et al., 2014).

En base a lo expuesto, nuestra área de interés se centra en aquellas investigaciones que hayan analizado la asociación entre la alianza terapéutica y el cambio sintomático en terapia de pareja. Este campo de estudio ha sido menos estudiado y consideramos que la construcción de la alianza terapéutica en esta modalidad tiene una complejidad mayor respecto a otras modalidades de terapia. En conclusión, consideramos que la terapia familiar y en especial en la terapia de pareja, requiere de un recorrido más amplio que demuestre la importancia de la alianza terapéutica en diferentes contextos y problemáticas.

2. La Terapia de Pareja desde el Modelo Sistémico

- 2.1. Conceptualización de la Pareja desde el Modelo Sistémico
- 2.2. Conceptualización y Características de la Pareja con Sintomatología Depresiva
- 2.3. Investigación en Terapia de Pareja con Sintomatología Depresiva

2. La Terapia de Pareja desde el Modelo Sistémico

2.1. Conceptualización de la Pareja desde el Modelo Sistémico

Las aproximaciones que se pueden hacer en referencia a la conceptualización de la pareja, desde diferentes modelos, son múltiples. Nosotros centramos nuestro campo de estudio desde el enfoque sistémico, como anteriormente hemos mencionado, y por ello, conceptualizaremos la pareja en base a esta orientación.

Jackson (1977) fue el primero en utilizar el concepto de “terapia conjunta”; la definió como un método terapéutico en el que ambos cónyuges son entrevistados, conjuntamente, por el mismo terapeuta o co-terapeuta, quienes ven en el síntoma como una disfunción en el sistema de interacción y que cumple una función en el sistema. Desde este enfoque el paciente está atrapado dentro de un diagrama de comportamiento fijo, en el que se espera que cada miembro de la pareja o de la familia, se comporte de una forma mutuamente aceptada por todos, manteniendo el equilibrio u homeostasis del sistema.

Bowen (1991) trabajó sobre el concepto de la diferenciación del *self*, esencialmente en la habilidad para distinguir entre lo racional y lo emocional. Además, en su propuesta contaba con el elemento transgeneracional, en términos de cómo determinados patrones se transmiten de generación en generación y cómo los individuos deben alcanzar una diferenciación respecto a su familia de origen.

Haley (1993) planteó cómo la dinámica central de la relación de pareja correspondía a los elementos de control y poder. Los problemas en la pareja, según este autor, emergen cuando la estructura jerárquica no está clara, cuando existe una carencia de flexibilidad o cuando la relación está marcada por una rígida simetría o complementariedad. Esto conducía a que sus intervenciones terapéuticas fueran planeadas y enfocadas en romper los patrones de comportamiento que parecían mantener el problema principal de la pareja.

Desde el modelo sistémico, se conceptualiza a la pareja como un sistema regido por reglas en el que la relación entre los miembros se estructura y organiza a través de patrones de interacción repetitivos y cíclicos. Tales reglas estarán definidas, fundamentalmente, por las transacciones de los individuos, y no tanto caracterizadas por los rasgos individuales de cada miembro de la pareja. Incluso en aquellas ocasiones en

las que el foco atencional se dirige a una persona en concreto, su comportamiento se analiza, esencialmente, en base a su capacidad de afectar y modelar el comportamiento de los otros miembros del sistema, o en base a las variables del ecosistema que pueden haber generado, a su vez, tal comportamiento. Dentro de esta perspectiva, el núcleo fundamental es lo observable y lo presente. Se estima que si algún acontecimiento del pasado de una 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 presente, isomórfica en el patrón de interacción que genera, al pasado (Cáceres, 1993; Sluzki, 2009).

La conceptualización sistémica de la pareja entraña trabajar de forma específica con el subsistema de la díada, el más pequeño sistema relacional posible, el conjunto más pequeño en interacción, y que como tal conjunto, puede ser considerado cualitativamente diferente a las partes que la forman. Desde este punto de vista se puede considerar que el concepto *nosotros*, propio de las parejas estables, emerge fruto de la reelaboración de las características individuales y del patrimonio relacional de cada cónyuge, y es por tanto exponente de esa nueva realidad cualitativamente diferente (Campo & Linares, 2002).

Muchas son las definiciones de pareja pero en concreto nos gustaría destacar la que proponen Campo y Linares (2002) ya que son dos autores referentes a nivel nacional en el campo 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, p. 11).

Según estos dos autores, las parejas se forman en base a dos familias de origen distintas que aportan dos realidades diferentes, es decir, dos maneras diferentes de hacer y de entender el mundo que han de encontrar un ajuste. Ambos miembros, voluntariamente, deciden comprometerse y estabilizarse en la relación para realizar un proyecto futuro. Formando así un *nosotros*, es decir, crear un subsistema que está diferenciado del resto de subsistemas, que tiene fronteras o límites, pero que interactúa con otros sistemas del entorno social en el que están inmersos.

Caillé (1992) considera que la pareja no está constituida por la suma de “uno más uno son dos”, sino que desde la perspectiva sistémica, se aporta la suma de “uno más uno son tres”, en la cual la relación es un protagonista activo. La terapia de pareja es una intervención sobre la relación de pareja en presencia de dos personas que son a la vez creadoras de esta relación. En consecuencia, la pareja sólo puede cambiar a condición de que los cónyuges acepten la dimensión autónoma de la relación como factor activo que los controla, y en igual medida, a su vez, ellos pueden controlarla. Según este autor, el factor esencial para la supervivencia de una pareja es el sentimiento de contener a ese tercero. Cuando este tercer elemento se debilita o desaparece se justificará el fracaso sacando a relucir todos los elementos problemáticos de la relación.

Sager (2009) considera que cuando dos individuos se unen, este sistema no es la simple suma de dos personalidades, con sus respectivas necesidades y esperanzas, sino que forman una entidad nueva y cualitativamente distinta. En la misma línea que Caillé (1992), este autor, considera que el nuevo sistema diádico pasa a ser “una tercera persona”, cuyos propósitos pueden complementar o contrariar los objetivos de uno u otro cónyuge. Si se llega a un contrato conjunto y único, con objetivos, tareas y fines claramente formulados, discutidos y aceptados en todos los niveles, es probable que la relación progrese. Siempre y cuando haya amor y voluntad de avanzar hacia una convivencia armónica.

Sager et al. (1971) emplearon el concepto de *contrato matrimonial* como un medio para comprender las interacciones entre los cónyuges, en términos de congruencia o conflicto de sus expectativas y obligaciones recíprocas. Esta “dinámica contractual” es un determinante poderoso del comportamiento entre los cónyuges y de la calidad de la relación marital.

Utilizaron la expresión *contrato matrimonial* para referirse a los conceptos de los individuos (conscientes e inconscientes, expresados e implícitos) sobre sus obligaciones dentro de la relación marital y los beneficios que esperan obtener, tanto del matrimonio en general como del cónyuge. Según Sager et al. (1971) el cambio es un elemento inevitable en la vida de un individuo. De ahí que sorprenda ver cómo las personas, al comienzo de su relación, esperan que el contrato original continúe sin modificaciones. El terapeuta de pareja es, sobre todo, un profesional que trata de provocar un cambio constructivo, es decir, su práctica está orientada hacia la facilitación

de los cambios terapéuticos de cada cónyuge. En este enfoque, el énfasis y la fuerza motivadora recae en el cambio terapéutico y el crecimiento de la persona, más que en el mantenimiento de la relación (Martin, 1994).

Esta elaboración de contrato único es un proceso continuo; dado que describe un sistema dinámico, que cambia y evoluciona constantemente. Según Sager (2009) buena parte de la terapia consiste en hacer que los cónyuges sean conscientes del contrato de interacción y de su propia conducta dentro de él. Y en emplear esta toma de conciencia para alcanzar un nuevo contrato único que sirva de base a interacciones más saludables.

En la elección de la pareja lo más frecuente es entablar relaciones dentro del mismo ambiente, ya que la convivencia se intuye como más armoniosa cuando se comparte una base común de experiencias. Aunque en el momento actual esto no es tan general, debido a la movilidad de las personas, con lo cual cada vez hay más parejas transculturales. En la variedad de modelos de parejas que se forman, destacan, por un lado, la unión de personas provenientes de diferentes sistemas familiares para conformar un sistema común que sea síntesis de ambos. Por otro, establecer límites con el exterior, especialmente con los respectivos sistemas familiares de origen de cada uno. Esto obliga a establecer un mínimo de pautas que facilite un funcionamiento eficaz dentro de la pareja (Ríos, 2005).

En las etapas iniciales de configuración de la pareja, Minuchin y Fishman (2008) aluden a la necesidad de marcar fronteras en el nuevo sistema creado (la pareja) con respecto a otros sistemas del entorno. Mediante la negociación, deben establecerse fronteras que regulen la relación de la nueva unidad con las familias de origen, amigos, el área laboral, así como otros contextos importantes. Es decir, según estos autores la pareja debe definir nuevas pautas para la relación con los demás. Igualmente establecen la necesidad de armonizar los estilos y expectativas que son diferentes en ambos miembros. De igual modo la pareja debe crear reglas sobre la intimidad, las jerarquías, así como pautas de cooperación. Otros elementos que señalan como fundamentales son los de aprender a enfrentarse a los conflictos y realizar la conversión del “todo” en “parte”. Es decir, al inicio cada cónyuge se experimenta como un todo en interacción con otro todo. Pero para formar la nueva unidad de pareja, cada uno tiene que convertirse en parte y es posible que esto se experimente como una cesión de individualidad.

Ríos (2005) considera que la pareja no es el punto de llegada, sino un punto de partida, entendiendo que las parejas pasan por unos ciclos o etapas sucesivas. Del mismo modo, Haley (2013) considera que las familias o las parejas atraviesan una secuencia de etapas interconectadas. El cambio de estas relaciones interpersonales a través del tiempo, definen las etapas del ciclo de vida de la pareja y de la familia. Es posible que durante la presencia de nuevas situaciones derivadas de la evolución natural de la familia y de sus integrantes, aquella no consiga adaptarse y reestructurarse o que lo hagan manteniendo patrones de una etapa anterior, lo que a la larga puede resultar disfuncional.

Según Haley (2013) y Ríos (2005) se definen unas etapas sucesivas que han de atravesar la mayoría de las parejas, las cuales a grandes rasgos son las siguientes:

A. La Formación de la Pareja

Haley (2013) denomina a esta etapa el *periodo de galanteo* es el periodo en el que “Yo” y “Tú” se convierte en un “Nosotros”. Es el momento en que se empiezan a explorar las semejanzas y diferencias con el otro y por lo tanto, se crea un camino hacia el compromiso con un nuevo sistema. Es una etapa en la que se deben establecer límites con las respectivas familias de origen y se crean un conjunto de pautas que faciliten un buen funcionamiento de la pareja (Migerode & Hooghe, 2012).

La Familia de Origen proporciona los materiales para construir un nuevo edificio, el Sistema de la Familia Creada. Su bagaje es múltiple y complejo porque lo que cada uno trae a la pareja, está sin pulir. Hay que adaptarlo al momento presente y a las necesidades profundas de los que van a construir la pareja. Valores, modelos, creencias, estilos de vida y rituales, son ingredientes que hay que encajar en un algo nuevo. Y es ahí donde aparece la necesidad de forjar ese nuevo sistema. Es una labor lenta, dura y exigente y se corre el riesgo de que si la pareja que no ha sido forjada, se alberguen fracasos a largo o corto plazo (Ríos, 2005).

B. La Cohesión de la Pareja

Haley (2013) la denomina *la constitución de la pareja estable*. La pareja se siente unida y cada cónyuge tiene y disfruta del sentimiento profundo de verse apoyado y respaldado por el otro. Se crea un sentimiento de pertenencia, en el que ambos miembros sienten que forman una unidad, que da fuerza y protección en cualquier

momento y situación. La pareja se construye como un sistema vivo, abierto, evolutivamente progresivo y permanentemente en crecimiento.

Este crecimiento ha de realizarse de manera que suponga un aprendizaje en el que hay que adaptar dos elementos: por una parte saber ceder parte de la “individualidad” y, por otra, conseguir un nuevo “sentido de pertenencia” con suficientes niveles de satisfacción en los distintos planos en los que se realiza la interacción conyugal.

C. El Nacimiento de los Hijos

En el caso que la pareja decida ejercer la parentalidad, esto va a suponer una crisis en la pareja. En el sentido que la nueva situación exige activar recursos individuales y de la pareja, ya que se pasa de pareja a familia. Hasta el momento del nacimiento del hijo la pareja ha funcionado como una díada y se transforma en una tríada lo que, desde el punto de vista sistémico, supone la posible aparición de triangulaciones que es necesario tener en cuenta.

Es el momento de asumir un papel diferente al jugado hasta entonces. El sentimiento de paternidad es muy profundo, cargado de emotividad que a veces resulta difícil de elaborar. El hijo tiene que integrarse como un nuevo miembro en el Sistema de Familia Creada, esta aparición conlleva la obligación de tener que reestructurar las relaciones con las Familias de Origen para integrar los roles parentales y los roles filiales.

D. El Periodo Intermedio

En esta época, los cónyuges han alcanzado los años medios de sus ciclos vitales. Suele ser uno de los mejores períodos de la vida. Al mismo tiempo, los hijos plantean menos exigencias. Las dificultades iniciales que eventualmente experimentó la pareja se han resuelto con el paso del tiempo, y su enfoque de la vida ha madurado. La difícil crianza de los niños pequeños ha quedado atrás y ha sido reemplazada por el placer compartido de presenciar como los hijos crecen y se desarrollan. Pero para otras familias es una época difícil. En estos años medios pueden sobrevenir graves tensiones y también el divorcio, aun cuando la pareja haya superado muchas crisis previas. En esta etapa cuando los hijos pasan de la niñez a la juventud, la turbulencia de la

adolescencia puede ser vista como una lucha dentro del sistema familiar por mantener el orden jerárquico previo.

Posteriormente, los hijos progresivamente dejan el hogar. Mientras para algunas parejas esto no supone ningún conflicto, otras empiezan disputas en torno a las mismas cuestiones por las que discutían antes de la llegada de los hijos. Puesto que estas cuestiones no se resolvieron, sino que simplemente se dejaron de lado con la llegada de los hijos. Cuando el joven abandona el hogar y comienza a establecer una familia propia, sus padres deben transitar ese cambio fundamental de la vida al que se llama “convertirse en abuelos”, y por lo tanto esto implica activar nuevas funciones. Además esta etapa también coincide con la pérdida de algún miembro de la Familia de Origen y la adaptación del retiro de la vida laboral activa (Haley, 2013).

E. Disolución evolutiva de la pareja

La muerte de uno de los cónyuges es el fin de la pareja y esto conlleva a una reestructuración de aspectos importantes para la vida personal del que pervive. Ésta o ésta tendrá que realizar un nuevo proceso de adaptación, haciendo una valoración de las etapas previas y adaptándose a la vejez, con las consecuencias físicas y psicológicas que implica (Ríos, 2005).

Expuestas las diferentes fases del ciclo vital de la pareja, también es importante destacar las aportaciones de Watzlawick (2009) sobre los axiomas o principios que regulan la comunicación. Éstos son relevantes como ingredientes básicos de toda interacción, y también en la relación de pareja.

En ese sentido, no sólo resulta útil tener en cuenta que cualquier conducta en el seno de una interacción implica un mensaje y que por ello es imposible no comunicar, sino que es conveniente distinguir entre los diferentes canales que existen para transmitir información y evaluar si se está dando la necesaria congruencia entre ellos. En efecto, muchos de los malos entendidos que se observan en las parejas, se derivan en primera instancia, de la dificultad para tener en cuenta no solo el canal digital (palabras) sino la importancia asimismo del canal analógico (gestos) como niveles básicos de toda comunicación.

Otro axioma que debe tenerse en cuenta cuando se habla de la pareja, es la importancia de diferenciar entre el nivel de contenido y el nivel de relación que tiene la

comunicación. El poder diferenciar entre el contenido del mensaje y la propuesta del tipo de relación que éste llevaba implícito, es decisivo. Es decir, entender que más allá del contenido, lo importante es qué es lo que comunica cada cónyuge en realidad, proponiendo al otro una definición de relación en particular.

La propuesta de Watzlawick (2009) sobre los intercambios comunicacionales señala la diferencia entre patrones simétricos y complementarios. Cuando hablamos de parejas, es interesante diferenciar si predomina un tipo de patrón u otro. En el patrón simétrico las interacciones tenderán a quedar reguladas por expectativas de intercambios equitativos en torno al poder. Cualquier decisión propia ha de poder ser aprobada por el otro, lo que hace indispensable el consenso y la continua 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 posiciones *up/down* (Sluzki, 2009).

La ausencia de mecanismos de autorregulación favorece la rigidez de 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 en las de corte complementario, en las que la ausencia de alternancia entre las posiciones *up/down*, acrecientan el riesgo de que surja la violencia o la psicopatología (Campo, 2014).

El análisis cualitativo de la comunicación establecida entre los cónyuges es también indispensable. En este sentido, es importante valorar si las respuestas son del tipo confirmación, rechazo, descalificación o desconfirmación, y así detectar posibles aspectos disfuncionales que estén promoviendo malestar. Uno de los fenómenos más frecuentes tal y como afirma Gottman (2011) es una comunicación en la que prevalecen los reproches como fórmula inadecuada para expresar necesidades y deseos.

No podemos obviar que el conflicto es una parte normal de la vida de la pareja, permitiendo a los cónyuges redefinir patrones relacionales. La evitación de los conflictos obstaculiza el desarrollo, reduciendo la capacidad de las parejas para enfrentarse y resolver las dificultades (Schnarch, 2009). La situación problemática surge cuando el conflicto no se resuelve, generando patrones repetitivos disfuncionales de comportamiento, que sitúa a la pareja en un punto muerto (Gottman, 2011; Tapia-Villanueva, Poulsen, Armijo, Pereira, & Sotomayor, 2009; Tapia-Villanueva et al., 2014). Burman y Margolin (1992) consideran que el conflicto es inevitable en

cualquier relación íntima y que inclusive para algunas parejas, este tiene una función constructiva, aunque para otras sea destructiva.

Gottman y Levenson (1999) determinaron que el bienestar de las parejas depende de la regulación de la negatividad emocional y los positividad emocional durante la resolución de los conflictos. Así como los intentos de aceptación mutua y la reparación emocional, después de los conflictos. Estos autores, observaron que el riesgo de disolución de las parejas se incrementaba en aquellas personas que iniciaba una discusión con mayores expectativas de experimentar un estado emocional aversivo. Asimismo, las conexiones entre los cónyuges con sus necesidades de apego, cuidado y reconocimiento de las emociones propias, son variables que se activan en la resolución de los conflictos (Johnson & Lebow, 2000). En esta misma línea, Wampler, Shi, Nelson y Kimball (2003) señalaron que los individuos con un apego seguro tienden a comunicarse con mayor claridad, muestran más apoyo, mayor actitud de negociación y menos rechazo y discordia, de modo que manejan mejor los conflictos.

Por lo tanto, hacer frente a los conflictos implica en primer lugar, luchar por mantener la unión de la pareja, en segundo lugar, aceptar la legitimidad de cada uno de los miembros, en tercer lugar, estar abierto a los sentimientos, a la voluntad de escuchar y a experimentar confianza en el otro, y por último, conseguir una equidad dentro de la relación (Lebow, Chambers, Christensen, & Johnson, 2012; Kluwer, Heesink, & Van de Viert, 1996; Ripley, Worthington, Bromley, & Kemper, 2005).

Como ya hemos mencionado, cuando una pareja se une, en esta relación también están presentes las respectivas familias de origen y la red social más amplia. Y tanto las respectivas familias como la red social pueden ser fuente de conflicto. Tallman, Gray, Kullberg y Henderson (1999) confirmaron 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; por otro lado, si ambos provienen de familias relativamente estables y prevalecen los recuerdos positivos, hay más espacio para la confianza mutua (Medina, Castillo, & Davins, 2006).

Según Campo (2014) los conflictos que presentan las parejas pueden ser de naturaleza muy diversa tanto en relación al contenido como al grado de dificultad. Esta autora, considera que el origen del malestar que presenta la pareja supone ir más allá de la definición que la propia pareja hace del problema. 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 manifiesto distintos desacuerdos. Estos conflictos implícitos son de gran relevancia ya que favorecen situaciones de estancamiento en la pareja y son generadores de malestar.

Según Campo (2014) la tipología de conflictos que puede presentar una pareja, son los siguientes:

Conflicto tipo A: Desajustes en la organización de la convivencia

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. Son conflictos generalmente explícitos y pueden ser definidos como problema por parte de al menos uno de los cónyuges. 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. Se centran en la dificultad para ajustar rutinas en cuanto a la organización de los aspectos pragmáticos, como por ejemplo, desacuerdos en las tareas domésticas, en el ocio, en el ámbito laboral, en los hijos, entre otros (Campo & Linares, 2002).

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

En muchas parejas la mayor dificultad que presentan se basa en una comunicación disfuncional. Las parejas a veces pueden tener conflictos para articular bien los canales verbales y gestuales o por no ser capaces de expresar las necesidades propias. En algunas parejas en cambio, la mayor dificultad se centra en el modo en el cual resuelven los conflictos. Según Gottman (1994) no existe un único modo para resolver los conflictos y existen tres estilos diferentes, los cuales son:

1. Estilo convalidante: se enfatiza la comunicación verbal como mecanismo prevalente para convencer al otro;
2. Estilo explosivo: se caracteriza por la utilización principal de las emociones como medio de expresión del malestar y mecanismo para persuadir al otro;
3. Estilo de evitación: predomina la tendencia a minimizar los conflictos y la expectativa de que si no se explicitan es más fácil que con el tiempo se resuelvan solos.

También es interesante conocer cómo se acaban las peleas y qué acostumbra a hacer la pareja para reconciliarse. En ese aspecto es importante valorar si la conducta sintomática de un u otro cónyuge está actuando como mecanismo disfuncional de regulación. Uno de los aspectos determinantes que ha de poder ser evaluado por el terapeuta, ya que condiciona el pronóstico de la terapia, es si está presente el rencor en la vida de la pareja. Cuando es así, acostumbra a ser el resultado de un largo proceso de acumulación de agravios o de un enfrentamiento intenso pero insuficientemente elaborado (Campo, 2007).

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

Hace referencia a los desacuerdos que afectan a los aspectos más básicos de la relación, aquellos que conectan con las diferentes expectativas de lo que para cada miembro significa ser una 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. Como ya hemos apuntado, Sager (2009) señala que 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 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 tienen un contrato diferente respecto a los aspectos básicos de la relación o la evolución divergente e incompatible de sus necesidades lo convierten en inviable.

Según Campo y Linares (2002) se clasifican los distintos desacuerdos básicos respecto a la definición de la relación en base a tres pilares básicos, los cuales son:

El vínculo afectivo

El tipo de vinculación afectiva que desean establecer entre sí los miembros de una pareja, es una de las áreas más básicas en las que los cónyuges han de llegar a acuerdos. El tipo de vinculación afectiva está mediada por los aprendizajes sobre los afectos que cada cónyuge haya podido tener en base a sus experiencias relacionales previas. Tres aspectos pueden diferenciar entre sí a los cónyuges y condicionar las expectativas respecto al tipo de relación deseada: la cercanía y distancia emocional, el establecimiento de una relación total o parcial y la fidelidad respecto a terceros.

La jerarquía interna en cuanto al manejo del poder

El tipo de jerarquía interna respecto al poder propuesta por cada cónyuge, puede resultar una importante fuente de desacuerdos. Entender las relaciones en torno al poder, permite diferenciar a las parejas según predomine un patrón simétrico o un patrón complementario. Existen dos tipos de patrones disfuncionales respecto al poder, los cuales pueden generar desacuerdos en la pareja: la ausencia de alternancia en los patrones de simetría y complementariedad y la polarización rígida de las expectativas en torno a la relación que desean establecer (Linares & Campo, 2000).

Los proyectos básicos que se esperan realizar tanto en el presente como 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).

Cuando no es posible llegar a acuerdos respecto al compromiso de futuro, esto genera conflicto, pero a la vez es difícil generar una ruptura. Ya que un miembro de la pareja ya está satisfecho con establecer una relación en términos de presente y por el contrario, el que sí tiene proyectos de futuro se ve condicionado a bloquearlos y puede acabar presentando síntomas psicopatológicos. Otro de los proyectos básicos y en los que es necesario llegar a acuerdos, es el de la parentalidad. Los desacuerdos en torno a la parentalidad se pueden referir a la idoneidad del momento elegido para tener hijos, aunque si el desacuerdo gira en torno a la decisión de asumir o no la función parental, la viabilidad de la pareja queda más dañada (Campo, 2014).

En definitiva, queda claro que las fuentes del conflicto son múltiples y complejas. Lo que determina la funcionalidad de un conflicto es el impacto que este tiene sobre la pareja y no solamente en uno de los miembros. Se considera un conflicto funcional aquel que apoya las metas de la pareja y mejora su desempeño en la misma. El conflicto es constructivo cuando mejora la calidad de las decisiones, estimula la creatividad y la innovación, alienta el interés y fomenta un ambiente de auto evaluación y cambio (Rodríguez, 1994).

En conclusión, la pareja, el más pequeño sistema relacional, alberga una gran complejidad y nuestro interés se centra en el siguiente apartado en las características de la pareja cuando está presente la psicopatología. En concreto, cuando uno de los miembros es diagnosticado de un Trastorno Depresivo Mayor.

2.2. Conceptualización y Características de la Pareja con Sintomatología Depresiva

A nivel clínico se utiliza el término Depresión de una manera precisa, y esta precisión identifica una serie de patrones y clasificaciones, dentro del espectro de los Trastornos del Estado de Ánimo, con lo cual, nos referimos a un conjunto de categorizaciones diagnósticas que incluyen; Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico, Trastorno Depresivo no especificado, entre otros, caracterizados por una afectación en diferentes niveles del funcionamiento. Los patrones definatorios de la depresión consisten en una variedad de síntomas que suelen agruparse en cuatro tipos: síntomas afectivos (humor bajo, tristeza, desánimo), síntomas cognitivos (pensamientos de desesperanza, culpa), síntomas conductuales (disminución de las actividades sociales y habituales, actitud desganada, agitación motora) y síntomas físicos (relativos al apetito, al sueño, falta de energía) (Álvarez & García, 2001; Carr, 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) la depresión unipolar, es decir aquella que no cursa con episodios maníacos o hipomaníacos, ocupaba en el 2001 la cuarta causa mundial de morbilidad y se calcula que ocupará el segundo lugar en 2020, únicamente por detrás de las enfermedades cardiovasculares (Haro et al., 2006; Feixas & Compañ, 2015).

La prevalencia de la depresión en la población general puede estimarse entre el 9% y el 20% y, aunque sólo la mitad o menos termina recibiendo atención especializada, los pacientes depresivos constituyen entre el 20% y el 25% de los pacientes que consultan al médico de familia por algún problema psiquiátrico. La depresión y en particular el Trastorno Depresivo Mayor, tiene una historia natural de recuperación y recurrencia. En concreto, el 55% de los pacientes con depresión mayor mejoran solos a lo largo de 6 meses, del orden del 70% en un año, del 85% en 2 años y del 97% en 6 años (Bernardo, 2000; Hammen, 1997).

El problema no solo reside en la duración del trastorno, sino también en su elevada tasa de recaídas, además la probabilidad de recurrencia aumenta con el número de episodios depresivos. La *American Psychiatric Association* (DSM-IV-TR, 2000) pone atención en este aspecto, al describir cómo 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 con tres o más episodios (Feixas & Compañ, 2015).

También cabe destacar que existe una prevalencia, incidencia y morbilidad más elevada en mujeres para la depresión mayor, en comparación a los hombres, y además estos últimos son menos propensos a buscar ayuda. No obstante, se reconoce que la depresión mayor es también un problema grave entre los hombres y se necesitan más investigaciones en ésta área (Kessler et al., 2003; Moller-Leimkuhler, 2002).

Los patrones de comportamiento pueden ser diferentes si la persona deprimida en la pareja es el hombre o la mujer. En primer lugar, los estudios realizados con personas no deprimidas han encontrado diferencias de género en relación a los patrones de comunicación y en la expresión de los afectos. Por ejemplo, hay evidencias que indican que las mujeres son emocionalmente más expresivas tanto en las emociones positivas como negativas. Y que las mujeres son más sensibles a los efectos depresógenos en los problemas relacionales, mientras que los hombres son más sensibles a los problemas laborales. En segundo lugar, las mujeres son más propensas a buscar ayuda para niveles leves de depresión, en cambio los hombres cuando buscan ayuda en relación a su sintomatología, están más dispuestos a reconocer los síntomas somáticos de la depresión, como la fatiga, irritabilidad, pérdida de interés o dificultades en el sueño (Cochran & Rabinowitz, 2000; Kendler, Thornton, & Prescott, 2001).

En las culturas occidentales, alrededor del 85% de las personas han estado casados al menos una vez; cerca de un tercio de las parejas se separan o se divorcian, la mitad de los divorcios se producen en los primeros 7 años del matrimonio y de las parejas que permanecen casadas el 20% presentan un mal ajuste diádico. En comparación a las parejas con dificultades o separadas, los que sostienen relaciones satisfactorias tienen mayor salud física y mental, viven más tiempo, participan mejor de su parentalidad y los hijos/as tienen un mayor ajuste psicológico (Halford & Snyder, 2012; Lebow et al., 2012).

La investigación ha demostrado un patrón consistente de fuerte asociación entre los conflictos de pareja y la gravedad y el curso de la depresión (Goldfarb, Trudel, Boyer, & Prévile, 2007; Heene, Buysse, & Van Oost, 2005; Whisman, 2001). Esta relación bidireccional indica que una conyugalidad deteriorada juega un papel crucial en la depresión y, al mismo tiempo, el impacto de la depresión en el funcionamiento de pareja puede ser profundo (Montesano, Feixas, Muñoz, & Compañ, 2014). La persona deprimida puede considerar a su cónyuge como partícipe de los eventos negativos generadores de una elevada insatisfacción en su relación de pareja. La insatisfacción conyugal puede conllevar que se culpe al cónyuge de ser el causante de los acontecimientos negativos, y esto puede conducir al otro cónyuge hacia la depresión. Además se reconoce que la relación que establece el paciente deprimido con su cónyuge adquiere ciertas peculiaridades en su interacción (Heene et al., 2005).

Por lo tanto, la depresión tiene causas interpersonales y está medida por éstas, las cuales pueden generar recaídas. Dada la importancia de la relación de pareja, las investigaciones se han centrado, por varios motivos, en la calidad y la dinámica conyugal en un esfuerzo por comprender las dificultades interpersonales de las personas con depresión.

Algunos de estos motivos son los siguientes; en primer lugar, la investigación ha aportado una relación inversa significativa entre la depresión y la satisfacción conyugal; en segundo lugar, las interrupciones en las relaciones cercanas pueden ser una fuente precipitante de episodios depresivos; en tercer lugar, el desajuste diádico es un buen predictor de recaída en la depresión; en cuarto lugar, la satisfacción diádica mejora durante el curso de la terapia y tiene una relación inversa con las recaídas. Y por último, una relación sólida con el cónyuge puede amortiguar los efectos depresógenos de los estresantes vitales (Cohen, O'Leary, Foran, & Kliem, 2014; Hammen, 1991, 2003; Hooley & Teasdale, 1989; Jacobson, Dobson, Fruzzetti, & Schmaling, 1991; Linares & Campo, 2000; Reham, Gollan, & Mortimer, 2008).

El paciente diagnosticado de depresión mayor de manera sistemática se empareja y según Linares y Campo (2000) varias son las explicaciones que se pueden dar a este hecho:

1. La tardía aparición del trastorno hace que el ciclo vital se vea poco alterado y el emparejamiento se produzca antes de la fuerte aparición de los síntomas;

2. La buena adaptación social de la persona con depresión mayor, hace que se mantengan hábitos culturales, en los que se tiene en cuenta la pareja e incluso la institucionalización del matrimonio;
3. Y la evolución del trastorno cursa por ciclos y con la incidencia de los fármacos antidepresivos esta tendencia se aumenta, propiciando remisiones sintomáticas más estables y duraderas.

En relación a las interacciones que la persona depresiva puede tener con su cónyuge, Henderson (1974) describió la *Care Eliciting Behavior*, como el conjunto de comportamientos que uno pone en acción para provocar respuestas en los demás que puedan servirle de consuelo. Estos comportamientos asumen una cercanía física y emotiva y se transmiten por conductas verbales y no verbales que indican, interés, estima y afecto.

Se produce un *Care Eliciting Behavior* patológico cuando un individuo vive de manera discrepante el afecto, las atenciones y la ayuda que les son ofrecidos, y se perciben como insuficientes respecto a sus demandas y expectativas. En la depresión el *Care Eliciting Behavior* disfuncional está presente y se dirige a solicitar el interés protector del cónyuge y a la jerarquía conyugal incongruente. Uno de los miembros de la pareja dedica todas sus energías a las necesidades de asistencia del otro; la ayuda prestada se incluye a menudo dentro de una actitud de severidad y de ejercicio de poder atribuido al cónyuge sano, que se muestra súper competente en todas las áreas, pero no se ve capaz de controlar los comportamientos sintomáticos del paciente deprimido (Soriano, 2009).

En esta misma línea Campo (2014) afirma que la conducta sintomática forma parte, como cualquier otra conducta que se valora en su contexto, de una secuencia de interacciones reguladas por patrones redundantes de interacción. El síntoma implica un mensaje, y 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 en esa valoración es lo que facilita la tendencia al enmascaramiento de su significado, tanto para el paciente como para los que le rodean. Visto desde esa perspectiva, los síntomas implican a la vez poder y debilidad, por una parte, al no serles reconocida su condición de mensaje, representan un poderoso

inductor de conductas, por la otra supone forzosamente un freno a las posibilidades del sujeto y una disminución de su autoestima en tanto su autonomía queda mermada.

Vella y Loriendo (1990) entienden la relación del depresivo con su cónyuge como un ciclo de interacción que se inicia con una conducta depresiva y un *Care Eliciting Behavior* por parte del paciente. Esto conlleva a un *Care Giving Behavior* por parte del cónyuge, lo cual induce a nuevos intentos por parte de éste a resolver la condición depresiva. Los autores encontraron que en casi una quinta parte de los casos, el cónyuge sin diagnóstico, aunque se mantuviera muy activo respecto al síntoma, no dominaba otras áreas de la relación o asumía una postura de extrema sumisión que imposibilitaba al paciente a la censura de su comportamiento.

Vella y Loriendo (1990) encontraron características específicas sobre las familias de los pacientes depresivos:

1. Los intercambios en las familias, con un paciente depresivo, son escasos y consisten en actitudes agresivas o de reproche, que favorecen las recaídas;
2. Los límites de estas familias son poco permeables al exterior;
3. A menudo existen trastornos afectivos en las familias de origen;
4. La presencia de síntomas en un hijo/a consigue mantener en un segundo plano los trastornos afectivos de los padres;
5. Y los límites con las respectivas familias de origen no son claros.

Coyne (1976) delineó una teoría interaccional de la depresión en la que postula que los individuos deprimidos actúan de manera que evocan respuestas negativas hacia los demás, que sirven para mantener la depresión. Más específicamente, las personas con depresión se involucran en conductas aversivas, como por ejemplo, ánimo hostil, sentimientos de culpa, unidos a actitudes de solidaridad y tranquilidad excesiva, que conducen a sus cónyuges a convertirse en hostiles, impacientes y a sentir rechazo por el miembro con depresión (Coyne, Thompson, Klinkman, & Nease, 2002).

Cuando una persona está deprimida busca el consuelo y apoyo del ambiente, inicialmente el entorno cede a las demandas, pero a medida que el tiempo y las demandas continúan, el comportamiento depresivo produce el aumento de la hostilidad y el rencor del entorno. Estas respuestas negativas del entorno crean aún más una angustia emocional y perpetúan la depresión. En un intento de inhibir la hostilidad, los

que rodean a la persona con depresión, aportan un falso apoyo con un éxito parcial. La persona con depresión detecta la discrepancia entre las declaraciones verbales positivas y los comportamientos no verbales negativos y esto conlleva a que se sientan confusos y rechazados (Cohen et al., 2014).

Por lo tanto, ayudar a los cónyuges a inhibir estas respuestas negativas y aumentar las respuestas positivas, puede ayudar a los pacientes a sentirse más seguros e incluso los síntomas pueden disminuir o remitir. Se ha demostrado que una relación matrimonial cálida y de apoyo puede tener efectos protectores sobre los pacientes deprimidos y en particular, el apoyo emocional y la interacción positiva del cónyuge, puede predecir una rápida recuperación. Esto sugiere que recibir comentarios positivos, de afirmación del valor del otro, pueden ser importantes en el alivio de la depresión (Coyne & Benazon, 2001).

Coyne et al. (1987) comparó la carga psicológica experimentada por 42 adultos que vivían con una persona actualmente deprimida con 23 adultos que vivían con una persona sin depresión en el momento del estudio, pero que habían buscado previamente tratamiento para ésta. Los resultados indicaron que las personas que vivían con una pareja, actualmente deprimida, experimentaron altos niveles de angustia psicológica y el 40% cumplía criterios para recibir tratamiento psicológico en comparación al otro grupo. Un análisis de los comportamientos y patrones que distinguen las interacciones de las personas con depresión y las personas sin depresión puede ser relevante para la intervención, ya que puede dar información sobre los procesos relacionales que son perjudiciales para el mantenimiento de la depresión (Barrowclough & Hooley, 2003; Nelson & Beach, 1990).

La investigación también ha indicado que los cónyuges a veces actúan en función de la atribución que dan a la depresión y a la comprensión de la enfermedad. Los cónyuges de las personas con depresión pueden carecer de una precisa y completa comprensión de las causas y naturaleza de la depresión, lo que puede contribuir a sus actitudes negativas y críticas hacia el paciente. Los estudios han demostrado que las atribuciones más biológicas de la depresión, pueden reducir la culpa general de la pareja, sin embargo, también pueden dar lugar a una mayor estigmatización y creencias más pobres sobre el diagnóstico (Deacon & Baird, 2009; Goldstein & Rosselli, 2003).

Algunos comportamientos pueden predecir los síntomas depresivos y pueden ejercer efectos en la satisfacción marital, como por ejemplo, la *Emoción Expresada* (EE), en consecuencia la crítica o la interacción negativa y menos conductas positivas, como la validación y el apoyo, pueden aumentar la visión negativa que el propio paciente tiene sobre sí mismo (Beach, Fincham, & Katz, 1998; Hooley & Teasdale, 1989).

Manfrida y Melosi (1996) afirman que en todas las depresiones se puede decir que existe un juego en el que “X” reduce su actividad, participación, competencia, autonomía, e “Y”, compensa hiperactivándose. La persona deprimida oprime a los otros a “hacerse cargo” de él sin condiciones, así aparece una persona deprimida que delega y un compensador.

Hammen (1991) postuló que las personas con depresión generan factores de estrés adicionales en su entorno, sobretodo en la relación de pareja, y esto exacerba la sintomatología depresiva. La persona deprimida a menudo se percibe como una carga y el cónyuge puede estar incómodo o molesto con la depresión, aunque no lo exprese. Hammen (1991) comparó a mujeres con diagnóstico de depresión unipolar, a mujeres con trastorno bipolar, a mujeres con enfermedad físicas y a mujeres en un grupo control. Encontró que las pacientes con depresión unipolar experimentaron más factores interpersonales estresantes que las mujeres en el grupo control.

Schmaling y Jacobson (1990) encontraron que incluso las mujeres con depresión sin un mal ajuste diádico con sus parejas, respondían negativamente a sus cónyuges para resolver conflictos. Esto sugirió que las personas con depresión tienen un cierto comportamiento negativo con el cónyuge durante las interacciones potencialmente conflictivas. En esta misma línea, Christian, O’Leary y Vivian (1994) afirmaron que entre las parejas discordantes, la depresión se asoció con pobres habilidades en la resolución de conflictos y al mismo tiempo, el comportamiento negativo durante las discusiones correlacionaba con una mala satisfacción conyugal; lo que sugiere que una mala resolución de los problemas conyugales es una fuerte generación de estrés en el matrimonio.

Jones y Asen (2000) sugirieron que la base etiológica de los trastornos depresivos para los terapeutas relacionales, es que la incapacidad de adaptarse a un nuevo acontecimiento, ligada a factores intrapsíquicos e interindividuales, que han

tenido influencia en la historia individual provocan la aparición de síntomas depresivos. Éstos a su vez constituyen un estrés al que cónyuges y familiares responden con mayor o menor tolerancia. Un aumento de los comportamientos “negativos” de la persona deprimida provoca un empeoramiento sintomático y posteriores acciones que se consideran dirigidas a la búsqueda de atención. Se instaura así una serie rígida de anillos de interacción. El objetivo de los terapeutas relacionales es interrumpir estos ciclos interactivos, modificando los comportamientos del paciente y familiares o los significados que se le atribuye a la enfermedad.

Cancrini y LaRosa (1996) atribuyeron también un papel importante a los acontecimientos estresantes a las crisis depresivas. Ponen énfasis en los momentos de desvinculación de la familia de origen, como una de las situaciones que producen un aumento de la tensión, lo cual contribuye a la aparición de la sintomatología depresiva.

En el ámbito nacional las aportaciones de Linares (1996, 2007) y Linares y Campo (2000) sobre una perspectiva relacional de los trastornos depresivos, y en particular de la depresión mayor, han sido muy exhaustivas. 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.

Estos autores definen la parentalidad como un conjunto de funciones que incluyen la sociabilización, necesaria para asegurar la viabilidad del hijo/a en su entorno, así como el reconocimiento, valoración y cariño, imprescindibles para garantizar su consolidación como individuo. Las funciones conyugales, en cambio, están exentas del componente sociabilizador y se basan fundamentalmente en una oferta relacional que, al reconocimiento, valoración y cariño, se le añade el deseo.

Ambas funciones, la parentalidad y la conyugalidad, son consideradas claves para la adecuada nutrición relacional de ambos miembros de la pareja y de sus hijos. La nutrición relacional en las relaciones paterno-filiales es un fenómeno comunicacional complejo en el que pueden distinguirse varios componentes, que si faltan, ponen en peligro la integridad del conjunto. Para sentirse amado por sus padres un hijo debe sentirse reconocido, valorado y adecuadamente sociabilizado. Por todo ello, cuando existe un déficit en la nutrición relacional, en los casos de depresión mayor, se produce

sobre todo, a expensas de la valoración, pudiendo quedar preservadas otras funciones parentales.

En la familia de origen del depresivo mayor, la atmosfera relacional está definida por una conyugalidad harmoniosa y una parentalidad deteriorada. Es decir, los padres del depresivo mayor suelen construir una pareja harmoniosa que, en cambio trata al hijo, futuro paciente, de forma inadecuada. Los hijos son sujetos hiper-socializados, sometidos a un alto grado de exigencia y una responsabilidad exagerada, pero en cambio no reciben ni valoración ni reconocimiento y las funciones relaciones no se cumplen porque están supeditadas a unas expectativas normativas inaccesibles. Los pacientes con un trastorno depresivo mayor tienen recuerdos de desprotección, de ausencia o carencia de gestos positivos y de alta exigencia. El clima familiar está formado por creencias y valores de exigencia en la esfera cognitiva, de rituales rígidos en el área pragmática y de un clima emocional frío y distante (Linares & Campo, 2000).

Por lo tanto, con todo ello, la relación de pareja que busque el paciente depresivo mayor, tratará de compensar la falta de nutrición relacional que tuvo en su familia de origen, hecho que no siempre ocurre. En tal caso, es fácil que se produzca un segundo desengaño, en cuyo contexto harán irrupción los síntomas depresivos, cargados de desesperanza y rencor, pero también de culpabilidad. La relación de pareja evolucionará hacia una situación que reflejará, los rasgos que presidieron su constitución: un cónyuge por un lado, responsable y eficaz, que por otra parte, se muestra incapaz de dar la nutrición relacional que el paciente necesita y un paciente cada vez más empobrecido.

Se produce entonces un desajuste en la jerarquía interna de la pareja. Según Linares y Campo (2000) en los casos en los que está presente la depresión mayor, predomina un patrón de tipo complementario rígido. En el cual, el abnegado y eficaz cónyuge ocupa una posición siempre 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 torno a la relación que desea establecer la pareja produce conflictos (Campo, 2014).

En esta línea, Riso, Blandido, Hendricks, Grant y Duin (2002) consideran que hay una serie de factores del desarrollo que están implicados en la cronicidad de la depresión. El papel de la familia de origen y las relaciones intrafamiliares durante el

desarrollo, constituyen un evento crucial en el posible desarrollo de una mayor o menor vulnerabilidad frente al estrés así como los estilos de afrontamiento (Brown, 2002).

En este marco se encuadran aquellos estudios que dan un papel importante al desarrollo del apego en los individuos con un trastorno depresivo mayor. Tanto para la depresión como para la relación matrimonial discordante, se ha planteado la hipótesis de que estas dos variables pueden estar relacionadas con la teoría del apego (Pettem, West, Mahoney, & Keller, 1993; Senchak & Leonard, 1992).

Denton y Burwell (2006) afirmaron que las parejas, con un miembro con síntomas depresivos, tenían temores de abandono y temores en relación al apego. Las mujeres tenían miedo a que la depresión generara tal efecto en sus cónyuges, que finalmente éstos disolvieran la relación. Los maridos en cambio, centraban sus temores en la posible amenaza de suicidio. Esto conllevaba a actitudes de sobreprotección o de retirada, ambas conductas tenían influencia en el apego, en un ciclo de interacciones de demanda-retirada. Las mujeres querían sentirse emocionalmente apoyadas por sus maridos frente a ser controladas. Por lo tanto, estos autores consideran que propiciar apoyo, guiando a ambos cónyuges, a crear pautas de interacción más positivas y seguras, puede beneficiar a las necesidades de vinculación de la pareja (Tilden, Gude, Hoffart, & Sexton, 2010).

Se ha buscado una asociación entre la depresión y los conflictos de pareja teniendo en cuenta “terceras variables” como pueden ser los rasgos de personalidad o el tipo de apego. Según Epstein y Baucom (2002) consideran que ciertos rasgos de personalidad, como por ejemplo, la dependencia o el alto neuroticismo, pueden complicar los conflictos de la pareja. El desarrollo de la personalidad o los estilos de afrontamiento se consideran aprendidos en base al entorno familiar. Las personas deprimidas son particularmente vulnerables a las tensiones y a las actitudes hostiles de sus familiares, e incluso ésta vulnerabilidad se mantiene después de la mejora en la sintomatología depresiva (Vaughn & Leff, 1976). Si el hijo/a experimenta vulnerabilidad, esto puede conllevar a expectativas idealizadas sobre la satisfacción de sus necesidades. En momentos de crisis, las parejas activan sus vulnerabilidades y a menudo se pueden aplicar estrategias de afrontamiento desadaptativas, en función del tipo de apego y rasgos de personalidad de cada uno de los miembros, y esto puede generar más desajuste entre ellos (Bradbury & Karney, 2004; Hoffart et al., 2005; Stith et al., 2000).

En conclusión, consideramos que la depresión y la calidad en la relación de pareja son relevantes, ya que se generan patrones de interacción particulares, que pueden mantener o propiciar recaídas en la depresión. Por lo tanto, creemos que es necesario incrementar las investigaciones en ésta área, ya que es indudable el peso que las relaciones interpersonales tienen sobre los trastornos depresivos.

2.3. Investigación en Terapia de Pareja con Sintomatología Depresiva

En la actualidad, existe una mejora en los tratamientos sobre los trastornos del estado de ánimo, y en concreto sobre la depresión mayor, aunque los factores de riesgo en los trastornos depresivos siguen siendo un problema. Se han procurado establecer estrategias para reducir el estigma de la depresión y desarrollar intervenciones eficaces, aunque gran parte de este afán es insuficiente. Ya que por ejemplo, un considerable esfuerzo se centra en mejorar el tratamiento de las personas con depresión con tratamientos farmacológicos, pero éstos aunque pueden ser eficaces, implican un coste elevado y su rentabilidad se limita a los pacientes que tienen una actitud positiva hacia la medicación y este hecho es poco común, ya que los fármacos producen grandes efectos secundarios y las tasas de recaídas son altas (Hollon & Ponniah, 2010; Olfson et al., 2002, Pyne et al., 2005).

La mayoría de las 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, es necesario estimular investigaciones para entender cómo los factores interpersonales influyen en la aparición y el curso de la depresión (Coyne, Peper, & Flynn, 1999; Feixas et al., 2009; Joiner, 2002; Montesano et al., 2014; Reham, et al., 2008).

La relación entre la depresión y la dinámica relacional de la pareja ha sido objeto de estudio ya que una base sustancial de la investigación empírica sugiere que existe una relación entre los síntomas depresivos y los problemas de pareja (Coyne, Thompson, & Palmer, 2002; Hooley, 2007; Pettit & Joiner, 2006; Whisman et al., 2012).

Aunque hay varios modelos para intervenir en la depresión, en el marco de la terapia de pareja, todos comparten el nexo de modificar los patrones de interacción negativos y promover los aspectos de apoyo de las relaciones diádicas, cambiando así el

contexto interpersonal vinculado a la depresión. En consecuencia, la terapia de pareja se ha recomendado para los pacientes con depresión que tienen una pareja estable por tres motivos: en primer lugar, existe una fuerte asociación entre los síntomas depresivos y el desajuste diádico. Es decir, se ha demostrado que la depresión y los conflictos de pareja coocurren a lo largo del tiempo, una relación de pareja conflictiva puede predecir y potencialmente causar y aumentar la sintomatología depresiva; en segundo lugar, la asociación longitudinal entre las variables relación de pareja y depresión muestran que los efectos negativos relacionales, tales como la crítica al cónyuge, son factores de estrés que intervienen en la causalidad de los trastornos depresivos. Y en tercer lugar, por el contrario, el apoyo, una mayor intimidad y la ayuda del cónyuge para buscar estrategias en la resolución de conflictos puede tener un efecto amortiguador sobre los síntomas depresivos y facilita la recuperación (Barbato & D'Avanzo, 2008; Beach, Katz, Kim, & Brody, 2003; Linares & Campo, 2000; Davila, Karney, Hall, & Bradbury, 2003; Whisman & Uebelacker, 2009; Whisman, 2001; Whitton, Stanley, Markman, & Baucom, 2008).

Dada la importancia que tiene la relación de pareja, las investigaciones han puesto su atención en la calidad y la dinámica conyugal en un esfuerzo para comprender mejor las dificultades interpersonales, ya que existe por un lado, una coocurrencia entre la depresión y la discordia conyugal y por el otro, existe la evidencia que las dificultades interpersonales en la depresión, se muestran más fácilmente en el contexto de la relación conyugal (Rehman et al., 2008).

Weissman (1987) afirmó que las personas que valoraban tener matrimonios infelices eran 25 veces más propensas a ser diagnosticadas de depresión. Además las personas deprimidas con relaciones de pareja discordantes se recuperan más lentamente de un episodio de depresión mayor y son más propensas a generar recaídas (McLean, Ogston, & Grauer, 1973).

Cano y O'Leary (2000) en un estudio sobre el papel de los acontecimientos estresantes en el matrimonio, como por ejemplo la infidelidad o la posibilidad de la disolución de la relación, encontraron que después de controlar los niveles de discordia marital, las mujeres que habían experimentado tales factores de estrés eran seis veces más propensas a ser diagnosticadas de un episodio depresivo mayor.

Whisman y Bruce (1999) evaluaron la asociación entre la discordia marital y la aparición de un episodio depresivo mayor. Estos autores encontraron que los cónyuges insatisfechos en su relación de pareja eran 2.7 veces más propensos a desarrollar otro episodio de depresión mayor en los siguientes 12 meses que los cónyuges satisfechos en su relación de pareja. Por lo tanto, afirmaron que el 30% de los nuevos episodios de depresión mayor se asociarían con la insatisfacción conyugal (Denton, Golden, & Walsh, 2003).

Cuando una persona se deprime, la relación de pareja puede ser una fuente de fuerza y recuperación o una fuente de mayor sufrimiento, perjudicando la salud de ambos cónyuges. Además, la depresión en uno de los cónyuges puede crear sentimientos de impotencia y desesperanza en la pareja (Beach & Gupta, 2003; Rautiainen & Aaltonen, 2010).

Coyne et al. (1987) afirmó que el 40% de los cónyuges que vivían con una persona deprimida expresaban síntomas que podían alcanzar el criterio clínico. Estos hallazgos indican que los familiares de las personas con depresión deben ser evaluados para determinar si pueden necesitar iniciar un proceso psicoterapéutico (Whisman & Snyder, 1999; Whisman, Uebelacker, & Weinstock, 2004). La participación del cónyuge da la oportunidad a que este comparta y co-construya la narrativa de la persona deprimida. Si el cónyuge de la persona deprimida está presente, la descripción del problema puede ser más amplia y más compleja y de este modo se puede ayudar a la pareja a que adquiera un mayor sentimiento de unión, a fomentar un apoyo mutuo y a crear nuevas formas de enfocar la situación (Jones & Asen, 2000; Kuhlman, Tolvanen, & Seikkula, 2013; Kung, 2000; Linares & Campo, 2000; Rautiainen & Aaltonen, 2010; White & Epston, 1993).

Por lo tanto, se considera que la participación de un miembro de la familia y en particular el cónyuge tiene efectos facilitadores en los resultados del tratamiento. Ya que examinar las interacciones conyugales de las personas deprimidas ayuda a comprender mejor el recíproco y dinámico papel que juegan las variables contextuales en la depresión (Barbato & D'Avanzo, 2008; Jacobson et al., 1991; Jacobson, Fruzzetti, Dobson, Whisman, & Hops, 1993).

Un avance significativo en la comprensión de la relación entre el conflicto matrimonial y la depresión proviene de estudios longitudinales. Davila et al. (2003) en

una muestra de recién casados midió la relación entre los síntomas depresivos y la satisfacción marital durante los primeros cuatro años de matrimonio. La satisfacción conyugal disminuyó a un ritmo lento pero constante en el tiempo, mientras que los síntomas depresivos no cambiaron de forma sistemática, pero fluctuaban en torno a un nivel medio de depresión para cada individuo. Sobre la base de la trayectoria de estas dos variables, los resultados apoyaron una asociación bidireccional entre la satisfacción marital y los síntomas depresivos. Davila et al. (2003) sugirió que si estos dos procesos se desarrollan a través del tiempo, es más probable que las personas con depresión desarrollen problemas de pareja de manera concurrente que viceversa (Atkins, Dimidjian, Bedics, & Christensen, 2009).

A nivel de meta-análisis destacamos tres estudios de gran relevancia que demuestran un patrón consistente entre la asociación entre la discordia conyugal, la gravedad del curso de la depresión y la eficacia de la terapia de pareja.

Whisman (2001) llevó a cabo una meta-análisis e identificó 26 estudios que evaluaban los síntomas depresivos y la satisfacción marital y encontró una correlación entre los síntomas depresivos y la satisfacción conyugal de $-.42$ para las mujeres y de $-.37$ para los hombres. Whisman (2001) identificó más de diez estudios en los que la satisfacción marital se evaluó en muestras clínicas de individuos diagnosticados con un trastorno depresivo comparado con individuos sin diagnóstico depresivo y mostró que la presencia de la depresión se asoció una mayor insatisfacción conyugal.

Barbato y D'Avanzo (2008) realizaron una meta-análisis incluyendo 8 estudios, éstos estaban formados por un total de 567 sujetos y se llevaron a cabo las intervenciones en pacientes ambulatorios. No todos los estudios incluyeron descripciones del tratamiento en detalle y ningún estudio proporcionó una evaluación de la fidelidad hacia el tratamiento. Los estudios estaban formados por diferentes orientaciones, como por ejemplo, cognitivo-conductual, terapia interpersonal, terapia centrada en las emociones, terapia sistémica, entre otros. Tres estudios incluyeron mujeres con depresión y cinco estudios incluyeron ambos miembros de la pareja diagnosticados con depresión. El principal resultado de esta meta-análisis es que no se encontraron diferencias entre la terapia de pareja y la psicoterapia individual en el tratamiento para la depresión. Aunque la terapia de pareja fue más eficaz para la depresión versus ningún tratamiento. Y se mostró que la terapia de pareja era más eficaz para reducir la discordia

conyugal respecto la terapia individual ($d = -.60$). Por lo tanto, los autores concluyeron que la terapia de pareja puede considerarse un tratamiento eficaz para la intervención en depresión.

También en ésta meta-análisis abordaron si la mejora en la relación diádica funcionó como un mediador en la reducción de los síntomas depresivos, y se encontró que la terapia de pareja era muy eficaz en la reducción de la discordia marital, pero que por el contrario, no había ninguna asociación entre la mejora en los síntomas depresivos y la mejora en la relación de pareja. Los autores consideraron que tal vez la correlación entre el desajuste conyugal y los síntomas depresivos no son necesariamente unidireccionales o causales, sino que los dos factores podrían seguir caminos diferentes. Barbato y D'Avanzo (2008) concluyeron que en con el fin de producir resultados mejores y más concluyentes es importante tener en cuentas los siguientes factores; los ensayos clínicos deben tener un mayor número de participantes, los periodos de seguimientos deben ser más largos y los datos deben presentarse de un modo más claro e inequívoco.

Por último, Whisman et al. (2012) han revisado recientemente las investigaciones basadas en terapia de pareja para la depresión. Los resultados de su meta-análisis indican que en comparación con la terapia farmacológica o la psicoterapia individual, la terapia de pareja fue igualmente efectiva para la depresión. Además, concluyeron que las intervenciones basadas en incluir a ambos miembros de la pareja eran significativamente más efectivas para aliviar la discordia marital en comparación a los grupos que estaban en lista de espera y la psicoterapia individual. Estos resultados se basaron en estudios para personas con depresión que fueron tratadas desde diferentes orientaciones en la modalidad de terapia de pareja y se tuvieron en cuenta tanto aquellas parejas que tenían relaciones discordantes como aquellas que tenían relaciones no discordantes.

Whisman et al. (2012) señalaron que incluso las parejas que no experimentaban conflictiva conyugal, el camino hacia la recuperación a largo plazo estaba mediado por la importancia de las interacciones interpersonales. En esta meta-análisis se pone de manifiesto que las investigaciones realizadas se han centrado en entender cómo se reduce la depresión y la premisa de estos estudios es que cuando la relación de pareja es funcional esto genera cambios en la depresión (Beach et al., 2003). Whisman et al.

(2012) consideran que para entender cómo funciona un tratamiento primero hay que demostrar que el tratamiento tiene un impacto en el proceso de cambio planteado. Y la mayor parte de la investigación realizada sobre los procesos de cambio en terapia de pareja se centra en el grado en el que la intervención mejora el ajuste diádico. La meta-análisis demuestra que la terapia de pareja se asocia con reducciones significativas en la discordia conyugal, pero que será necesario comprender en investigaciones futuras cómo funciona el tratamiento, ya que se tiene que demostrar que existe una asociación entre el resultado y el cambio en la sintomatología (Kazdin, 2007).

Como hemos mencionado, existen diferentes estudios desde distintas orientaciones terapéuticas, que evalúan la eficacia de la terapia de pareja para la depresión y como ésta media en la relación conyugal; a continuación expondremos algunas de éstas investigaciones que tienen una gran relevancia en este campo.

Inicialmente, expondremos una descripción de aquellos ensayos clínicos para el tratamiento de la depresión que coocurrían cuando estaba presente la variable de la discordia conyugal. Y posteriormente, mencionaremos aquellos estudios que realizaron intervenciones para la depresión en parejas que no mostraron una relación conyugal discordante (Whisman et al., 2012).

El primer estudio basado en la intervención para la depresión en terapia de pareja fue realizado por Foley, Rounsaville, Weissamn, Sholomskas y Chevron (1989). En este estudio 18 pacientes ambulatorios con depresión fueron asignados al azar en dos modalidades de tratamiento, psicoterapia individual interpersonal y psicoterapia interpersonal de pareja. El objetivo de la terapia interpersonal es la disminuir los síntomas depresivos y mejorar los problemas interpersonales que se puede derivar de la depresión. La terapia interpersonal presupone que las personas con depresión reflejan un deterioro y sobre ellas recae una carga para gestionar la enfermedad. Con lo cual se trabaja para que las personas deprimidas y su contexto relacional negocien sus expectativas, necesidades y responsabilidades en torno a la gestión de la depresión (Gupta et al., 2003).

En el estudio de Foley et al. (1989) ambos miembros de la pareja tenían depresión, pero no se examinó si el género del paciente influía en el tratamiento. Foley et al. (1989) encontraron que los participantes en ambos tratamientos mostraron una reducción significativa en los síntomas depresivos. Ambas intervenciones produjeron

una mejora en el funcionamiento interpersonal en general. Sin embargo, los pacientes que recibieron terapia interpersonal de pareja obtuvieron puntuaciones más altas en la satisfacción diádica. Por lo tanto, en comparación con la terapia interpersonal individual, la terapia interpersonal de pareja resultó tan eficaz en la sintomatología depresiva como la terapia individual y un tanto más eficaz en la mejora de la relación conyugal (Beach, Fincham, & Katz, 1998).

Un segundo estudio de Jacobson et al. (1991) evaluaron la terapia de pareja conductual para la eficacia en la depresión. Los objetivos planteados desde ésta modalidad son: eliminar los principales factores de estrés y restablecer actividades positivas en la relación de pareja; mejorar la comunicación y la resolución de problemas en la relación y consolidar los logros alcanzados en la terapia para prevenir recaídas.

Se asignaron al azar 60 parejas, en las que la mujer estaba diagnosticada de un trastorno depresivo, y podían presentar o no discordia conyugal. Se asignaron al azar a los participantes a Terapia Conductual de Pareja (TCP), a Terapia Cognitiva Individual (TCI) o a un tratamiento combinado entre terapia conductual de pareja y terapia cognitiva individual. Los resultados mostraron que la (TCI) era más eficaz para la depresión en las parejas que no había un conflicto conyugal, en comparación a la (TCP). En las parejas en las que sí había discordia conyugal tanto la (TCI) y la (TCP) fueron eficaces en la reducción de la sintomatología depresiva. Respecto al ajuste marital, tanto la (TCP) como el tratamiento combinado generaron mejoras significativas en el ajuste conyugal en las parejas discordantes. Mientras que el tratamiento combinado resultó ser más eficaz en el ajuste marital, en aquellas parejas que no presentaban conflictos en su relación (Denton & Burwell, 2006)

Un tercer estudio de Beach y O'Leary (1992) evaluaron la eficacia de la terapia conductual de pareja en la que la mujer estaba diagnosticada de un trastorno depresivo mayor o distimia y presentaba discordia conyugal. Asignaron al azar a 36 parejas a Terapia Conductual de Pareja (TCP), Terapia Cognitivo-Conductual Individual (TCCI) y un grupo control de lista de espera de 15 semanas. Los resultados indicaron que tanto la (TCP) y la (TCCI) generaron reducciones significativas en la depresión en comparación al grupo control.

En la condición de (TCP) las pacientes experimentaron un aumento significativo en el ajuste marital y por lo tanto, obtuvieron puntuaciones en el ajuste diádico

significativamente más altas en el post-tratamiento en comparación a la condición de (TCCI) y grupo control. Después de un año se realizó un seguimiento y las mejoras en los síntomas depresivos fueron mantenidas tanto en la modalidad de (TCP) y (TCCI). Sin embargo, el grupo que recibió el tratamiento en la modalidad (TCP) mantuvo un ajuste marital más alto que en el grupo (TCCI), lo que hizo afirmar a los autores que la terapia conductual de pareja es más eficaz para la discordia marital que la terapia cognitivo-conductual individual. Además, afirmaron que el cambio en la satisfacción conyugal era un mediador para el cambio en la depresión, ya que el coeficiente de cambio en el nivel de depresión se convirtió en no significativa cuando se introdujo un cambio en el ajuste conyugal (Gupta et al., 2003).

Un cuarto estudio de Teichman, Bar-El, Shor, Sirota y Elizur (1995) evaluaron la eficacia de la Terapia Cognitiva de Pareja (TCP) en relación a la Terapia Cognitiva Individual (TCI) y un grupo control de lista de espera. Los autores definieron la terapia cognitiva de pareja como un modelo que pretende comprender cómo la relación de pareja está influenciada por los síntomas depresivos, y a la vez, como la relación queda afectada por la depresión. En consecuencia los pensamientos disfuncionales, los afectos y los comportamientos de los cónyuges se trabajan para tener un mayor conocimiento de sus patrones y generar nuevas pautas que sean más adaptativas. Los resultados indicaron que los cónyuges en cada una de las tres condiciones mostraron reducciones en la depresión. Sin embargo, las parejas en la modalidad de terapia cognitiva de pareja evidenciaron una mayor reducción en los síntomas depresivos respecto a la terapia cognitiva individual o el grupo control. En el estudio no se evaluó la satisfacción conyugal. Estos resultados sugirieron que la terapia cognitiva de pareja puede ser un tratamiento efectivo para la depresión y que produce reducciones equivalentes a largo plazo cuando se compara con la terapia cognitiva individual.

En un quinto estudio de Emanuels-Zuurveen y Emmelkamp (1996) asignaron al azar a 27 pacientes ambulatorios, ambos miembros de la pareja con depresión, a terapia cognitivo-conductual individual y a una modalidad de terapia de pareja conductual pero con un enfoque adicional para trabajar las habilidades comunicativas. Los participantes tanto en terapia cognitivo-conductual individual como en terapia de pareja mostraron una disminución de los síntomas depresivos, pero sólo la terapia de pareja mostró una mejora en la reducción de la Emoción Expresada (EE) dirigida al paciente deprimido.

En ambas condiciones de tratamiento hubo una relación moderada entre los cambios en la depresión y los cambios en la satisfacción conyugal $r=.44$ para el tratamiento individual y $r=.45$ para la terapia de pareja. Los autores consideraron que aunque la relación entre la mejora en la satisfacción conyugal y en los síntomas eran comparables en ambos tratamientos, esto no implicaba que la dirección de esta relación fuese similar. Es decir, en la terapia individual la mejora en el estado de ánimo condujo a una mejora en la relación conyugal, mientras que en la terapia de pareja un mejor funcionamiento en la relación condujo a una mejora en la sintomatología.

Emanuel-Zuurveen y Emmelkamp (1996) afirmaron que aunque la satisfacción conyugal, la calidad en la comunicación y el nivel de la emoción expresada cambiaron durante la terapia hubo diferencias significativas entre los métodos de tratamiento. La terapia de pareja obtuvo resultados superiores en las variables relacionales, respecto a la terapia individual. Por lo tanto, esta investigación replica el patrón obtenido en cada uno de los cuatro estudios anteriores, mostrando que la terapia de pareja es más eficaz cuando el foco está en el funcionamiento conyugal (Denton et al., 2003).

El *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE, 2009) del Reino Unido, establece recomendaciones para el mejor tratamiento en las diferentes enfermedades y los tratamientos recomendados son aquellos que demuestran de un modo fiable que son eficaces. Para las condiciones psicológicas, como la depresión, esto ha significado un sesgo particular hacia la terapia cognitivo-conductual, que se presta más fácilmente a ensayos aleatorios controlados, respecto a otras formas de terapia (Reibstein & Sherbersky, 2012). Aunque en otras modalidades también se ha demostrado la eficacia para la depresión como puede ser por ejemplo, la terapia sistémica (Leff et al., 2000).

Un estudio que representa la eficacia de la terapia de pareja desde la orientación sistémica para la depresión es el Ensayo de Intervención en la Depresión (ELID; Leff et al., 2000). Éste se inició en 1991 para comparar la eficacia de tres tipos de terapias aplicadas a la depresión: Terapia Cognitiva Individual (TCI), Terapia Sistémica de Pareja (TSP) y farmacoterapia. Todas las condiciones de tratamiento disponían de un protocolo en el que se exponía el abordaje terapéutico.

Jones y Asen (2000) redactaron el manual para la condición de (TSP). Siguiendo a estos dos autores, la finalidad del abordaje sistémico en la terapia de pareja para la

depresión, es la de contextualizar los síntomas presentados. Es decir, situarlos en los contextos pasados y presentes de las relaciones de los individuos con sus familiares u otras personas significativas. Se considera que los síntomas actuales se mantienen principalmente por el contexto relacional en el que se producen. La (TSP) propone ayudar al paciente y a su pareja a encontrar nuevas perspectivas de sus problemas presentes, a buscar nuevos significados y a experimentar nuevas formas de relacionarse el uno con el otro.

Postulan que si una pareja modifica su interacción, los síntomas pueden cambiar. Este mecanismo de cambio no sólo se refiere a los cambios en el comportamiento, sino también, y especialmente, a los cambios en el significado atribuido a la interacción, en otras palabras, es importante abordar el significado interpersonal de la depresión. Puesto que desde un punto de vista sistémico, el comportamiento de una persona está entrelazado por el comportamiento del sistema de pertenencia, los cambios en el nivel de significado se entrelazan entre los miembros de un sistema, y por lo tanto, el cambio en un miembro afecta inevitablemente a los otros miembros del sistema (causalidad circular). Por lo tanto, el terapeuta tiene que intentar descubrir, conjuntamente con la pareja, qué recursos tiene para encontrar nuevos patrones de interacción que no incluyan los síntomas y sus comportamientos asociados.

En el estudio en cuestión, los pacientes con un trastorno depresivo fueron aleatoriamente asignados a las tres modalidades de tratamiento. Aunque, la condición de (TCI) fue suspendida en las etapas iniciales por una tasa de abandono alta (8 de los 11 primeros casos). En la condición de farmacoterapia casi el 57% de los participantes abandonaron en comparación al 15% en la condición de terapia de pareja. De este modo, se acabó estableciendo una comparación entre la terapia farmacológica y la (TSP) obteniendo 88 participantes que cumplían los criterios de inclusión. Los resultados mostraron que la (TSP) era más efectiva y era más bien acogida que la medicación antidepresiva. Los pacientes que participaban en la (TSP) tenían menos síntomas al finalizar el tratamiento y al cabo de dos años de seguimiento (Leff et al., 2000).

Rautiainen y Aaltonen (2010) utilizaron también el manual de Jones y Asen (2000) para desarrollar un estudio en el tratamiento de la depresión utilizando una muestra ambulatoria para el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de

Kuopio, Finlandia. Teniendo en cuenta la naturaleza relacional de la depresión y las formas en las que la depresión afecta a las relaciones, los terapeutas familiares que trabajaban en la clínica ambulatoria, quisieron desarrollar un trabajo sistémico con pacientes deprimidos y sus cónyuges. El objetivo del estudio fue investigar las formas en que las parejas construían narrativas sobre la depresión en las primeras etapas de la terapia de pareja. El estudio puso de relieve la importancia de convocar a los cónyuges de los pacientes deprimidos. Consideraron que no sólo era útil conocer la narrativa del paciente sino la narrativa del cónyuge ya que es una parte interactiva en la depresión. La participación del cónyuge es favorable por varios motivos; el cónyuge puede hacer frente a la situación que se está viviendo, se puede fortalecer a la pareja y esto puede ayudar al terapeuta a ver las formas de interacción en las que la depresión afecta a la vida de la pareja. Incluso si la narrativa de la persona deprimida es muy contradictoria a la del cónyuge o por el contrario la relación de pareja es funcional, la terapia de pareja sigue siendo una opción recomendada de tratamiento (Gillian & Cottone, 2005)

Recientemente Montesano et al. (2014) realizaron un estudio de caso único sobre la terapia de pareja para la distimia también utilizando como referencia en la intervención el manual de Jones y Asen (2000). El estudio presentó una evidencia preliminar de la eficacia de la terapia sistémica de pareja para la distimia y también se encontró una mejora clínicamente significativa en la satisfacción marital de la pareja. Aunque los resultados se centren en la evidencia de un caso único, se puso de manifiesto los beneficios de la terapia sistémica en terapia de pareja y que éstos beneficios se extienden más allá de los síntomas ya que la pareja mejoró también en su satisfacción conyugal. Así mantener su funcionalidad a lo largo del tiempo y contrarrestar las recaídas en la naturaleza crónica de la distimia.

Un último estudio para evaluar el tratamiento de la depresión entre parejas discordantes fue realizado por Dessaulles, Johnson y Denton (2003) que compararon la Terapia Centrada en las Emociones (TCE) con la terapia farmacológica. La terapia centrada en las emociones tiene como objetivo promover el apego seguro en la pareja, utilizando como marco la teoría del apego de Bowlby (1993). Se asume que las personas se relacionan a través de un tipo de apego y gran parte de las dificultades en la relación se derivan del estilo de apego de cada uno de los miembros de la pareja. El objetivo del tratamiento es cambiar las interacciones negativas, que las parejas adoptan

por su estilo de apego, y ayudarlos a generar un apego más seguro entre ellos para no mantener y reforzar el patrón de interacción que se deriva de la depresión.

La perspectiva de esta modalidad (TCE) conceptualiza la depresión como el resultado de un sentimiento de privación o invalidación de la relación de apego y este sentimiento de abandono y rechazo induce a la pérdida. Por lo tanto, el mecanismo de cambio se presupone que es no sólo una disminución de la discordia en la relación sino de la creación de interacciones más seguras que dan forma a una unión de pareja más sólida (Denton & Burwell, 2006). En el estudio de Dessaulles et al. (2003) indicaron que tanto la Terapia Centrada en las Emociones (TCE) como la terapia farmacológica generaron reducciones clínicamente significativas en la depresión. Aunque en relación a la discordia marital, la terapia centrada en las emociones fue más eficaz que la terapia farmacológica.

Como hemos comentado, hemos expuesto aquellos estudios para el tratamiento de la depresión en terapia de pareja que coocurrían con la variable de discordia marital. Aunque también existen estudios, no obstante un menor número, en los que se realizaron intervenciones para la depresión en parejas que no presentaban discordia conyugal.

Un estudio realizado por Bodenmann et al. (2008) compararon diferentes tratamientos eficaces para la depresión; la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal y la terapia de pareja orientada al afrontamiento (*Coping-Oriented Couples Therapy-COCT*), en un total de 60 pacientes ambulatorios diagnosticados de depresión mayor o distimia.

La (COCT) se centra principalmente en promocionar una mejor comunicación diádica para mejorar el entendimiento mutuo de las experiencias emocionales, que pueden generar estrés entre la pareja. Según los autores la (COCT) es aplicable a todas las parejas con un miembro diagnosticado con depresión, pero no necesariamente tienen que presentar un mal funcionamiento conyugal.

Los resultados del estudio sugirieron que las tres intervenciones fueron igualmente eficaces en el tratamiento de la depresión. Las tres modalidades de terapia fueron eficaces en la prevención de recaídas hasta 18 meses después de finalizar el

tratamiento, con una tendencia de la modalidad (COCT) de tener tasas más bajas de recaídas en comparación a las otras dos modalidades.

Los autores encontraron que ninguna de las tres modalidades de tratamiento, generaron mejoras en el ajuste diádico de la pareja. Según Bodenmann et al. (2008) como las parejas no presentaban grandes dificultades conyugales es posible que los efectos del tratamiento sobre la calidad de la relación, no fueran tan pronunciados, en comparación a otros estudios, en los que las parejas presentaban una alta conflictiva conyugal. También añadieron que 20 horas de terapia de pareja no podía haber sido el tiempo suficiente para propiciar una intervención exhaustiva sobre todos los problemas que sufrían las parejas. Por lo tanto, consideraron que la duración de la terapia de pareja, fue capaz de mejorar la sintomatología depresiva, pero el tiempo de duración no fue el suficiente para mejorar la calidad de la relación.

Además la intervención mediante la modalidad (COCT) fue más eficaz que los otros dos tratamientos, en la disminución de la Emoción Expresada (EE) por parte del cónyuge hacia el paciente deprimido. La (EE) es una variable que ha demostrado tener un pronóstico negativo en el contexto de la depresión (Hooley, 2007). Los resultados del estudio muestran que las intervenciones para la depresión en la modalidad de terapia de pareja para cónyuges con relaciones no discordantes son eficaces y que el afrontamiento de las dificultades de la pareja juegan un papel crucial aunque ésta no presente una alta conflictiva conyugal.

Cohen, O'Leary y Foran (2010) examinaron la eficacia de la terapia breve de pareja con un grupo control de lista de espera en mujeres diagnosticadas de depresión. La terapia breve de pareja a grandes rasgos; estaba compuesta por elementos psico educativos, técnicas cognitivas y conductuales para conseguir dos objetivos, reducir la depresión y a la vez reducir el malestar psicológico del cónyuge no deprimido. Aunque la intervención se centró en estos dos objetivos, el aumento del ajuste diádico fue un beneficio indirecto al tratamiento. En comparación con el grupo control, la terapia breve de pareja tuvo reducciones más altas en la sintomatología depresiva, incluso a los 3 meses de seguimiento, demostrando que la terapia breve de pareja es tan eficaz como otros estudios que utilizaron la terapia individual para abordar la depresión.

Por último, en la línea de estudios en los que se interviene en terapia de pareja para la depresión sin conflictiva conyugal, en un estudio reciente de Seikkula et al.

(2013) evaluaron la eficacia de la terapia de pareja (modelo sistémico y técnicas narrativas) en comparación con un grupo control, para pacientes moderadamente o gravemente deprimidos con o sin conflicto conyugal.

Tanto en la terapia de pareja como en el grupo control las parejas se beneficiaron del tratamiento. Las diferencias entre tratamientos, a favor de la terapia de pareja, se plasmaron tanto en la mejora de los síntomas depresivos y en los niveles de salud mental en general hasta los 2 años de seguimiento. Un resultado inesperado por los autores es que no hubo diferencias significativas en la satisfacción conyugal. El grupo de la modalidad de terapia de pareja tuvo menos sesiones de tratamiento y como en el estudio las parejas no tenían por qué cumplir la variable de desajuste conyugal, los investigadores no tuvieron expectativas específicas sobre los cambios en la relación conyugal. Seikkula et al. (2013) consideraron que al incluir el cónyuge en la terapia se generó una mejora más rápida y esto puede conllevar a un proceso terapéutico más breve.

Los estudios revisados proporcionan una hoja de ruta para aumentar la eficacia y/o la eficiencia de la terapia de pareja para la depresión. De este modo, se pueden identificar y ofrecer nuevas sugerencias con respecto a la mejor estrategia terapéutica a seguir. Los futuros ensayos clínicos deben poner también atención a factores comunes, como la alianza terapéutica, para evaluar la eficacia del resultado de la terapia de pareja para la depresión (Beach et al., 1998; Carr, 2014).

En esta línea, en relación a estudios sobre alianza terapéutica y depresión se han realizado algunos estudios en el campo de la terapia individual, pero en el campo de la terapia de pareja, la atención entre estas dos variables sigue siendo limitada.

Según Arnou et al. (2013) los pacientes crónicamente deprimidos pueden presentar dificultades únicas en el desarrollo y el mantenimiento de la alianza terapéutica. McCullough (2000) argumentó que el paciente con depresión se caracteriza por un pensamiento pre operacional, que incluye características como una visión más egocéntrica sobre sí mismo y falta de empatía. Las dificultades interpersonales, tales como la precariedad en habilidades sociales y la dependencia relacional están presentes en este tipo de pacientes y McCullough (2000) añade que estos pacientes manifiestan un estilo interpersonal hostil o de sumisión excesiva. Arnou et al. (2013) encontró que la alianza terapéutica fue un predictor de los resultados para pacientes con depresión

crónica, es decir una alianza terapéutica fuerte al inicio predijo significativamente una mayor respuesta al tratamiento.

Barber et al. (2000) realizó un estudio sobre la alianza terapéutica y afirmaron que la alianza fue un predictor significativo de mejora en la depresión. Los pacientes que mejoraron su sintomatología tendían a tener un vínculo más fuerte y una mayor colaboración con los terapeutas, y a su vez, la alianza terapéutica condujo a una mejora en la depresión.

Siguiendo en esta línea, Klein et al. (2003) encontraron que la alianza terapéutica, en 341 pacientes con depresión mayor, predijo el cambio sintomático posterior. Investigaron la relación entre la alianza terapéutica y el cambio subsiguiente en la sintomatología después de controlar dos variables: (1) el cambio temprano en la sintomatología, el cual puede influir tanto en la alianza como en el posterior cambio en los síntomas y (2) características del paciente como, la cronicidad de la enfermedad, la presencia de trastornos comórbidos y el funcionamiento social de los pacientes que pueden contribuir tanto a una mala alianza como a un mal resultado en el tratamiento. Estos autores encontraron que la alianza terapéutica temprana predijo posteriores cambios en los síntomas depresivos, incluso después de controlar previamente los niveles de depresión y otras variables de los pacientes.

Crits-Christoph et al. (2006) examinaron si los terapeutas podían ser entrenados para mejorar su contribución a la creación de la alianza terapéutica con pacientes que sufrían trastorno depresivo mayor. Los resultados mostraron una moderada pero consistente relación entre el entrenamiento y la mejora en la creación de la alianza terapéutica, además los cambios en la alianza generaron un mejor resultado en el tratamiento después de recibir un entrenamiento en ésta.

En conclusión, se demuestra que la terapia de pareja juega un papel relevante en la reducción de la sintomatología depresiva, y en concreto, en la mejora del ajuste diádico de la pareja. Aun así, consideramos que la alianza terapéutica en terapia de pareja tiene unas características especiales que deben ser investigadas en el campo de la depresión y la falta de estudios en este campo supone un reto para futuras investigaciones, las cuales pueden ayudar en la eficacia de los tratamientos en esta área de estudio.

3. El Modelo SOATIF: Sistema de 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. El Modelo SOATIF: Sistema de 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) es un modelo multidimensional para evaluar la fortaleza de la alianza terapéutica en el contexto de la terapia familiar y de pareja. Está formado por un conjunto de herramientas, que incluye un sistema de observación (SOATIF-o; Escudero, Friedlander, & Deihl, 2004; Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2001) y un auto-informe (SOATIF-s; Friedlander & Escudero, 2002).

La creación del SOATIF evolucionó a partir de una colaboración entre investigadores de terapia familiar españoles y norte-americanos, y como resultado de esta colaboración, se creó simultáneamente el SOATIF y sus instrumentos en español y en inglés (Escudero & Friedlander, 2003). Aunque el SOATIF se desarrolló para utilizarlo en la investigación de los procesos en la terapia familiar y de pareja, se considera que es muy valioso para la formación y la supervisión de terapeutas familiares que tienen poca experiencia clínica (Friedlander et al., 2009).

Los autores desarrollaron un modelo transteórico, sin que se limitara a un enfoque teórico único o estuviera sujeto a los principios de una única escuela de terapia familiar y de pareja. Así, para desarrollar este modelo se seleccionaron una serie de descriptores que fueran representativos para cualquier terapeuta o tipo de terapia. Aunque Friedlander et al. (2009) afirman que la naturaleza de la formación, experiencia y desarrollo profesional han influido inevitablemente en la formación del SOATIF y, sobretudo, centra su fundamentación en la literatura previa existente sobre la alianza en terapia familiar (Pinsof, 1994; Pinsof & Catherall, 1986) y en la conceptualización de Bordin (1994) sobre la alianza terapéutica. A pesar de ello, los autores destacan esta creación panteórica, ya que consideran que la alianza terapéutica es un factor común, no específico, de la terapia familiar o de pareja.

Son cuatro las dimensiones que componen el SOATIF, las cuales son: *Enganche en el Proceso Terapéutico*; *Conexión Emocional con el Terapeuta*; *Seguridad en el Sistema Terapéutico*; *Sentido de Compartir el Propósito de la Terapia en la Familia*. Estas cuatro dimensiones, no son mutuamente excluyentes, y cada una ofrece

información específica sobre la fortaleza de la alianza terapéutica en un paciente, pareja o familia (Friedlander et al., 2009).

Cada una de éstas dimensiones están formadas por un conjunto de indicadores conductuales positivos y negativos (verbales y no verbales), que ejemplifican las conductas de los pacientes (44 indicadores) y las contribuciones del terapeuta (43 indicadores) relacionadas con las cuatro dimensiones que componen la alianza (ver Apéndice B y C).

En concreto, el SOATIF-o (versión observacional del SOATIF) es un instrumento con soporte informático observacional que 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 (Friedlander et al., 2006).

Está diseñado para ser aplicado por evaluadores externos mientras observan una sesión de terapia de pareja grabada, mediante un soporte informático llamado e-SOATIF (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 o matizar cada descriptor conductual cuando éste es detectado y señalado en la sesión observada (Escudero, Friedlander, & Heatherington, 2011). La principal ventaja de esta versión es que el e-SOATIF proporciona una comparación directa de las estimaciones de dos o más evaluadores y además, pueden guardarse registros cualitativos y compararlos entre usuarios.

La diferencia entre el SOATIF-o y otras medidas de auto-informe de la alianza en terapia familiar, como el *Family Therapy Alliance Scale* (FTAS; Pinsof & Catherall, 1986) o el *Working Alliance Inventory Couple* (WAI-Co; Symonds & Horvath, 2004) es que el SOATIF-o es una escala de estimación observacional basada en las expresiones conductuales de alianza terapéutica de los pacientes, así como en las contribuciones observables del terapeuta a la alianza (Escudero et al., 2004; Friedlander et al., 2001).

Todos los descriptores observacionales del SOATIF-o hacen referencia a conductas interactivas entre los miembros de la familia o pareja y el terapeuta, es decir,

conductas interpersonales. Por ello, Friedlander et al. (2006) 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 del constructo alianza terapéutica.

Como ya hemos mencionado, las cuatro dimensiones del SOATIF son conceptualmente interdependientes pero no excluyentes y por eso es esperable que estén moderadamente correlacionadas. En este sentido, los autores consideran que el Sentido de Seguridad en una sesión por parte de un miembro de la familia puede estar ligado a su Conexión Emocional con el terapeuta y a sentirse comprometido o Enganchado en el proceso. El grado en el que todos los miembros de la familia colaboran activamente en la terapia se refleja en su Sentido de Compartir el Propósito del tratamiento. Recíprocamente, cuando la familia o la pareja, comparten el propósito por el cual se encuentran en la terapia y lo que esperan conseguir, los miembros probablemente sientan de forma individual un vínculo más fuerte con el terapeuta.

Las dos primeras dimensiones, Enganche en el Proceso Terapéutico y Conexión Emocional con el Terapeuta, reflejan la concepción clásica de Bordin (1979, 1994) de alianza de trabajo en términos de establecer metas terapéuticas, tareas y vínculos emocionales. Las otras dos dimensiones del SOATIF, Seguridad en el Sistema Terapéutico y Sentido de Compartir el Propósito de la Terapia en la Familia, reflejan aspectos únicos del trabajo con parejas y familia.

Con respecto a la Seguridad en el Sistema Terapéutico, se considera una precondition, es decir, es necesaria para establecer una relación terapéutica adecuada. En este sentido, la Seguridad juega un papel fundamental al inicio del tratamiento. La terapia familiar y de pareja conlleva más riesgos para el paciente que la terapia individual. Por lo tanto, cuando una persona y su familia acuden a terapia se arriesgan a que determinados secretos o sucesos que consideran delicados puedan ser revelados. De hecho, las relaciones más importantes para el paciente pueden ponerse en peligro cuando busca ayuda profesional en un formato familiar. De esta forma, se debe tener en cuenta esta dimensión desde el inicio de la psicoterapia y tratar de conseguir un nivel mínimo para trabajar correctamente. Además, la Seguridad, como cualquier otra dimensión del SOATIF, puede correr peligro en cualquier momento, en función de los

sucesos que ocurran dentro y fuera de la terapia. Si ocurre esto, el restablecimiento de la Seguridad tiene preferencia por encima de la meta terapéutica (Friedlander et al., 2009).

La otra dimensión específica del formato familiar, Sentido de Compartir el Propósito de la Terapia en la Familia, es básica para mantener el formato de tratamiento conjunto. Desde el punto de vista de los autores, esta dimensión es tan fundamental que puede ser un mediador del resultado del tratamiento (Heatherington, Friedlander, & Greenberg, 2005; Mateu et al., 2014). Esta dimensión también es importante, ya que los miembros de la familia no siempre valoran la terapia ni al terapeuta de la misma forma. Se ha demostrado, por ejemplo, que a menudo en terapia familiar se da una “alianza dividida” (Heatherington & Friedlander, 1990; Pinsof & Catherall, 1986), es decir, que unos miembros de la familia se involucran más y se alían más intensamente con el terapeuta que otros. Esta dimensión refleja la recomendación de Pinsof (1994), de que las medidas de la alianza incluyan este aspecto único de la terapia conjunta por su importancia, a la cual denominó *alianza intra-sistema*, haciendo referencia a la colaboración de los miembros de la familia entre ellos con relación a la terapia.

La Conexión Emocional con el Terapeuta es fundamental para establecer relaciones terapéuticas sólidas y mantenerlas a lo largo de la terapia, especialmente cuando surgen los conflictos familiares o se experimentan dificultades en el proceso. Finalmente, el Enganche en el Proceso Terapéutico, independientemente del modelo o las técnicas concretas, requiere que los pacientes acepten el tratamiento y colaboren activamente en él.

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 comentado, 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, es decir, la colaboración en las metas y las tareas de la terapia, y el lazo emocional con el terapeuta (Bordin, 1994). Asimismo, los autores, consideran las cuatro dimensiones del SOATIF son procesos dinámicos y fluidos. La importancia de cualquiera de estas dimensiones puede 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 expondremos de un modo más detallado cada una de las cuatro dimensiones que configuran el SOATIF, aportando una definición de cada una de ellas, así como ejemplos concretos de los indicadores conductuales (verbales y no verbales) positivos y negativos que componen las cuatro dimensiones.

3.2.1. Enganche en el Proceso Terapéutico

La cooperación del paciente es indispensable en toda terapia, es decir para que el paciente sea una parte activa en el tratamiento primero tiene que engancharse en el proceso terapéutica.

Friedlander et al. (2005) definen el Enganche en el Proceso Terapéutico del modo siguiente; “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 y que el cambio es posible” (p. 8)

Los autores entienden el Enganche como un factor inter-sistema que refleja los dos componentes de la conceptualización de la alianza de Bordin (1979, 1994) el acuerdo entre el paciente y el terapeuta acerca de las metas y tareas del tratamiento. El Enganche subraya la importancia de que los pacientes se sientan protagonistas en la definición de sus problemas. El grado en que un miembro de la familia o pareja considera que el tratamiento tiene sentido depende de la visión de los otros miembros. Por eso, el Enganche en el Proceso Terapéutico está relacionado con la dimensión intra-sistema de la alianza terapéutica, el Sentido de Compartir el Propósito.

Una de las formas que tiene el terapeuta de conectar con la familia o pareja, en esta dimensión, es contrarrestando la desmoralización que éstos sienten al inicio de la terapia, mostrando interés por sus recursos. Es importante que el terapeuta rescate las soluciones que han podido activar para resolver el problema y han funcionado. La buena disposición de los miembros para participar activamente en la terapia depende de su sentido de trabajar juntos con un terapeuta que les entienda, sobre la base de una o varias metas negociadas mutuamente. Para que el Enganche sea fuerte, también es necesario que los pacientes se muestren sensibles a los cambios que poco a poco se van produciendo y sean capaces de atribuirlos a su participación en el proceso terapéutico.

Cuando hay serios problemas y el cambio es lento, éstos a menudo le quitan importancia a esos pequeños avances; los consideran insuficientes o no significativos. En estos casos, el sentimiento de frustración y de desesperanza hacia la terapia pueden inundar fácilmente las sesiones. Así pues, es tarea del terapeuta sensibilizar a la familia o pareja para que puedan reconocer los pequeños cambios que se van produciendo en su comportamiento o actitud, y que éstos han surgido a partir de la evolución de la terapia y de sus intentos de actuar de una forma nueva (Friedlander et al., 2009).

A pesar de considerar la terapia como una forma de conseguir cambios, algunos o todos los miembros, pueden percibir el proceso terapéutico como una amenaza más que como una oportunidad. Consideramos que el nivel de motivación inicial por parte de la familia o pareja es esencial para conseguir un fuerte Enganche. En este sentido, la motivación inicial puede estar relacionada, en cierta medida, por el tipo de demanda de los miembros.

En base al objetivo que nos ocupa, cuando uno de los dos miembros de la pareja es diagnosticado de un Trastorno Depresivo Mayor, 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 ha de 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).

Consideramos importante para conseguir un buen Enganche, en las primeras etapas, tener en cuenta el grado de motivación de los miembros y clarificar la demanda de la pareja. Según Escudero (2009) en las situaciones más óptimas, se da una *demanda solícita*, son los dos cónyuges los que han llegado a la decisión conjunta de que puede ser útil recibir ayuda. Entienden que deben abordar o cambiar algo, que son parte del problema y/o de la solución. En esos casos el pronóstico suele ser positivo. Sin embargo, normalmente acostumbra a ser uno de los dos cónyuges quien formula la demanda y es relevante saber quién la realiza, ya que suele ser el cónyuge más motivado y por tanto más proclive a tener una actitud colaborativa en la terapia. Otra posibilidad

es que sea el propio derivante el que haya llegado a la conclusión que sería conveniente que la pareja realizara terapia. En estos casos se puede dar una situación óptima, en la que el derivante se haya encargado de explicar en qué consiste la terapia de pareja y porqué lo cree conveniente, de manera que ambos cónyuges pueden estar de acuerdo con esta recomendación (Campo, 2014).

Las dos demandas más desfavorables o con las que el terapeuta tendrá que prestar más atención son el tipo de *demanda demandante* o el tipo de *demanda visitante*. En el primer caso, un miembro de la pareja pide ayuda para el otro miembro de la pareja; reconoce que hay un problema, pero el demandante no se ve como parte implicada en su solución. Y en el segundo caso, la *demanda visitante*, la pareja viene a terapia por obligación, por una presión externa, no reconocen ninguna necesidad de ayuda y por lo tanto, tienen una actitud pasiva en la terapia. El terapeuta puede encontrarse con diferentes formulaciones de la demanda y está implicará una mayor o menor colaboración por parte de los cónyuges (Escudero, 2009).

Centrándonos de nuevo en las características de la dimensión de Enganche en el Proceso Terapéutico cabe decir que es la dimensión de la alianza más fácilmente observable del SOATIF.

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).

Algunos ejemplos de indicadores de Enganche en el Proceso Terapéutico realizadas por el paciente y que se contemplan como un Enganche positivo son: *el cliente describe un plan para mejorar la situación; el cliente introduce un problema para discutirlo; el cliente acepta hacer las tareas para casa que se le sugieren; o el cliente expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo*. En cambio, como Enganche negativo se contemplan éstos dos indicadores: *el cliente expresa sentirse “atascado” o dice que la terapia no ha sido o no es útil y el cliente expresa muestra indiferencia acerca de las tareas o del proceso de terapia*.

Finalmente, algunos ejemplos de conductas de Enganche en el proceso terapéutico realizadas por el terapeuta para contribuir positivamente son: *el terapeuta explica cómo funciona la terapia; el terapeuta estimula al cliente a definir sus metas en la terapia; o el terapeuta elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar*. Por el contrario, indicadores del terapeuta que pueden contribuir de forma negativa al Enganche son tres: *el terapeuta define metas terapéuticas o impone tareas o procedimientos in pedir la colaboración del cliente; el terapeuta discute con el cliente acerca de la naturaleza, propósito o valor de la terapia y; el terapeuta critica cómo hizo el cliente una tarea para casa (o le critica por no hacerla)*.

3.2.2. Conexión Emocional con el Terapeuta

Friedlander et al. (2005) definen la Conexión Emocional con el Terapeuta desde el modelo SOATIF del siguiente modo; “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 de la alianza terapéutica de Bordin (1994) con respecto a la existencia de un vínculo emocional positivo y de confianza entre el paciente y el terapeuta, que permita al paciente hacer progresos terapéuticos. La calidad afectiva de la relación entre terapeuta y paciente incluye que, éste último, se sienta entendido, respaldado y valorado.

En el terreno de la terapia familiar y de pareja, no fue hasta veinticinco años después de su aparición, que se empezó a dar una importancia teórica y empírica a las relaciones del terapeuta con la familia como catalizador de cambio. Aunque hubo algunas excepciones, como Satir (1964) que consideraba esencial que los miembros de la familia sintieran apoyo y afectuosidad para arriesgarse al inicio del proceso terapéutico. Y Whitaker (1999) que 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, cabe destacar a Minuchin (1982) que 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).

A medida que se ha demostrado que la alianza terapéutica se asocia con el resultado, ha sido relevante una comprensión mayor sobre la figura del terapeuta. En una revisión de 25 estudios sobre las características del terapeuta para fomentar la alianza, concluyeron que un terapeuta que transmita confianza, se muestre flexible, interesado, relajado y que se comunica con claridad, es más probable que genere una alianza positiva con el paciente (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

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, no acuden tan protegidos y están más dispuestos a encontrarse cómodos con el terapeuta. Por lo tanto, la Conexión Emocional será fácil de conseguir porque están motivados y ven la terapia como una forma de mejorar.

Según Friedlander et al. (2009) son muchas las circunstancias en que la Conexión Emocional se consigue de manera sencilla. Por ejemplo, a medida que avanza la terapia, y a medida que el vínculo individual del terapeuta con los otros miembros va creciendo, sucede lo mismo con respecto a su Conexión con cada miembro individual, y viceversa. Pero también puede suceder lo contrario, si los miembros de la familia se ven

frustrados ante las intervenciones del terapeuta. Beck et al. (2006) realizaron un estudio intensivo de cuatro casos mediante el SOATIF-o y hallaron que, a pesar de una Conexión positiva con el terapeuta al principio del tratamiento, una madre abandonó la terapia después de 23 sesiones cuando ésta pasó de centrarse en el abuso de drogas del hijo a centrarse en la relación disfuncional del matrimonio.

A nivel más específico 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 (Friedlander et al., 2009).

No basta con unirse a la familia al principio del tratamiento o mostrar empatía solo 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 (Rugel 1997; Symonds & Horvath 2004).

Por último, ejemplificamos cuáles son algunos de los indicadores que indican una buena Conexión Emocional con el terapeuta: *el cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta; el cliente verbaliza su confianza con el terapeuta; o el cliente expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta*. En cambio, se considera una mala Conexión Emocional si están presentes algunos de estos indicadores: *el cliente evita el contacto ocular con el terapeuta; el cliente rechaza o es reticente a responder al terapeuta; o el cliente tiene una interacción hostil o sarcástica con el terapeuta*.

En relación al terapeuta se considera que contribuye a una buena Conexión Emocional si se dan los siguientes indicadores: *el terapeuta expresa confianza o que cree en el cliente; expresa afecto o toca afectivamente al cliente dentro de lo apropiado al contexto profesional (por ejemplo darle la mano, una palmada, etc.) o el terapeuta desvela sus reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación.* Y se considera que contribuye de un modo desfavorable a la Conexión Emocional si se presentan estas dos conductas: *el terapeuta tiene interacciones hostiles, críticas o sarcásticas con el cliente y el terapeuta no responde a expresiones de interés personal o afecto hacia él por parte del cliente.*

3.2.3. Seguridad dentro del Sistema Terapéutico

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

Una terapia de pareja y familia conlleva dos tipos de adaptación. Por un lado, los miembros necesitan sentirse seguros en el contexto del terapeuta, con el que al principio no están familiarizados. Y por el otro, los pacientes necesitan ver ese contexto como un lugar donde es posible neutralizar su ansiedad o miedo acerca de las reacciones que los otros miembros de la familia o pareja van a tener.

Los cambios generados en la terapia requieren que la gente acepte 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).

Pinsof (1994) afirmó que la Seguridad en la terapia es más compleja a medida que aumenta el número de personas que están presentes, debido a cuatro motivos: 1) el

sistema directo del paciente, es decir los miembros de la familia acuden juntos; 2) el sistema indirecto del paciente, miembros de la familia que no acuden directamente a terapia; 3) el sistema directo del terapeuta, como por ejemplo miembros del equipo profesional y 4) el sistema indirecto del terapeuta, como por ejemplo los miembros del equipo que no participan en la terapia.

No se puede dar por hecho que la terapia es un lugar seguro para todos y cada uno de los miembros que acuden a la terapia. Al contrario, es importante, tanto al principio como a lo largo del tratamiento, que los pacientes experimenten el contexto como lo bastante seguro para asumir los riesgos del cambio. Para crear un sistema terapéutico seguro, el terapeuta debe considerar no únicamente su contrato implícito con la pareja o familia, sino también cómo perciben ellos el contexto y los procedimientos del tratamiento (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 revelen 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).

Una de las claves para que exista un cierto grado de comodidad en la terapia, es el comportamiento no verbal relajado, incluso aunque esté presente el conflicto. No obstante, si se producen conductas no verbales ansiosas, esto no significa necesariamente que haya falta de seguridad. Si a pesar de la ansiedad, existe flexibilidad por parte de la pareja o la familia, entonces se confirma que la terapia es un lugar seguro (Friedlander et al., 2009).

Algunos ejemplos que muestran que el paciente se siente seguro en el sistema terapéutico son: *el cliente varía su tono emocional durante la sesión (ríe o llora); el cliente “abre” su intimidad (comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades,*

etc.); el cliente revela un secreto o algo que otros miembros de la familia no sabían; o el cliente anima a otro miembro familiar a abrirse o a decir la verdad. En contraste, otros indicadores que indican una Seguridad negativa serían: el cliente rechaza o es reticente a responder cuando otro miembro de la familia le habla o el cliente responde defensivamente a otro miembro de la familia.

Por último, algunos ejemplos respecto a contribuciones positivas, en la dimensión de Seguridad, por parte del terapeuta: *el terapeuta reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir de cuestiones privadas; el terapeuta proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad o el terapeuta intenta contener, controlar, o manejar la hostilidad abierta entre clientes. Por el contrario, contribuciones negativas por parte del terapeuta, en esta dimensión son: el terapeuta permite que el conflicto familiar se escale hacia el abuso verbal, amenazas o intimidación y el terapeuta no atiende a expresiones claras de vulnerabilidad de un cliente (por ejemplo llanto).*

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 familia o la pareja, es decir la pareja o la familia *sin* el terapeuta. La pareja o el grupo familiar es la unidad de mayor influencia en términos de motivación para el cambio y de capacidad para influir en el resultado terapéutico (Pinsof, 1994; Knobloch-Fedders et al., 2007; Symonds & Horvath, 2004).

Según Friedlander et al. (2005) ésta dimensión 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).

Pinsof (1994) fue el primero en conceptualizar la alianza intra-familiar, lo que el modelo SOATIF llama Sentido de Compartir el Propósito, y refleja tres aspectos entre los miembros de la familia o de la pareja: 1) el acuerdo entre los miembros de la familia/pareja sobre las metas y tareas de la terapia; 2) su homogeneidad y cohesión

como unidad; y 3) el valor que dan a la terapia como un camino para tratar los problemas familiares (Friedlander et al., 2006).

Según el modelo SOATIF, las alianzas que establecen los miembros de la familia o de la pareja entre sí, son cualitativamente diferentes de la alianza individual de cada miembro con el terapeuta. Sin embargo, el grado con el que es compartido el propósito de la terapia, en la pareja o la familia, está fuertemente influenciado por la actitud y las conductas que tiene el terapeuta con cada uno de los miembros de forma individual y con la familia o pareja como un todo. El Sentido de Compartir el Propósito puede declinar en cualquier momento de la terapia. Cuando está claro que las necesidades y las perspectivas de los miembros no van a la par, el terapeuta tiene que volver a conducir el proceso. Si esto se hace bien, la familia o la pareja, llegarán a ver que la terapia puede ser útil para todos (Friedlander et al., 2006; Symonds & Horvath, 2004).

La dimensión del Sentido de Compartir el Propósito dependiendo de si es débil o fuerte con respecto a los objetivos y tareas de la terapia, influye en el grado en que cada miembro de la familia o de la pareja por separado se siente seguro, participa y crea un vínculo emocional con el terapeuta. Según los autores del modelo SOATIF esta dimensión es un fuerte indicador en el resultado de la terapia, es decir, si los miembros de la pareja o de la familia son absolutamente incapaces de encontrar un terreno común el pronóstico de mejora es muy pobre.

Para conseguir una fuerte alianza dentro del sistema familiar o 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 familia o pareja, estimular a los miembros más callados haciéndoles preguntas y mostrándoles empatía, animar a los miembros a establecer preguntas entre ellos o a crear compromisos y elogiar su capacidad de respetar las opiniones de todos, aunque estén en desacuerdo. El desarrollo de una relación de este tipo, puede dar esperanzas a las parejas y las familias ya que pueden dar el primer paso hacia la resolución de sus dificultades como una unidad. De hecho, el terapeuta debe ayudar a las parejas y a las familias a desarrollar este Sentido de Compartir el Propósito ya que esto comportará ganancias a largo plazo en la satisfacción dentro de su relación (Anderson & Johnson, 2010; Thompson et al., 2007).

Algunos ejemplos que muestran que la pareja o la familia tienen un Sentido de Compartir el Propósito positivo son: *los miembros de la familia comparten una broma o un momento gracioso; los miembros de la familia se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista o los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista.* Contrariamente, otros indicadores que indican un Sentido de Compartir el Propósito negativo serían: *los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros; unos miembros de la familia tratan de alinearse con el terapeuta en contra de otros o el cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia.*

Finalmente, algunos ejemplos respecto a contribuciones positivas, en la dimensión de Compartir el Propósito, por parte del terapeuta son: *el terapeuta alienta acuerdos de compromiso entre los clientes; el terapeuta anima a los clientes a preguntarse entre ellos por sus respectivos puntos de vista; el terapeuta elogia a los clientes por respetar los puntos de vista de los otros o el terapeuta subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución.* En cambio, contribuciones negativas por parte del terapeuta, en esta dimensión son: *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 y el terapeuta ignora las preocupaciones explicitadas por un miembro de la familia discutiendo únicamente las preocupaciones de otro.*

SEGUNDA PARTE. APLICACIÓN EMPÍRICA

4. Objetivos e hipótesis

4.1. Objetivo general

4.2. Objetivos específicos

4.3. Hipótesis

4. Objetivos e hipótesis

4.1. Objetivo general

Analizar y comparar cómo se construye la Alianza Terapéutica en casos de terapia de pareja cuando uno de los dos cónyuges está diagnosticado de un Trastorno Depresivo Mayor y en los que se obtiene diferente resultado, en base a la sintomatología depresiva, al final del tratamiento.

4.2. Objetivos específicos

1. Realizar un análisis descriptivo de los diferentes indicadores que configuran las dimensiones de la alianza terapéutica mediante el modelo SOATIF-o.
2. Analizar las dimensiones que componen la alianza terapéutica en función del momento temporal en el cual se analiza la alianza terapéutica, de los participantes que concurren en la terapia y el resultado final en la sintomatología depresiva.
3. Realizar un análisis secuencial en relación a la alianza terapéutica, tanto de los casos de mejora como de los casos de no mejora en la sintomatología depresiva, respecto las conductas de los pacientes, las conductas de los cónyuges, las contribuciones de los terapeutas, y viceversa, y valorar si existe una asociación entre dichas conductas y contribuciones a lo largo del proceso terapéutico.
4. Realizar un análisis secuencial en relación a la alianza terapéutica, respecto las conductas de los pacientes y las respuestas de los cónyuges, y viceversa, y determinar la asociación existente entre dichas conductas, tanto en los casos de mejora como en los casos de no mejora sintomatológica al final de la terapia.

4.3. Hipótesis

El estudio presentado es exploratorio ya que no se ha realizado con anterioridad una investigación que analice la alianza terapéutica en casos en que uno de los miembros de la pareja esté diagnosticado de un Trastorno Depresivo Mayor, mediante el modelo SOATIF y la metodología secuencial. Aun así, previamente a este tesis doctoral desarrollamos dos artículos, analizando la construcción de la alianza

terapéutica mediante el modelo SOATIF (Artigas et al., 2015; Mateu et al., 2014). De este modo, formulamos unas hipótesis en base a los resultados hallados en estos estudios previos ya que comparten la misma base teórica que la tesis doctoral presentada.

1. Los pacientes y los cónyuges, independientemente del resultado final en la sintomatología depresiva, realizarán conductas positivas respecto a las dimensiones de Enganche en el Proceso, Conexión Emocional y Seguridad en el sistema terapéutico, como respuesta a las contribuciones positivas de los terapeutas en estas mismas dimensiones.
2. En los casos de mejora, los pacientes y los cónyuges realizarán conductas positivas respecto a la dimensión de *Compartir el Propósito*, como respuesta a las contribuciones positivas de los terapeutas. Y en los casos de no mejora, esta dimensión será negativa en la pareja a pesar de las contribuciones positivas de los terapeutas en dicha dimensión.
3. La dimensión más discriminativa en función al cambio o no cambio de la sintomatología depresiva será la dimensión del *Sentido de Compartir el Propósito de la Terapia en la Familia* y determinará la viabilidad y el pronóstico del tratamiento.
4. Los pacientes y los terapeutas, independientemente del resultado final en la sintomatología depresiva, realizarán más intervenciones a la alianza terapéutica, respecto a los cónyuges.
5. Los terapeutas realizarán más contribuciones positivas en las dimensiones de *Seguridad en el Sistema Terapéutico* y *Sentido de Compartir el Propósito de la Terapia en la Familia* en especial, en los casos de no mejora para influir en las conductas negativas de la pareja en la dimensión de *Compartir el Propósito*.
6. El momento temporal de la terapia en que la alianza es evaluada condicionará la construcción de ésta, ya que la alianza terapéutica es un constructo dinámico y que evoluciona a lo largo del tratamiento.

5. Método

5.1. Diseño

5.2. Participantes

5.3. Instrumentos

5.3. Procedimiento

5.3. Análisis de datos

5. Método

5.1. Diseño

Estudio de casos con una metodología mixta observacional indirecta y semi-estructurada. Realizamos un análisis de la interacción observacional post facto, mediante un análisis secuencial, para examinar los patrones relacionales de las sesiones de cada uno de los casos incluidos en el estudio.

Con este diseño pretendemos aportar un conocimiento dinámico y micro analítico sobre el proceso de la construcción de la alianza terapéutica. Las investigaciones actuales sobre esta temática recomiendan estudios precisos para estudiar cómo se genera la creación de ésta (Hatcher & Barends, 2006; Montero & León, 2005). En este sentido, se sugieren investigaciones que analicen “eventos interpersonales de pequeña escala” dentro de la terapia (Horvath et al., 2011).

Estamos de acuerdo con Matínez (2006) y Yin (2003), en que 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, en el ámbito clínico, ofrece una serie de ventajas, entre ellas la de posibilitar investigaciones sobre tratamientos y desarrollar un estudio atento y exhaustivo sobre la realidad estudiada (Hernández, 2007; Barlow & Hersen, 1988).

5.2. 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*; *American Psychiatric Association* [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-V*; *American Psychiatric Association* [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 Universidad de Barcelona y la Dra. Anna Vilaregut de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport (FPCEE), Blanquerna (Universidad 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, Catedrático de la Universidad de Barcelona.

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. 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 Universidad de Barcelona. De todos ellos, 17 iniciaron un tratamiento protocolizado de terapia de pareja desde el enfoque sistémico, utilizando el manual de Jones y Asen (2000).

Tuvimos acceso a 10 casos de terapia de pareja grabados, los cuales forman parte de la tesis doctoral presentada, 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 Universidad de Barcelona. El proceso de evaluación transcurría aproximadamente 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, 1997). 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 sesión. 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 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.

En todas las sesiones, tanto de evaluación como de terapia, el paciente realizaba el BDI-II (Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz & Vázquez, 2011) para efectuar un seguimiento de los síntomas depresivos a lo largo del proceso. En nuestro estudio disponemos de la puntuación inicial y final del cuestionario para determinar el resultado final de la terapia, en relación a la mejora o no mejora de la sintomatología depresiva.

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 co-terapia, ambos con menos de cinco años de experiencia. El terapeuta había finalizado su formación en Terapia Familiar en el *Màster de l'Escola de Teràpia Familiar Sistèmica*, del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona de la Universidad Autónoma de Barcelona y el co-terapeuta era alumno del *Máster Cognitivo Social* de la Universidad de Barcelona.

Como ya hemos mencionado, las parejas que iniciaban la terapia de pareja, llevaban a cabo un tratamiento que transcurría entre 12 y 20 sesiones de aproximadamente una hora. Las parejas recibían terapia desde el enfoque sistémico siguiendo el Manual de Terapia Sistémica de Pareja y 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 rasgo, 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 y la prevención de recaídas identificando y anticipando posibles puntos de crisis.

Expuesto el modo por el cual se obtuvieron los participantes y el procedimiento realizado por la Universidad de Barcelona, describimos el conjunto de participantes ($N=10$) incluidos en la presente tesis. Del total de participantes, 8 eran mujeres diagnosticada de un Trastorno Depresivo Mayor y 2 eran hombres con diagnóstico de Depresivo Mayor. 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% era ama de 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 era ama de 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 del 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

Variable	n	%
<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 los terapeutas y de ambos miembros de la pareja. En la Tabla 3 exponemos los datos descriptivos más relevantes de cada una de las parejas y se pueden ver a continuación algunos ejemplos de los conflictos que manifestaron.

Tabla 3.
Características descriptivas y principales conflictos de las parejas

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

Nota. Familia de Origen (F.O.).

Caso 1: Conflictos con la Familia de Origen de la paciente

La paciente dice: *“Lo de mis padres ha sido muy duro por cómo se ha portado mi hermana conmigo. Piensa que mis padres se los llevaron allí (residencia). Yo he tenido muchos problemas para ver a mis padres, para comunicarme con ellos, mi hermana no me daba ningún tipo de información. Entonces yo he pasado mucho. Y todo eso, tengo que ir superándolo. Ahora ellos han muerto y yo estoy más tranquila porque sé que ya no les van a hacer daño. Y eso sí, todo eso todavía lo tengo dentro”* (Sesión número 1/minuto 00:05:50).

Caso 2: Conflictos en la conyugalidad y en el área económica

El paciente dice: *“Vamos a empezar desde el principio. Yo he sido comercial toda la vida. Yo estaba bien en una empresa y cogí un dinero que no era mío. No con intención de ‘voy y me lo quedo’ sino que lo necesito, lo cojo y lo devuelvo. Eso se hizo una pelota y al final no podía hacer frente a devolverlo. Yo era comercial y hacía cobros a los clientes. Y ese dinero si no llegaba lo cogía y lo reponía. Y ese ‘cojo y lo repongo’ vi que no podía. No te das cuenta y haces una pelota. Yo cogí el dinero porque no podía llegar a final de mes. Yo creo que cuando yo hice esto yo ya no estaba bien”* (Sesión número 1/minuto 00:14:24).

La mujer dice: *“Cuando él empezó a tener problemas (en el ámbito sexual) y se le quitó la apetencia yo me sentí insegura en la pareja, pensaba que era por mí, que no le gustaba”* (Sesión 2/minuto 00:42:10).

Caso 3: Conflictos con la Familia de Origen de la paciente

La paciente dice: *“Mi hermana empezó a encontrarse mal en abril, fue al médico y vieron que algo no funcionaba. La desviaron al Clínico y hasta que la visitaron pasó un mes. Y la llevé de urgencias y la doctora me dijo que tenía cáncer de pulmón y con metástasis. Yo se lo tuve que contar a nuestros padres y fue un drama. Fue todo muy fuerte. Antes que yo supiera el resultado de mi hermana, a mí me cogió un ataque de ansiedad en el trabajo. Me tuvieron que llevar de urgencias. Y aquí ya empezó todo. A través del ataque de ansiedad, el médico me dio la baja. Tengo un dolor dentro. Sobre todo por tener la responsabilidad de mis padres, ahora es mía. Tengo que cuidarlos sola y antes me ayudaba mi hermana. Y tienen 87 y 85 años y ya sé lo que me viene encima”* (Sesión 1/minuto 00:07:19).

Caso 4: Conflictos con la Familia de Origen de la paciente

El marido dice: *“Ella tiene unas patologías físicas de hace muchos años que ya la llevaron a un estado depresivo y estuvo un tiempo con un psiquiatra. Tiene problemas físicos en la columna que la obligan a dejar su actividad. Tiene que dejar de trabajar. Le dan la incapacidad parcial y al cabo del tiempo la recurrimos y fue absoluta. Y allí con 50 años ya empiezan los problemas cuando le dicen que es una incapacitada. Allí empiezan sus trastornos de tristeza. El inicio del deterioro de las relaciones entre las dos hermanas empieza cuando la madre se pone enferma. Su hermana llega un día y dice ‘a partir de ahora hacedlo como queráis, pero la mama va para allá’, sin un planteamiento previo o razonado... Mi cuñada siempre había vivido con mi suegra en su casa. Mi suegra se encontraba bien y no pasaba nada. Pero cuando empieza a tener problemas, sin un planteamiento razonado o hablado, nos dice esto y empiezan los problemas”* (Sesión 1/minuto 00:02:48).

Caso 5: Conflictos con la Familia de Origen de la paciente y con la hija de ésta

La paciente dice: *“Tengo una hija que ya no es adolescente, que ya es adulta. Pero no puedo con ella, yo me siento débil frente a ella. Mi hija está súper mal educada y es un desastre. Es una déspota, pero es mi hija, qué quieres que haga. La veo egoísta y eso que es mi hija, sólo piensa en ella y a mí sólo me quiere para que le limpie. No me quiere para nada más, porque luego me trata fatal. Encima que no hace faena, me da faena. Me trata mal y no me trata como me tiene que tratar. No veo que me trate como una hija tiene que tratar a su madre y todo eso a mí me corroe y no me encuentro bien”* (Sesión 1/ minuto 00:01:50).

La paciente dice: *“Mi familia es una mentira y yo soy muy diferente a ellos. Mi familia es una mentira y nos escondemos cosas. Nunca he podido hacer las cosas que he querido. Mi madre ya era muy dominante y tenía que hacer lo que ella quería. Y ahora que mi madre falleció, ahora me pasa con mi hermana”* (Sesión 1/minuto 00:04:27).

Caso 6: Conflictos con la Familia de Origen de la paciente, en la conyugalidad y en el área económica

La paciente dice: *“Jo des de sempre, des de que recordo, sóc la gran de la meva família en molts problemes de tot tipus. I des de que recordo sóc la gran en tots els aspectes. Com a germana dels meus germans i com a mare dels meus pares. En tot els aspectes. Sempre m’he sentit així. En molts problemes i en moltes situacions molt difícils d’afrontar per mi”* (Sesión 3/ minuto 00:03:38).

La paciente dice: *“Tenim els problemes del negoci, els problemes greus comencen i jo començo a no ser jo mateixa. Començo a no ser una persona honesta en tots els aspectes, que ho comunica tot a la parella i que confia en què la parella entendrà les circumstàncies i li farà costat i començo a manipular la realitat. A no explicar totes les coses, no dir tota la veritat. I acabo mentint directament davant de preguntes concretes, donar respostes que no són la realitat”* (Sesión 3/minuto 00:10:49).

La paciente dice: *“Crec que necessito ajuda per parlar amb ell. No sóc capaç de parlar amb ell. No sóc capaç de parlar tu a tu perquè quan ho intento o bé jo no em ser explicar o bé ell no m’entén. Fet que no ens havia passat mai. Podíem estar d’acord o no però sempre havíem pogut parlar i sempre havíem pogut entendre el punt de vista de l’altre. I des de fa 4 anys aproximadament això no existeix”* (Sesión 3/minuto 00:19:02).

Caso 7: Conflictos con la Familia de Origen de la paciente, en la conyugalidad y con la Familia de Origen del cónyuge

La paciente dice: *“Es que tú te casaste pero tú no asumiste el papel de que estabas casado. Es que yo he trabajado como tú o mucho más. Entonces tú me has dejado a mí todo, todo. Los hijos, la casa, todo. Todo ha sido siempre para mí. Porque él no se ha preocupado de nada”* (Sesión 1/minuto 00:47:49).

La paciente dice: *“Hemos tenido una vida muy mala. Mi padre también era alcohólico. Entonces se va de casa. Cuando yo tenía unos 12 o 13 años. A mi boda no fue. Hemos vivido una vida bastante mala. Yo me acuerdo de un día que se subió en el lavadero y se quería ahorcar. El que plantó cara fue mi hermano el Paco, que dijo que ya no se podía aguantar más. Entonces cogió y se fue de casa. A mí mi padre, también me ha hecho pasar mucho. A mí me ha cogido de los pelos, me ha tirado y yo también he pasado mucho”* (Sesión 2/minuto 00:18:35).

La paciente dice: *“Yo me siento utilizada, utilizada por la familia de él, y él no ha sabido ponerse en su lugar, de decir, ésta es mi mujer, que está con dos niños, que está trabajando. Yo lo que tengo con su madre es que nunca ha hecho nada por mí y se ha aprovechado mucho de mí. Porque me ha tratado de miñona y de todo. Y nunca digo nada, me voy llorando a otro sitio por no formar nada”* (Sesión 6/minuto 01:04:10).

Caso 8: Conflictos en el área laboral y en la conyugalidad

El paciente dice: *“Tenía ansiedad, que nunca había tenido, a raíz del problema en el trabajo. Y fui al médico de cabecera. No podía controlar la falta de aire, los sudores, el malestar general, los malos pensamientos, incluso de suicidio, me corté aquí (señala el brazo), era un estado ido que no sabía lo que hacía”* (Sesión 2/ minuto 00:07:10).

El paciente dice: *“Es que antes ella era..., (piensa) ella ha cambiado. Antes era alegre, yo venía hecho polvo con mis problemas y ella me daba alegría. No sé si a veces está dormida o se hace la dormida, pero llego y ya no le pregunto nada porque ella sabe que he llegado. Antes era diferente. Estaba en la cama y me decía ‘hola ¿Cómo estás?’ y todo eran risas. Antes llegaba a casa para que ella me alegrara y ahora siempre está enojada”* (Sesión 12/minuto 00:59:38).

Caso 9: Conflictos con la Familia de Origen del paciente y con la Familia de Origen del cónyuge

La paciente dice: *“Yo me caía al suelo desmayada y me comía lo que encontraba por el suelo podrido. Sólo recuerdo de mi infancia pasar mucha hambre. Buen recuerdo ninguno. Han abusado mucho de mí. Mi padre, cuando venía, todo iba a base de palizas”* (Sesión 3/ minuto 14:10).

La paciente dice: *“Me hubiera gustado casarme con un hombre que me hubiera querido y mimado. Haber tenido cariño, sobretodo cariño. Me hacía falta mucho cariño y todavía lo necesito. He estado falta de cariño y lo sigo estando”* (Sesión 3/ minuto 00:46:42).

La paciente dice: *“La familia de Anselmo son una piña de sus cuatro hermanos y los padres. Pero los demás ya no entran en la familia. Los forasteros no entramos allí. Y como yo no he tenido madre, siempre había pensado en encontrar una suegra que me quisiera como una hija. Me hubiera gustado entrar en una familia y me encuentro con esto. No me he sentido querida y eso me ha hecho mucho daño. Una de sus hermanas dice que yo no soy cuñada de ella. Nunca en la vida le he hecho nada a esta persona. Y estas cosas molestan. No me siento querida por esta familia. Y me ha costado ponerme enferma, he cogido unas depresiones de caballo”* (Sesión 3/minuto 01:12:54).

Caso 10: Conflictos con el hijo de la pareja

El hijo de la pareja (Sergi) se ha divorciado de la mujer y ha vuelto a vivir con sus padres (Teresa y Albert) y esta situación preocupa a Teresa *“A mi em preocupa que el meu fill, mai ha estat massa explícit en explicar coses. Ell sol s'ho fa tot. Però ara, el Sergi ha canviat molt més. No deixa que t'aproximis molt. Potser el veig trist i li dic 'tens algun problema?' i et diu 'no, no em passa res', però en canvi la seva actitud et demostra que sí. I ell ha aixecat un mur, no deixa que t'aproximis. I ara últimament, anava molt el gimnàs, el veies animat, però ara veus que no hi va tant, i potser són coses meves, potser està molt feliç. Però és tot, és un munt de coses. A mi em sembla que no està bé i potser sí que està bé. A mi m'agradaria que quan se'n va en comptes de dir 'adéu' doncs enviés un missatge per saber amb qui va. Hi ha un mur. No veig que a casa siguem una pinya”* (Sesión 2/ minuto 00:04:42).

5.3. Instrumentos

Para evaluar el establecimiento de la alianza terapéutica se utilizó el *Sistema para la Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar* (SOATIF-o; Escudero & Friedlander, 2003).

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 como la pareja o la familia establece la alianza terapéutica con el terapeuta, y por el otro, como 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 en el 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.

Visionando las grabaciones, los evaluadores entrenados en la evaluación del 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 con un valor de 0 en el centro (para indicar que no hay nada reseñable o que resulta neutral), -3 extremo negativo (alianza muy problemática) y +3 extremo positivo (una alianza muy fuerte).

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.

El objetivo de la observación con el SOATIF-o puede ser la investigación, el entrenamiento y supervisión de terapeutas familiares en formación o servir como guía para el trabajo de clínicos y el análisis de casos difíciles vistos por terapeutas expertos. Usando los descriptores conductuales de cada dimensión, un terapeuta o supervisor puede analizar la fuerza de la alianza terapéutica en una sesión o a lo largo de diversas sesiones. El análisis puede centrarse en una o más dimensiones de la alianza, así como en uno de los miembros de la familia/pareja o en la familia/pareja como grupo.

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.

Finalmente, *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 del paciente identificado, se obtuvieron las puntuaciones pre y post tratamiento, del Este instrumento está formado por 21 ítems de auto-informe 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).

5.4 Procedimiento

Inicialmente, 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; Escudero & Friedlander, 2003). Es decir, se evaluó cómo la pareja establece la alianza terapéutica con el terapeuta y entre ellos (alianza intra-sistema) y cómo el terapeuta contribuía a la creación de la alianza.

Para asegurar una buena fiabilidad de las observaciones realizadas mediante el instrumento, formamos un equipo de dos observadoras con una media de edad de 28 años, licenciadas en Psicología y psicoterapeutas de orientación sistémica, con una experiencia clínica inferior a 5 años, respectivamente. Las observadoras fuimos formadas en el instrumento mediante tres estancias con el autor del mismo y con un entrenamiento posterior de 20 horas a través del análisis de casos distintos a los del presente estudio

Para garantizar una buena fiabilidad entre las 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 *Eganche 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 en la Familia*.

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 (Escudero & Friedlander, 2003). Posteriormente, se puntuaron las sesiones en cada una de las cuatro dimensiones que configuran la alianza terapéutica, tanto para la versión de la pareja como del terapeuta.

En concreto, se analizó mediante el SOATIF-o (Escudero & Friedlander, 2003) la primera, segunda, tercera, sexta, novena, doceava y última sesión (que transcurría entre la número 15 y número 18). Por lo tanto, teniendo en cuenta los 10 casos de

terapia de pareja y analizando 7 sesiones del proceso terapéutico, en total se evaluaron 70 sesiones de terapia. Se muestra un ejemplo de uno de los casos analizados mediante el SOATIF-o (ver Apéndice D).

El número de sesiones seleccionadas (1, 2, 3, 6, 9, 12 y última) se escogieron por un motivo en concreto. Algunos autores consideran que la alianza terapéutica obtiene más fuerza cuando se evalúa en la fase inicial del proceso terapéutica (de la segunda a la sexta sesión) que cuando es evaluado en fases intermedias o cuando ya se han realizado muchas sesiones de terapia (Corbella & Botella, 2003; Hovarth & Symonds, 1991). En cambio, otros autores afirman que aunque la mayor parte de las investigaciones han medido la alianza en las sesiones iniciales consideran que las investigaciones longitudinales, en las que la alianza se mide a través del tiempo, pueden predecir con más fuerza el resultado de la alianza terapéutica (Crist-Christoph et al., 2011; Falkenström et al., 2013; Knobloch-Fedders et al., 2007).

En el estudio analizamos la alianza a lo largo del proceso terapéutico, teniendo en cuenta las primeras sesiones, pero también teniendo en cuenta sesiones que se encontraban en fases más avanzadas de la terapia, de este modo se obtuvo una visión longitudinal en el proceso de la construcción de la alianza terapéutica.

Posteriormente, al análisis de la alianza terapéutica, obtuvimos las puntuaciones de los pacientes, pre y post tratamiento, del *Inventario de Depresión de Beck II* (BDI-II; Beck et al., 1996; adaptación española de Sanz & Vázquez, 2011). De este modo, las 10 parejas fueron divididas en función de si los pacientes, después de la terapia, habían realizado o no un cambio clínicamente significativo en la sintomatología depresiva. Por tanto, del total de participantes (N=10) obtuvimos dos sub grupos (n=5) pacientes que obtuvieron una mejora sintomática post tratamiento y (n=5) pacientes que no obtuvieron una mejora en la sintomatología depresiva después de la terapia.

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 criterios. 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). La segunda etapa 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, 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). En otras palabras, 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 (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 con el BDI-II al inicio y al final de la terapia.

Tabla 4.
Resultados de cambio y no cambio sintomático de los pacientes utilizando los criterios de Jacobson y Truax (1991) al inicio y al final de la terapia

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

Nota. Trastorno Depresivo Mayor episodio único (TDM e. único) o Trastorno Depresivo Mayor recidivante (TDM recidivante).

5.5. Análisis de datos

En primer lugar, se usó el programa estadístico SPSS® versión 22.0 para realizar un análisis de varianza (ANOVA) con medidas repetidas. Este tipo de análisis sirve para estudiar el efecto de uno o más factores cuando al menos uno de ellos es un factor intra-sujeto. Como variables independientes se definieron: un factor intra-sujeto (medias repetidas) MOMENTO TEMPORAL DE LA TERAPIA (sesión número 2, sesión número 6 y última sesión); y dos factores inter-sujetos, PARTICIPANTES (pacientes, cónyuges y terapeutas) y el RESULTADO FINAL DE LA TERAPIA (casos con

cambio sintomático al final del tratamiento y casos sin cambio en la sintomatología depresiva al final de la terapia). Como variable dependiente para cada análisis de la varianza se seleccionaron las valoraciones globales de las dimensiones del SOATIF-o (que pueden variar entre -3 y +3).

La variable MOMENTO TEMPORAL DE LA TERAPIA, para que todos los miembros pasaran por las mismas condiciones, se tuvo que definir de un modo concreto. En los 10 casos, aunque mediante el SOATIF-o realizamos el análisis de la primera, segunda, tercera, sexta, novena, doceava y última sesión, no todos los casos realizaron las mismas sesiones. Para mantener una homogeneidad entre las sesiones y poder aplicar las medidas repetidas, se escogió para el análisis, la sesión número 2, la sesión número 6 y la última sesión, todas ellas comunes, en cada uno de los casos. Mediante la ANOVA se obtuvieron pruebas de efecto intra-sujeto con las combinaciones de las distintas variables. Y posteriormente se realizaron pruebas post-hoc para las pruebas de efecto inter-sujetos mediante la prueba *Scheffé* ($p < .05$).

En segundo lugar, se utilizó el programa Analizador Secuencial del Propósito General o GSEQ (*Generalized Sequential Quierier*) versión 5.1 de Bakeman y Quera (2011) para realizar un análisis descriptivo y secuencial sobre las interacciones de las conductas entre los participantes en relación a la alianza terapéutica. Los datos secuenciales se codificaron en el orden de los eventos o bien en la ocurrencia o no ocurrencia de los eventos dentro de determinados intervalos de tiempo (Bakeman & Quera, 1996).

El primer paso para poder realizar el análisis secuencial fue agrupar los datos de forma que el programa GSEQ pudiese utilizarlos correctamente, para ello se siguieron las Normas para el Intercambio de Datos Secuenciales (SDIS; *Sequential Data Interchange Standard*) propuestas por Bakeman y Quera (2011).

Los datos se agruparon en dos tipos de formato en *datos secuenciales de evento* y *datos secuenciales de eventos con tiempo*. El primer tipo de clasificación, consistió en codificar eventos (las diferentes conductas de los participantes; positivas y negativas; que se observaron mediante el SOATIF-o a lo largo de la sesión 2, 6 y última). Por definición, los datos secuenciales de evento son un único flujo de códigos sin ningún tipo de información temporal para cada código. Así pues, los eventos codificados son mutuamente excluyentes. En el segundo tipo de clasificación que realizamos, *datos*

secuenciales de eventos con tiempo, los códigos pueden representar conductas frecuenciales o momentáneas (de las que sólo interesa su frecuencia y no su duración), en cuyo caso sólo se necesita registrar su tiempo de inicio.

Para trabajar con el formato mencionado (SDIS) a cada conducta se le tuvo que asignar un código junto con el tiempo de inicio de la conducta. Así, por ejemplo, a las conductas de dimensión de *Enganche* se asignó un número por orden de aparición en el programa SOATIF-e y una letra que hacía referencia a la citada dimensión “e”, si la realizaba el paciente identificado además se le añadía las letras “pi” y finalmente se añadía el tiempo correspondiente al momento en que aparecía la conducta de alianza durante la sesión. De este modo el código “3e_pi, 00:38:19” haría referencia a una conducta de *Enganche* realizada por el paciente (indicador de enganche número 3 “*El cliente introduce un problema para discutirlo*”) en el minuto 38 y 19 segundos.

Todos los casos fueron codificados mediante la nomenclatura referida y ha sido mantenida la sub división de la muestra (mejora y no mejora sintomatológica), analizando para cada caso la sesión 2, 6 y última mediante el GSEQ.

Con los datos introducidos se realizaron dos tipos de análisis. Primero, un análisis descriptivo de los indicadores del SOATIF-o, teniendo en cuenta el archivo de *secuencias de eventos con tiempo*, tanto de los terapeutas, de los cónyuges como de los pacientes contemplando el momento temporal y la mejora o no mejora sintomática. Mediante este primer análisis se obtuvo; la Frecuencia (*F*) de cada uno de los indicadores, es decir el número de veces que ocurría una conducta concreta en sesión; la Frecuencia Relativa (*FR*) la cual es el resultado de dividir la frecuencia de la categoría por el total de eventos registrado en ese periodo de observación, es decir, de todas las conductas que ocurren qué proporción corresponde a la conducta en cuestión; la Tasa (*T*) cociente entre la frecuencia por el tiempo total de observación en unidades de tiempo (segundos); y la Duración Relativa (*DR*) se obtiene dividiendo la duración de una categoría por el tiempo total de observación.

En segundo lugar, mediante el archivo de *secuencias de evento*, teniendo en cuenta la mejora y no mejora sintomática de los casos y posteriormente el momento temporal de la terapia, en primer lugar se buscaron asociaciones secuenciales entre las conductas de alianza de los pacientes y de los cónyuges con los terapeutas, en segundo lugar se analizaron asociaciones entre las conductas generadas por los terapeutas para

contribuir en la alianza terapéutica con los pacientes y los cónyuges, y finalmente se examinaron las asociaciones entre las conductas de los pacientes y las respuestas de los cónyuges, y viceversa. Con este último análisis pretendimos examinar las conductas de alianza de ambos miembros de la pareja dirigidas al terapeuta y analizar la respuesta que se generaba en el paciente y en el cónyuge cuando uno de los dos establecía la alianza con el terapeuta.

Para ello, se agruparon los indicadores conductuales de alianza de los participantes (paciente, cónyuge y terapeuta) por dimensiones positivas y negativas. Es decir, cada dimensión tiene una serie de indicadores positivos y negativos y se agruparon las dimensiones en función de los indicadores, así obtuvimos: *Enganche positivo* y *Enganche negativo*; *Conexión Emocional positiva* y *Conexión Emocional negativa*; *Seguridad positiva* y *Seguridad negativa*; *Compartir el Propósito positivo* y *Compartir el Propósito negativo*, tanto para los miembros de la pareja como para los terapeutas.

Mediante el GSEQ de Bakeman y Quera (2011) se realizaron una serie de cálculos exploratorios aun así se siguió un guión concreto de análisis que posteriormente expondremos.

A partir del análisis secuencial se generaron tablas de contingencia. Al examinar las tablas de contingencia se puede establecer si existe o no una asociación secuencial. Para determinar si la asociación en las tablas era significativa se usó el estadístico *Chi-Cuadrado*. Así se determinó si una conducta dada (antecedente) influía significativamente sobre una conducta condicionada (subsecuente) con un valor de $p < .05$. El *Chi Cuadrado* es un estadístico no paramétrico y es una potente herramienta para pruebas de significación de la hipótesis nula de independencia estadística entre variables categoriales en tablas de contingencia. Para poder realizar una correcta aplicación e interpretación del *Chi Cuadrado* se hace hincapié en los análisis de los residuos; diferencia entre la Frecuencia observada (F_o) y Frecuencia esperada (F_e); específicamente en los residuos tipificado corregidos (o residuos ajustados), dado que nos permiten interpretar con precisión el significado de la asociación detectada, en términos del puntaje estandarizado z . (el cual para que haya una asociación alta tiene que ser >1.96 o >2.85).

Posteriormente de la aplicación del estadístico *Chi-Cuadrado*, teniendo en cuenta las diferencias entre las frecuencias observadas (F_o) y las frecuencias esperadas (F_e), y detectando así los residuos ajustados, como estos últimos no están acotados, se utilizó el coeficiente de asociación *Q de Yule*. El coeficiente de *Q de Yule* es una medida de asociación que se aplica a variables nominales u ordinales dicotómicas. Una propiedad importante de este coeficiente es que está acotado entre ± 1 . Por tanto, si el valor de *Q* se acerca a 0 implica independencia o asociación muy débil entre las variables. Si en cambio *Q* se aproxima a +1 o -1 indica una relación más fuerte o intensa entre las variables estudiadas. De este modo, se puede comprobar la fortaleza o la debilidad entre las asociaciones secuenciales, mediante los residuos ajustados, de un modo más limitado entre los casos de mejora y no mejora sintomática y la fortaleza o debilidad propia de cada interacción en cada sub grupo en concreto.

Para encontrar asociaciones secuenciales, como hemos mencionado, se utilizó el archivo de *secuencias de evento*, es decir sin tener en cuenta el tiempo. Por tanto, se pidió al programa que tuviera en cuenta la conducta que ocurría justo después de la conducta antecedente definida por el programa como *lag 1 to lag 1*. Es decir *lag 1 to lag 1* indica que una conducta antecedente tiene una asociación con la conducta que ocurre justo después (conducta subsecuente). De este modo, se detectaron patrones entre los datos. Si por ejemplo, los datos son secuencias de eventos correspondientes a serie de expresiones verbales de los dos miembros de una pareja, solicitando *lag 1* los residuos ajustados indican que las conductas del marido, que suceden justo después de conductas de la esposa, tienen un patrón sin que este sea producto del azar (Bakerman & Quera, 2011).

6. Resultados

6.1. Análisis Descriptivo

6.1.1. Indicadores de la dimensión de Enganche, Conexión y Seguridad de los pacientes tanto para los casos de mejora y no mejora sintomática

6.1.2. Indicadores de la dimensión de Enganche, Conexión y Seguridad de los cónyuges tanto para los casos de mejora y no mejora sintomática

6.1.3. Indicadores de la dimensión de Compartir el Propósito de la Terapia de las parejas tanto para los casos de mejora y no mejora sintomática

6.1.4. Indicadores de las cuatro dimensiones de los terapeutas tanto para los casos de mejora y no mejora sintomática

6.2. Análisis de Varianza

6.3. Análisis secuencial

6.3.1. Análisis secuencial de las interacciones entre los pacientes (conductas antecedentes) y los terapeutas (conductas subsecuentes)

6.3.2. Análisis secuencial de las interacciones entre los terapeutas (conductas antecedentes) y los pacientes (conductas subsecuentes)

6.3.3. Análisis secuencial de las interacciones entre los cónyuges (conductas antecedentes) y los terapeutas (conductas subsecuentes)

6.3.4. Análisis secuencial de las interacciones entre los terapeutas (conductas antecedentes) y los cónyuges (conductas subsecuentes)

6.3.5. Análisis secuencial de las interacciones entre los pacientes (conductas antecedentes) y los cónyuges (conductas subsecuentes)

6.3.6. Análisis secuencial de las interacciones entre los cónyuges (conductas antecedentes) y los pacientes (conductas subsecuentes)

6. Resultados

A continuación, para presentar los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral, éstos se mostrarán siguiendo el planteamiento de los objetivos y de las hipótesis de este estudio y se acompañarán de un resumen y/o figuras que expresarán de un modo más esquemático los resultados hallados para cada uno de los sub apartados.

6.1. Análisis descriptivo

En relación al **primer objetivo**, realizar un análisis descriptivo de los diferentes indicadores que configuran las dimensiones de la alianza terapéutica, se puede observar en la Tabla 5 las puntuaciones globales obtenidas en cada una de las dimensiones, en la sesión 2, 6 y última, de los pacientes, cónyuges y terapeutas tanto para los casos de mejora como para los casos de no mejora en la sintomatología depresiva al final de la terapia.

Se puede comprobar que todas las dimensiones fueron puntuadas de manera positiva y las valoraciones transcurrieron entre valores neutrales de alianza (puntuación de 0) o puntuaciones de alianza ligera o bastante fuerte (puntuaciones de +1 y de +2). Únicamente la dimensión de *Compartir el Propósito de la Terapia* de la pareja obtuvo puntuaciones negativas en los casos no mejora, que transcurrieron en valoraciones de alianza ligeramente problemática o bastante problemática (puntuaciones de -1 y -2), a lo largo de las sesiones.

Tabla 5.

Puntuaciones globales obtenidas en cada una de las dimensiones de los pacientes, cónyuges y terapeutas en la sesión 2, 6 y última para los casos de mejora y no mejora sintomática

Casos	Miembro	Sesión 2				Sesión 6				Sesión última			
		Enganche	Conexión	Seguridad	Compartir	Enganche	Conexión	Seguridad	Compartir	Enganche	Conexión	Seguridad	Compartir
1	Paciente	1	1	2	2	2	0	1	0	2	1	1	0
	Cónyuge	0	0	0	2	1	0	0	0	1	0	2	0
	Terapeuta	1	2	0	0	2	1	0	1	2	2	0	1
2	Paciente	1	1	0	0	1	1	1	1	2	1	1	0
	Cónyuge	1	0	1	0	1	0	1	1	2	1	1	0
	Terapeuta	1	2	1	1	2	2	0	1	2	2	0	1
3	Paciente	2	1	1	1	2	1	1	0	2	1	1	0
	Cónyuge	2	1	1	1	2	1	1	0	2	2	1	0
	Terapeuta	2	2	0	1	2	1	0	1	1	1	0	0
4	Paciente	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1
	Cónyuge	1	0	0	1	2	2	1	2	2	1	1	1
	Terapeuta	1	1	0	1	1	3	0	1	1	2	1	1
5	Paciente	1	0	1	1	2	1	1	1	3	1	1	2
	Cónyuge	1	1	0	1	2	0	1	1	2	0	1	2
	Terapeuta	2	0	1	1	2	1	1	1	3	1	0	2
		Sesión 2				Sesión 6				Sesión última			
Casos	Miembro	Enganche	Conexión	Seguridad	Compartir	Enganche	Conexión	Seguridad	Compartir	Enganche	Conexión	Seguridad	Compartir
6	Paciente	1	0	1	1	2	0	1	1	2	1	1	1
	Cónyuge	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Terapeuta	2	1	0	1	2	2	0	2	1	3	0	0
7	Paciente	2	1	1	-2	2	1	1	-2	1	1	0	-1
	Cónyuge	1	1	1	-2	1	0	1	-2	-1	0	0	-1
	Terapeuta	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	0	1
8	Paciente	1	0	0	-2	2	1	1	1	2	1	1	-1
	Cónyuge	1	1	1	-2	2	1	1	1	1	1	1	-1
	Terapeuta	2	1	1	1	2	1	0	2	2	2	0	1
9	Paciente	2	1	1	-1	1	1	0	-2	2	1	1	-1
	Cónyuge	1	0	0	-1	2	0	0	-2	2	0	0	-1
	Terapeuta	1	0	0	1	2	2	1	1	2	1	1	0
10	Paciente	2	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	-1
	Cónyuge	1	2	1	1	1	2	1	1	2	1	0	-1
	Terapeuta	1	2	0	1	2	2	0	0	2	2	0	1

6.1.1. Indicadores de la dimensión de Enganche, Conexión y Seguridad de los pacientes tanto para los casos de mejora y no mejora sintomática

En relación a los indicadores de los pacientes, cónyuges y terapeutas únicamente se mostrarán aquellos indicadores que han estado presentes a lo largo de la sesión 2, sesión 6 y última. De este modo, los indicadores que han tenido una frecuencia de cero no serán incluidos en la descripción.

En referencia a la dimensión de *Enganche* para los pacientes que mejoraron su sintomatología depresiva, se observa una evolución a lo largo de las sesiones en

relación a la presencia de determinados indicadores. En la segunda sesión se registraron un total de 30 indicadores, en la sexta sesión un total de 42 indicadores, siendo esta la que obtuvo una mayor presencia de indicadores respecto a la dimensión de *Enganche*, y finalmente, en la última sesión se observaron un total de 36 indicadores (ver Tabla 6).

En concreto, los indicadores que surgieron con mayor frecuencia, tanto en la segunda, sexta y última sesión fueron “El cliente introduce un problema para discutirlo” y “El cliente expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo”. Así pues, el indicador “El cliente introduce un problema para discutirlo” (3e_pi), en la segunda sesión apareció 24 veces y en cambio disminuyó su presencia tanto en la sexta como en la última sesión, apareciendo 17 veces en ambas sesiones. En cambio, el indicador “El cliente expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo” (6e_pi) expresó su frecuencia de manera inversa al indicador (3e_pi), es decir, el indicador (6e_pi) aumentó su frecuencia a medida que avanzaron las sesiones. Así, en la segunda sesión se observó 2 veces y en cambio, en la sexta y última sesión se detectó 17 y 12 veces, respectivamente.

Tabla 6. *Indicadores de los pacientes (pi) en la dimensión de Enganche (e) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora*

PACIENTES (CASOS DE MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Indica su acuerdo con las metas (1e_pi)	0	0	0	0	1	.03	.16	.02	0	0	0	0
Describe un plan para mejorar la situación (2e_pi)	3	.10	.44	.10	0	0	0	0	2	.06	.34	.06
Introduce un problema (3e_pi)	24	.80	3.56	.80	17	.56	2.88	.40	17	.47	2.91	.47
Acepta hacer las tareas para casa que se le sugiere (4e_pi)	1	.03	.14	.03	3	.03	.51	.07	1	.03	.17	.03
Indica que ha hecho una tarea o que la ha visto como útil (5e_pi)	0	0	0	0	3	.03	.50	.07	1	.03	.17	.03
Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo (6e_pi)	2	.07	.29	.07	17	.33	2.88	.40	12	.33	2.05	.33
Menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto (9e_pi)	0	0	0	0	1	0	.16	.02	2	.06	.34	.06
Expresa sentirse “atascado” o dice que la terapia no ha sido o no es útil (10e_pi)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.03	.17	.03
Totales	30	1	4.4	1	42	1	7.11	1	36	1	6.15	
Tiempo	24.259 segundos				21.247 segundos				21.071 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Respecto a la dimensión de *Enganche en el Proceso* en los casos que al final de la terapia no presentaron una mejora en relación a la sintomatología depresiva, se observaron una totalidad de indicadores menores respecto a los casos de mejora y tanto en la sesión 2, 6 y última hubo una totalidad frecuencial de 36.

Esta totalidad se representó mediante diferentes indicadores. Los indicadores que se observaron con mayor frecuencia fueron “El cliente introduce un problema para discutirlo” (3e_pi) y “El cliente expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo” (6e_pi). El indicador (3e_pi) se detectó 28 veces en la segunda sesión, 20 veces en la sexta sesión y 12 veces en la última sesión. Así, al igual que en los casos de mejora, éste indicador se observó con menor frecuencia a medida que evolucionaba la terapia. Respecto al indicador (6e_pi) en la segunda sesión surgió 5 veces, en la sexta sesión 12 veces, y en la última se sesión se observó 17 veces. Del mismo modo, que en los casos de mejora, este indicador aumentó su frecuencia a medida que la terapia progresaba (ver Tabla 7).

Tabla 7.
Indicadores de los pacientes (pi) en la dimensión de Enganche (e) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora

PACIENTES (CASOS DE NO MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Indica su acuerdo con las metas (1e_pi)	0	0	0	0	1	.03	.15	.03	0	0	0	0
Describe un plan para mejorar la situación (2e_pi)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.03	.17	.30
Introduce un problema (3e_pi)	28	.78	4.03	.78	20	.56	3.18	.56	12	.33	2.09	.30
Acepta hacer las tareas para casa que se le sugiere (4e_pi)	2	.06	.28	.06	1	.03	.15	.03	1	.03	.17	.30
Indica que ha hecho una tarea o que la ha visto como útil (5e_pi)	1	.03	.14	.03	1	.03	.15	.03	1	.03	.17	.30
Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo (6e_pi)	5	.14	.72	.14	12	.33	1.91	.33	17	.47	2.97	.40
Cumple las peticiones del terapeuta para representar alguna interacción delante de él (7e_pi)	0	0	0	0	1	.03	.15	.03	0	0	0	0
Menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto (9e_pi)	0	0	0	0	0	0	0	0	4	.11	.69	.10
Totales	36	1	5.18	1	36	1	5.72	1	36	1	6.29	1
Tiempo	24.981 segundos				22.625 segundos				20.596 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Destacamos que tanto en los casos de mejora como en los casos de no mejora, no se observaron, por parte de los pacientes, ningún indicador negativo en esta dimensión, ya que no estuvieron presentes ni el indicador “Expresa sentirse “atascado” o dice que la terapia no ha sido o no es útil” (10e_pi) ni el indicador “Muestra indiferencia acerca de las tareas o del proceso de terapia” (11e_pi). Por lo tanto, a lo largo de la terapia, esta dimensión siempre fue puntuada de un modo positivo mostrando un Enganche positivo a lo largo del proceso psicoterapéutico.

Si nos centramos en la dimensión de Conexión Emocional, respecto a los casos de mejora, en la Tabla 8 observamos la evolución de esta dimensión en la segunda, sexta y última sesión. En esta dimensión, respecto a la anterior, se registró una menor

presencia de indicadores. En consecuencia, en la segunda sesión se detectó una frecuencia total de 5, en la sexta sesión una totalidad de 6 y finalmente en la última sesión una totalidad de 8.

Los indicadores que se detectaron con más frecuencia a lo largo de las sesiones fueron “El cliente indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta” (4cox_pi) y “El cliente expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta” (5cox_pi). El indicador (4cox_pi) apareció 4 veces en la segunda sesión, una vez en la sexta sesión y 3 veces en la última sesión. En cambio, el indicador (5cox_pi) no apareció ninguna vez en la segunda sesión y se registró 2 y 3 veces en la sexta y última sesión, respectivamente.

Tabla 8.
Indicadores de los pacientes (pi) en la dimensión de Conexión (cox) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora

PACIENTES (CASOS DE MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Comporte un momento humorístico o una broma con el terapeuta (1cox_pi)	0	0	0	0	2	.33	.33	.33	1	.13	.10	.10
Verbaliza su confianza con el terapeuta (2cox_pi)	1	.20	.14	.20	0	0	0	0	1	.13	.10	.10
Expresa interés en aspectos de la vida personal del terapeuta (3cox_pi)	0	0	0	0	1	.17	.16	.17	0	0	0	0
Indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta (4cox_pi)	4	.80	.59	.80	1	.17	.16	.17	3	.38	.50	.30
Expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta (5cox_pi)	0	0	0	0	2	.33	.33	.33	3	.38	.50	.30
Totales	5	1	.74	1	6	1	1.01	1	8	1	1.3	1
Tiempo	24.259 segundos				21.247 segundos				21.071 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Respecto a los casos de no mejora, en la dimensión de *Conexión Emocional*, vemos en la Tabla 9 cual es la presencia más relevante de cada uno de los indicadores que configuraron esta dimensión. Al igual que en los casos de mejora, en esta dimensión se detectaron un número menor de indicadores. Aun así, en la segunda sesión se observó una frecuencia total de 5, en la sexta sesión de 6 y finalmente en la última sesión una totalidad frecuencial de 13.

En especial, destacamos los indicadores “El cliente comporte un momento humorístico o una broma con el terapeuta” (1cox_pi), el indicador “El cliente indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta” (4cox_pi) y el indicador “El cliente expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta” (5cox_pi). El indicador (1cox_pi) apareció 4 veces en la segunda sesión, una vez en la sexta sesión y 3 veces en

la última sesión. El indicador (4cox_pi) apareció 3 veces en la segunda sesión, 2 veces en la sexta sesión y un total de 5 veces en la última sesión. Finalmente, el indicador (5cox_pi) no apareció ninguna vez ni en la segunda ni sexta sesión y un total de 4 veces en la última sesión.

Tabla 9.

Indicadores de los pacientes (pi) en la dimensión de Conexión (cox) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora

Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta (1cox_pi)	4	.57	.57	.57	1	.25	.15	.25	3	.20	.52	.20
Verbaliza su confianza con el terapeuta (2cox_pi)	0	0	0	0	1	.25	.15	.25	1	.08	.17	.1
Indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta (4cox_pi)	3	.43	.43	.43	2	.5	.31	.5	5	.30	.87	.30
Expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta (5cox_pi)	0	0	0	0	0	0	0	0	4	.30	.69	.30
Totales	7	1	1.00	1	4	1	.63	1	13	1	2.27	1
Tiempo	24.981 segundos				22.625 segundos				20.596 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Tanto en los casos de mejora como en los casos de no mejora, estuvieron presentes los mismos indicadores, aunque la frecuencia más intensa se detectó en los casos de no mejora. En la dimensión de *Conexión Emocional* no se encontraron indicadores negativos en ambos grupos de pacientes, por lo tanto, se obtuvo a lo largo de la terapia una *Conexión Emocional positiva*.

En relación a la tercera dimensión, la *Seguridad en el Sistema Terapéutico*, en los casos de mejora vimos que en la segunda sesión hubo una frecuencia total de 11, en la sexta sesión una totalidad de 7 y en la última sesión una totalidad frecuencial de 10 (ver Tabla 10).

Los indicadores que más se manifestaron fueron “*El cliente varía su tono emocional durante la sesión (ríe o llora)*” (2seg_pi) y el indicador “*El cliente “abre” su intimidad (comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, etc.)*” (3seg_pi). El indicador (2seg_pi) apareció 3 veces en la segunda sesión, 5 veces en la sexta sesión y finalmente 4 veces en la última sesión. Respecto al indicador (3seg_pi) apareció 8 veces en la segunda sesión y 2 veces en la sexta y última sesión.

Tabla 10.

Indicadores de los pacientes (pi) en la dimensión de Seguridad (seg) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora

PACIENTES (CASOS DE MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Indica que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía (1seg_pi)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	.20	.34	.20
Varía su tono emocional durante la sesión (ríe o llora) (2seg_pi)	3	.27	.44	.27	5	.71	.84	.71	4	.40	.68	.40
“Abre” su intimidad (comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, etc.) (3seg_pi)	8	.73	1.18	.73	2	.29	.33	.29	2	.20	.34	.20
Revela un secreto o algo que otros miembros de la familia no sabían (5seg_pi)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	.20	.34	.20
Totales	11	1	1.63	1	7	1	1.18	1	10	1	1.71	1
Tiempo	24.259 segundos				21.247 segundos				21.071 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Respecto a los pacientes que no mejoraron, en relación a la dimensión de Seguridad, se observó una totalidad frecuencial de 9 en la segunda sesión, de 5 en la sexta sesión y de 8 en la última sesión. De este modo, en comparación a los casos de mejora, vimos como esta dimensión tuvo un funcionamiento similar respecto a los casos de mejora. Es decir, que la totalidad frecuencial de cada una de las sesiones analizadas fue similar.

Destacamos que existió una mayor presencia de los indicadores “El cliente varía su tono emocional durante la sesión (ríe o llora)” (2seg_pi) y el indicador “El cliente “abre” su intimidad (comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, etc.)” (3seg_pi). Estos dos indicadores también estuvieron muy presentes en los casos de mejora. Aunque en los casos de no mejora solamente existió una frecuencia destacable de estos dos indicadores y en cambio, en los casos de mejora hubo otros indicadores a recalcar en la última sesión.

Respecto al indicador (2seg_pi) apareció un total de 4 veces en la segunda sesión, 3 veces en la sexta sesión y 2 veces en la última sesión. Y el indicador (3seg_pi) apareció 5 veces en la segunda sesión, 2 veces en la sexta sesión y un total de 5 veces en la última sesión (ver Tabla 11).

Tabla 11.

Indicadores de los pacientes (pi) en la dimensión de Seguridad (seg) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora

PACIENTES (CASOS DE NO MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Indica que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía (1seg_pi)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.13	.17	.10
Varía su tono emocional durante la sesión (ríe o llora) (2seg_pi)	4	.40	.50	.44	3	.60	.47	.60	2	.25	.34	.20
“Abre” su intimidad (comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, etc.) (3seg_pi)	5	.50	.70	.56	2	.40	.31	.40	5	.63	.87	.60
Totales	9	1	1.2	1	5	1	.79	1	8	1	1.39	1
Tiempo	24.981 segundos				22.625 segundos				20.596 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

En la dimensión de *Seguridad* observamos que aunque la frecuencia total fue similar en ambos grupos de pacientes, la presencia de diversidad de indicadores fue más escasa en los casos de no mejora. En esta dimensión, al igual que en la dimensión de *Enganche* y *Conexión*, no se observaron indicadores negativos (8seg_pi, 9seg_pi, 10seg_pi, 11seg_pi, 12seg_pi) ni para los casos de mejora ni para los casos de no mejora. Así, esta dimensión fue positiva a lo largo de las sesiones analizadas en el caso de los pacientes.

6.1.2. Indicadores de la dimensión de Enganche, Conexión y Seguridad de los cónyuges tanto para los casos de mejora y no mejora sintomática

En referencia a la dimensión de *Enganche en el Proceso* observamos en la Tabla 12 como en la segunda sesión se obtuvo una totalidad frecuencial 22, en la sexta sesión de 37 y en la última sesión de 28.

Los indicadores que aparecieron con más frecuencia fueron “*El cliente introduce un problema*” (3e_con), “*El cliente expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo*” (6e_con) y “*El cliente menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto*” (9e_con). El primer indicador (3e_con), se observó 18 veces en la segunda y sexta sesión y 6 veces en la última sesión. Al igual que en el caso de los pacientes, éste indicador fue disminuyendo a medida que avanzaron las sesiones. El segundo indicador que apareció con más intensidad fue el (6e_con) que no apareció ninguna vez en la segunda sesión, pero en la sexta sesión apareció 9 veces y en la última 13 veces. Con lo cual, sucedió exactamente lo mismo que en el caso de los pacientes, ya que este indicador fue aumentado a medida que evolucionó la terapia. Y finalmente, el

indicador (9e_con) que no se registró ninguna vez en la segunda sesión, pero apareció 3 veces en la sexta sesión 5 veces en la última sesión.

Tabla 12.

Indicadores de los cónyuges (con) en la dimensión de Enganche (e) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora

CÓNYUGES (CASOS DE MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Indica su acuerdo con las metas (1e_con)	0	0	0	0	1	.03	.16	.03	0	0	0	0
Describe un plan para mejorar la situación (2e_con)	3	.14	.44	.14	1	.03	.16	.03	3	.11	.51	.11
Introduce un problema (3e_con)	18	.82	2.67	.82	18	.49	3.04	.49	6	.21	1.02	.21
Acepta hacer las tareas para casa que se le sugiere (4e_con)	1	.05	.14	.05	3	.08	.51	.08	1	.04	.17	.04
Indica que ha hecho una tarea o que la ha visto como útil (5e_con)	0	0	0	0	2	.05	.33	.05	0	0	0	0
Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo (6e_con)	0	0	0	0	9	.24	1.52	.24	13	.46	2.22	.46
Menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto (9e_con)	0	0	0	0	3	.08	.51	.08	5	.18	.85	.18
Totales	22	1	3.26	1	37	1	6.26	1	28	1	4.78	1
Tiempo	24.259 segundos				21.247 segundos				21.071 segundos			

Nota. *F* (Frecuencia); *FR* (Frecuencia relativa); *T* (Tasa); *DR* (Duración relativa).

En relación a esta misma dimensión respecto a los cónyuges de los casos de no mejora, éstos obtuvieron una totalidad frecuencial de 12 en la segunda sesión, de 22 en la sexta sesión y una totalidad frecuencial de 17 en la última sesión. En comparación a los cónyuges de los casos de mejora, se observó una menor frecuencia total de indicadores (ver Tabla 13).

Los dos indicadores que se destacaron con más frecuencia fueron por un lado, el indicador “*El cliente introduce un problema*” (3e_con) el cual se observó 9 veces en la segunda sesión, 13 veces en la sexta sesión y 8 veces en la última sesión. Y por el otro, el indicador “*El cliente expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo*” (6e_con) el cual apareció 2 veces en la segunda sesión y 5 veces en la sexta y última sesión.

Tabla 13.

Indicadores de los cónyuges (con) en la dimensión de Enganche (e) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora

Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Indica su acuerdo con las metas (1e_con)	0	0	0	0	1	.05	.15	.05	0	0	0	0
Describe un plan para mejorar la situación (2e_con)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.06	.17	.06
Introduce un problema (3e_con)	9	.75	1.29	.75	13	.59	2.06	.59	8	.47	1.39	.47
Acepta hacer las tareas para casa que se le sugiere (4e_con)	1	.08	.14	.08	1	.05	.15	.05	0	0	0	0
Indica que ha hecho una tarea o que la ha visto como útil (5e_con)	0	0	0	0	1	.05	.15	.05	1	.06	.17	.06
Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo (6e_con)	2	.17	.28	.17	5	.23	.79	.23	5	.29	.87	.29
Cumple las peticiones del terapeuta para representar alguna interacción delante de él (7e_con)	0	0	0	0	1	.05	.15	.05	0	0	0	0
Menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto (9e_con)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.06	.17	.06
Expresa sentirse “atascado” o dice que la terapia no ha sido o no es útil (10e_con)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.06	.17	.06
Totales	12	1	1.72	1	22	1	3.5	1	17	1	2.97	1
Tiempo	24.981 segundos				22.625 segundos				20.596 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Todos los indicadores que aparecieron en la dimensión de *Enganche en el Proceso* fueron positivos en los cónyuges de los casos que mejoraron su sintomatología, por lo tanto, esta dimensión fue valorada positivamente a lo largo de la terapia. Y respecto a los cónyuges de los casos de no mejora sintomatológica, aunque fue valorada positivamente a lo largo de la terapia, no podemos obviar la presencia del indicador negativo “*El cliente expresa sentirse “atascado” o dice que la terapia no ha sido o no es útil*” (10e_con), que apareció en la última sesión en un único caso.

Respecto a la segunda dimensión, *Conexión emocional*, de los cónyuges en los casos que mejoraron la sintomatología, se observó una totalidad frecuencial de uno en la segunda y última sesión y de 7 en la sexta sesión.

Todos los indicadores observados fueron positivos y por lo tanto fue una dimensión valorada positivamente a lo largo de la terapia. Los indicadores más destacados fueron “*El cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta*” (1cox_con), “*El cliente indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta*” (4cox_con) y “*El cliente expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta*” (5cox_con). El indicador (1cox_con) se observó una vez en la segunda sesión, en la sexta y última sesión se observa 3 y 5 veces, respectivamente. El indicador (4cox_con) se observó una vez en la segunda y sexta sesión y un total de 2 veces en la última sesión. Y finalmente, el indicador (5cox_con) no se observó en la segunda sesión

y en cambio en la sexta sesión apareció 2 veces y en la última sesión apareció una sola vez (ver Tabla 14).

Tabla 14.

Indicadores de los cónyuges (con) en la dimensión de Conexión (cox) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora

CÓNYUGES (CASOS DE MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Comporte un momento humorístico o una broma con el terapeuta (1cox_con)	1	.50	.14	.50	3	.43	.51	.03	5	.50	.85	.50
Verbaliza su confianza con el terapeuta (2cox_con)	0	0	0	0	1	.14	.16	.03	1	.10	.17	.10
Expresa interés en aspectos de la vida personal del terapeuta (3cox_con)	0	0	0	0	0	0	0	.49	1	.10	.17	.10
Indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta (4cox_con)	1	.50	.14	.50	1	.14	.16	.08	2	.20	.34	.20
Expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta (5cox_con)	0	0	0	0	2	.29	.33	.05	1	.10	.17	.10
Totales	1	.50	.14	.50	7	1	1.18	1	10	1	1.71	1
Tiempo	24.259 segundos				21.247 segundos				21.071 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Respecto a esta misma dimensión, teniendo en cuenta a los cónyuges de los casos de no mejora, la frecuencia total en la segunda sesión fue de 8, en la sexta sesión de 12 y en la última sesión de 5. La valoración global de esta dimensión fue positiva. Cabe destacar que aunque las frecuencias totales en los cónyuges de los casos de no mejora, fueron relativamente más altas respecto a los cónyuges de los casos de mejora, la mayor frecuencia se registró en un único indicador “El cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta” (1cox_con). Este indicador apareció 8 veces en la segunda sesión, 10 veces en la sexta sesión y un total de 2 veces en la última sesión (ver Tabla 15).

Tabla 15.

Indicadores de los cónyuges (con) en la dimensión de Conexión (cox) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora

CÓNYUGES (CASOS DE NO MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Comporte un momento humorístico o una broma con el terapeuta (1cox_con)	8	1	1.15	1	10	.83	1.59	.83	2	.40	.34	.40
Expresa interés en aspectos de la vida personal del terapeuta (3cox_con)	0	0	0	0	1	.08	.15	.08	1	.20	.17	.20
Indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta (4cox_con)	0	0	0	0	1	.08	.15	.08	1	.20	.17	.20
Expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta (5cox_con)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.20	.17	.20
Totales	8	1	1.15	1	12	1	1.90	1	5	1	.87	1
Tiempo	24.981 segundos				22.625 segundos				20.596 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Si nos centramos en la tercera dimensión, *Seguridad en Sistema Terapéutico*, de los cónyuges en los casos de mejora, observamos como fue aumentando su frecuencia a medida que avanzaron las sesiones. Así en la segunda sesión se mostró una frecuencia total de 5, en la sexta sesión de 4 y en la última sesión de 11.

Los indicadores que más se destacaron fueron el indicador “*El cliente indica que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía*” (1seg_con), “*El cliente varía su tono emocional durante la sesión (ríe o llora)*” (2seg_con) y el indicador “*El cliente “abre” su intimidad (comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, etc.)*” (3seg_con). El indicador (1seg_con) no se mostró ni en la segunda ni sexta sesión y apareció 4 veces en la última sesión. El indicador (2seg_con) apareció 3 veces en la segunda y sexta sesión y en la última sesión se observó 4 veces. Y por último, el indicador (3seg_con) apareció una vez en la segunda y sexta sesión y 3 veces en la última sesión (ver Tabla 16).

Tabla 16. *Indicadores de los cónyuges (con) en la dimensión de Seguridad (seg) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora*

Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Indica que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía (1seg_con)	0	0	0	0	0	0	0	0	4	.36	.68	.36
Varía su tono emocional durante la sesión (ríe o llora) (2seg_con)	3	.60	.44	.60	3	.75	.51	.75	4	.36	.68	.36
“Abre” su intimidad (comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, etc.) (3seg_con)	1	.20	.14	.20	1	.25	.16	.25	3	.27	.50	.27
Anima a otro miembro familiar a abrirse o a decir la verdad (6seg_con)	1	.20	.14	.20	0	0	0	0	0	0	0	0
Totales	5	1	.74	1	4	1	.67	1	11	1	1.87	1
Tiempo	24.259 segundos				21.247 segundos				21.071 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Observamos la progresiva evolución de esta dimensión y como la intensidad de los indicadores aumentó en las etapas finales de la terapia. Además, todos los indicadores fueron positivos, por lo tanto, esta dimensión fue valorada positivamente en los cónyuges de los casos de mejora.

En esta misma dimensión, respecto a los cónyuges de los casos de no mejora, observamos una frecuencia más baja y focalizada en único indicador. Así, en la segunda sesión observamos una totalidad frecuencial de 6, en la sexta sesión de 4 y en la última sesión de uno. El indicador que apareció con mayor frecuencia fue “*El cliente varía su*

tono emocional durante la sesión” (ríe o llora) (2seg_con). Este indicador apareció 4 veces en la segunda y sexta sesión y una única vez en la última sesión (ver Tabla 17).

Tabla 17.

Indicadores de los cónyuges (con) en la dimensión de Seguridad (seg) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora

CÓNYUGES (CASOS DE NO MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Indica que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía (1seg_con)	1	.17	.14	.17	0	0	0	0	0	0	0	0
Varía su tono emocional durante la sesión (ríe o llora) (2seg_con)	4	.67	.57	.67	4	1	.63	1	1	1	.17	1
“Abre” su intimidad (comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, etc.) (3seg_con)	1	.17	.14	.17	0	0	0	0	0	0	0	0
Totales	6	1	.86	1	4	1	.63	1	1	1	.17	1
Tiempo	24.981 segundos				22.625 segundos				20.596 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Como ya hemos mencionado, los cónyuges en los casos de mejora tuvieron una frecuencia ascendente en esta dimensión a medida que evolucionó la terapia. Y si tenemos en cuenta a los pacientes de los casos de no mejora, éstos también obtuvieron una intensidad y variedad de indicadores mayor, respecto a los cónyuges de los casos de no mejora.

6.1.3. Indicadores de la dimensión de Compartir el Propósito de la Terapia de las parejas tanto para los casos de mejora y no mejora sintomática

Respecto a las parejas que mostraron una mejora sintomática al final de la terapia, podemos observar que hubo una totalidad frecuencial de 12 en la segunda sesión, de 9 en la sexta sesión y de 10 en la última sesión.

Los indicadores que se observaron con mayor frecuencia fueron “Los miembros de la familia se ofrecen un acuerdo de compromiso” (1comp_pareja), “Los miembros de la familia comparten una broma o un momento gracioso” (2 comp_pareja) y “Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista” (4comp_pareja). Respecto al indicador (1comp_pareja) apareció dos veces en la sexta sesión y ninguna vez ni en la segunda ni en la última sesión. El indicador (2comp_pareja) apareció 5 veces en la segunda, sexta y última sesión. Y finalmente, el indicador (4comp_pareja) apareció 6 veces en la segunda sesión, 2 veces en la sexta sesión y una vez en la última sesión (ver Tabla 18).

Tabla 18.

Indicadores de la pareja en la dimensión de Compartir el Propósito (comp) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora

PAREJAS (CASOS DE MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Los miembros de la familia se ofrecen un acuerdo de compromiso (1comp_pareja)	0	0	0	0	2	.22	.33	.22	0	0	0	0
Los miembros de la familia comparten una broma o un momento gracioso (2comp_pareja)	5	.42	.74	.42	5	.56	.84	.56	5	.50	.80	.50
Los miembros de la familia se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista (3comp_pareja)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.10	.10	.10
Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista (4comp_pareja)	6	.50	.89	.50	2	.22	.33	.22	1	.10	.10	.10
Los miembros de la familia reflectan/reproducen posturas corporales (5comp_pareja)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.10	.10	.10
Los miembros de la familia se culpan unos a otros (7comp_pareja)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.10	.10	.10
Los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros (8comp_pareja)	1	.08	.14	.08	0	0	0	0	1	.10	.10	.10
Totales	12	1	1.78	1	9	1	1.52	1	10	1	1.7	1
Tiempo	24.259 segundos				21.247 segundos				20.596 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Todos los indicadores que se mostraron con mayor frecuencia fueron positivos. Únicamente se observó la presencia de dos indicadores negativos, el indicador “*Los miembros de la familia se culpan unos a otros*” (7comp_pareja) y el indicador “*Los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros*” (8comp_pareja). El indicador (7comp_pareja) apareció una única vez en la última sesión y el indicador (8comp_pareja) apareció una vez en la segunda y última sesión y ninguna en la sexta sesión. Por lo tanto, destacamos que la frecuencia de indicadores negativos en los casos de mejora fue baja y que la dimensión de *Compartir el Propósito* fue valorada de modo positivo a lo largo de las sesiones analizadas.

Respecto a los casos de no mejora esta dimensión difirió sustancialmente respecto a los casos de mejora. En esta dimensión existió una totalidad frecuencial de 26 en la segunda sesión, 27 en la sexta sesión y 33 en la última sesión. Por lo tanto, respecto a los casos de mejora, en esta dimensión, hubo una frecuencia mayor de indicadores.

Aun así, aunque existieron indicadores positivos, la mayor frecuencia de indicadores se encontró en indicadores negativos. Por lo tanto, a diferencia de los casos de mejora, la dimensión de *Compartir el Propósito* fue valorada negativamente a lo largo de las sesiones. Siendo la única dimensión de alianza que obtuvo puntuaciones problemáticas a lo largo del proceso terapéutico (ver Tabla 19).

En concreto, los indicadores positivos que destacamos fueron “*Los miembros de la familia comparten una broma o un momento gracioso*” (2comp_pareja), “*Los miembros de la familia se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista*” (3comp_pareja) y “*Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista*” (4comp_pareja). El indicador (2comp_pareja) apareció 2 veces en la segunda sesión y 5 veces en la sexta y última sesión. El indicador (3comp_pareja) no apareció ninguna vez en la segunda sesión, una vez en la sexta sesión y 5 veces en la última sesión. Finalmente, el indicador (4comp_pareja) se observó 4 veces en la segunda y sexta sesión y 7 veces en la última sesión. Podemos valorar que a medida que evolucionó la terapia los indicadores positivos fueron acrecentando su frecuencia respecto a las sesiones más tempranas.

Los indicadores negativos que se observaron en los casos de no mejora fueron “*Los miembros de la familia se culpan unos a otros*” (7comp_pareja), “*Los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros*” (8comp_pareja), “*Unos miembros de la familia tratan de alinearse con el terapeuta en contra de otros*” (9comp_pareja) y “*El cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia*” (10 comp_pareja). El indicador (7comp_pareja) apareció 8 veces en la segunda y sexta sesión y 10 veces en la última sesión. El indicador (8comp_pareja) apareció 5 veces en la segunda sesión, 2 veces en la sexta sesión y 3 veces en la última sesión. El indicador (9comp_pareja) apareció 3 veces en la segunda sesión, 2 veces en la sexta sesión y una vez en la última sesión. Y finalmente, el indicador (10comp_pareja) se observó 2 veces en la segunda y última sesión y 3 veces en la sexta sesión.

Tabla 19.

Indicadores de la pareja en la dimensión de Compartir el Propósito (comp) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora

Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Los miembros de la familia se ofrecen un acuerdo de compromiso (1comp_pareja)	1	.04	.14	.04	1	.04	.15	.04	0	0	0	0
Los miembros de la familia comparten una broma o un momento gracioso (2comp_pareja)	2	.08	.28	.08	5	.19	.79	.19	5	.15	.87	.15
Los miembros de la familia se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista (3comp_pareja)	0	0	0	0	1	.04	.15	.04	5	.15	.87	.15
Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista (4comp_pareja)	4	.15	.57	.15	4	.15	.63	.15	7	.21	1.22	.21
Los miembros de la familia reflejan/reproducen posturas corporales (5comp_pareja)	0	0	0	0	1	.04	.15	.04	0	0	0	0
Los miembros de la familia evitan el contacto ocular entre ellos (6comp_pareja)	1	.04	.14	.04	0	0	0	0	0	0	0	0
Los miembros de la familia se culpan unos a otros (7comp_pareja)	8	.31	1.15	.31	8	.30	1.27	.30	10	.30	1.74	.30
Los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros (8comp_pareja)	5	.19	.72	.19	2	.07	.31	.07	3	.09	.52	.09
Unos miembros de la familia tratan de alinearse con el terapeuta en contra de otros (9comp_pareja)	3	.12	.43	.12	2	.07	.31	.07	1	.03	.17	.03
El cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia (10comp_pareja)	2	.08	.28	.08	3	.11	.47	.11	2	.06	.34	.06
Totales	26	1	3.74	1	27	1	4.29	1	33	1	5.76	1
Tiempo	24.981 segundos				22.625 segundos				20.596 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Observamos que en las parejas sin una mejora sintomática al final de la terapia por un lado, hubo una clara presencia de indicadores negativos, pero su frecuencia fue disminuyendo a medida que avanzó la terapia. Y por el otro, que los indicadores positivos fueron aumentado su frecuencia si nos fijamos en las sesiones finales de la terapia.

6.1.4. Indicadores de las cuatro dimensiones de los terapeutas tanto para los casos de mejora y no mejora sintomática

En relación a las contribuciones que realizaron los terapeutas, en los casos de mejora sintomática al final del proceso terapéutico, en la la dimensión de *Enganche en el Proceso Terapéutico*, la totalidad frecuencial en la segunda sesión fue de 28, en la sexta sesión de 43 y en la última sesión de 37.

Son cuatro los indicadores que se mostraron con más frecuencia en dicha dimensión y a lo largo de las sesiones analizadas. Entre ellos se encuentran el indicador “*El terapeuta estimula al cliente a definir sus en la terapia*” (3e_t), el indicador “*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)*” (5e_t), el indicador “*El terapeuta pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea para*

casa asignada previamente” (6e_t) y finalmente el indicador “*El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir*” (7e_t).

El indicador (3e_t) se observó 12 veces en la segunda y sexta sesión y un total de 3 veces en la última sesión. El indicador (5e_t) se observó 4 veces en la segunda sesión, 7 veces en la sexta sesión y 3 veces en la última sesión. El indicador (6e_t) apareció una única vez en la segunda sesión y en cambio en la sexta sesión se observa 4 veces y en la última sesión 2 veces. Finalmente, el indicador (7e_t) se observó 9 veces en la segunda sesión, 18 veces en la sexta sesión y 25 veces en la última sesión (ver Tabla 20).

Tabla 20.

Indicadores de los terapeutas (t) en la dimensión de Enganche (e) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora

TERAPEUTAS (CASOS DE MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Explica cómo funciona la terapia (1e_t)	2	.07	.29	.07	0	0	0	0	1	.03	.17	.03
Pregunta al cliente acerca de qué quiere hablar en la sesión (2e_t)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.03	.17	.03
Estimula al cliente a definir sus metas en la terapia (3e_t)	12	.43	1.78	.43	12	.28	2.03	.28	3	.08	.51	.08
Pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión (4e_t)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.03	.17	.03
Pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación/sugerencia o hacer una tarea en casa (o fuera de la sesión) (5e_t)	4	.14	.59	.14	7	.16	1.18	.16	3	.08	.51	.08
Pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea para casa asignada previamente (6e_t)	1	.04	.14	.04	4	.09	.67	.09	2	.05	.34	.05
Expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir (7e_t)	9	.32	1.33	.32	18	.42	3.04	.42	25	.68	4.27	.68
Pregunta si el cliente tiene alguna duda o pregunta que hacer (9e_t)	0	0	0	0	1	.02	.16	.02	0	0	0	0
Elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar (10e_t)	0	0	0	0	1	.02	.16	.02	1	.03	.17	.03
Totales	28	1	4.15	1	43	1	7.28	1	37	1	6.32	1
Tiempo	24.259 segundos				21.247 segundos				21.071 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Los terapeutas en los casos de no mejora al final de la terapia obtuvieron en la dimensión de *Enganche en el Proceso Terapéutico*, una frecuencia total de 31 en la segunda sesión, de 38 en la sexta sesión y de 47 en la última sesión. Las frecuencias totales fueron similares respecto a los terapeutas de los casos de mejora. Aunque observamos como los terapeutas de los casos de no mejora sintomática al final de terapia aumentaron sus frecuencias totales.

Los indicadores que obtuvieron mayor frecuencia en esta dimensión, también fueron similares a los comentados anteriormente. Así destacamos el indicador “*El*

terapeuta estimula al cliente a definir sus en la terapia” (3e_t). El cual apareció 12 veces en la segunda sesión, 6 veces en la sexta sesión y 5 veces en la última sesión. El indicador “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)” (5e_t), que se observó 4 veces en la segunda sesión, 6 veces en la sexta sesión y 2 veces en la última sesión. También el indicador “El terapeuta pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea para casa asignada previamente” (6e_t) que no se observó ninguna vez en la segunda sesión y en cambio apareció 4 veces en la sexta sesión y 3 veces en la última sesión. El indicador “El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir” (7e_t), el cual se mostró 8 veces en la segunda sesión, 17 veces en la sexta sesión y 27 veces en la última sesión (ver Tabla 21).

Tabla 21.

Indicadores de los terapeutas (t) en la dimensión de Enganche (e) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora

TERAPEUTAS (CASOS DE NO MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Explica cómo funciona la terapia (1e_t)	3	.10	.43	.10	0	0	0	0	3	.06	.52	.06
Pregunta al cliente acerca de qué quiere hablar en la sesión (2e_t)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.02	.17	.02
Estimula al cliente a definir sus metas en la terapia (3e_t)	12	.39	1.72	.39	6	.16	.95	.16	5	.11	.87	.11
Pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión (4e_t)	0	0	0	0	1	.03	.15	.03	2	.04	.34	.04
Pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación/sugerencia o hacer una tarea en casa (o fuera de la sesión) (5e_t)	4	.13	.57	.13	6	.16	.95	.16	2	.04	.34	.04
Pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea para casa asignada previamente (6e_t)	0	0	0	0	4	.11	.63	.11	3	.06	.52	.06
Expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir (7e_t)	8	.26	1.15	.26	17	.45	2.71	.45	27	.57	4.71	.57
Captura la atención del cliente (por ejemplo, inclinándose deliberadamente hacia delante, llamándolos por el nombre (etc.) (8e_t)	1	.03	.14	.03	3	.08	.47	.08	1	.02	.17	.02
Elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar (10e_t)	3	.10	.43	.10	1	.03	.15	.03	3	.06	.52	.06
Totales	31	1	4.46	1	38	1	6.04	1	47	1	8.21	1
Tiempo	24.981 segundos				22.625 segundos				20.596 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Todos los indicadores de los terapeutas en ambos grupos fueron positivos. Por lo tanto, los terapeutas obtuvieron una valoración positiva en esta dimensión a lo largo de la terapia.

En la dimensión de *Conexión Emocional* los terapeutas de los casos de mejora sintomática al final de la terapia, obtuvieron una frecuencia total de 21 en la segunda sesión, de 29 en la sexta sesión y de 31 en la última sesión.

Las contribuciones que hicieron los terapeutas en esta dimensión se focalizaron en los indicadores “*El terapeuta expresa confianza o que cree en el cliente*” (2cox_t), que se observó una vez en la segunda sesión, 4 veces en la sexta sesión y 6 veces en la última sesión; el indicador “*El terapeuta expresa interés en el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha*” (3cox_t) que se detectó una vez en la segunda sesión, y 4 y 3 veces en la sexta y última sesión, respectivamente.

También se destacaron los indicadores “*El terapeuta expresa afecto o toca afectivamente al cliente dentro de lo apropiado al contexto profesional*” (4cox_t) que se observó un única vez en la segunda sesión, 3 veces en la sexta sesión y 4 veces en la última sesión. El indicador “*El terapeuta expresa explícitamente empatía (verbal o no verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes*” (8cox_t), el cual fue el indicador que se observó con más frecuencia, apareció 12 veces en la segunda sesión, 9 veces en la sexta sesión y 8 veces en la última sesión. Y finalmente, el indicador “*El terapeuta normaliza la vulnerabilidad emocional del cliente*” (9cox_t) que se observó 5 veces en la segunda sesión, 2 veces en la sexta sesión y un total de 3 veces en la última sesión (ver Tabla 22).

Tabla 22.
Indicadores de los terapeutas (t) en la dimensión de Conexión (cox) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora

TERAPEUTAS (CASOS DE MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente (1cox_t)	1	.05	.14	.05	2	.07	.33	.07	1	.03	.17	.30
Expresa confianza o que cree en el cliente (2cox_t)	1	.05	.14	.05	4	.14	.67	.14	6	.19	1.02	.10
Expresa interés en el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha (3cox_t)	1	.05	.14	.05	4	.14	.67	.14	3	.10	.51	.10
Expresa afecto o toca afectivamente al cliente dentro de lo apropiado al contexto profesional (4cox_t)	1	.05	.14	.05	3	.10	.51	.10	4	.13	.68	.10
Desvela sus reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación (5cox_t)	0	0	0	0	1	.03	.16	.03	5	.16	.85	.10
Desvela algún aspecto de su vida personal (6cox_t)	0	0	0	0	1	.03	.16	.03	1	.03	.17	.30
Señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias (7cox_t)	0	0	0	0	3	.10	.51	.10	0	0	0	0
Expresa explícitamente empatía (verbal o no verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes (8cox_t)	12	.57	1.78	.57	9	.31	1.52	.31	8	.26	1.36	.20
Normaliza la vulnerabilidad emocional del cliente (9cox_t)	5	.24	.74	.24	2	.07	.33	.07	3	.10	.51	.10
Totales	21	1	3.11	1	29	1	4.91	1	31	1	5.29	1
Tiempo	24.259 segundos				21.247 segundos				21.071 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Respecto a las contribuciones de los terapeutas en los casos de no mejora, en la dimensión de *Conexión Emocional*, en la segunda sesión hubo una frecuencia total de

17, en la sexta sesión de 37 y en la última sesión de 31. Por lo tanto, a grandes rasgos las frecuencias totales respecto a los terapeutas de los casos de mejora en la sintomatología depresiva fueron muy similares.

Las contribuciones que hicieron los terapeutas en esta dimensión se focalizaron los siguientes indicadores. El indicador “*El terapeuta comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente*” (1cox_t) que apareció 4 veces en la segunda sesión, 6 veces en la sexta sesión y 3 veces en la última sesión. Y el indicador “*El terapeuta expresa confianza o que cree en el cliente*” (2cox_t), que se observó una vez en la segunda sesión, 4 veces en la sexta sesión y 6 veces en la última sesión. El indicador “*El terapeuta expresa afecto o toca afectivamente al cliente dentro de lo apropiado al contexto profesional*” (4cox_t) que se observó un única vez en la segunda sesión, 4 veces en la sexta sesión y 3 veces en la última sesión. Y por último, el indicador “*El terapeuta expresa explícitamente empatía (verbal o no verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes*” (8cox_t), el cual en estos casos también fue el indicador que se observó con más frecuencia, ya que apareció 9 veces en la segunda sesión, y 12 veces en la sexta y última sesión (ver Tabla 23).

Tabla 23.

Indicadores de los terapeutas (t) en la dimensión de Conexión (cox) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora

TERAPEUTAS (CASOS DE NO MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente (1cox_t)	4	.24	.57	.24	6	.16	.95	.16	3	.10	.52	.10
Expresa confianza o que cree en el cliente (2cox_t)	1	.06	.14	.06	4	.11	.63	.11	6	.19	1.04	.19
Expresa interés en el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha (3cox_t)	1	.06	.14	.06	2	.05	.31	.05	3	.10	.52	.10
Expresa afecto o toca afectivamente al cliente dentro de lo apropiado al contexto profesional (4cox_t)	1	.06	.14	.06	4	.11	.63	.11	3	.10	.52	.10
Desvela sus reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación (5cox_t)	1	.06	.14	.06	3	.08	.47	.08	2	.06	.34	.06
Desvela algún aspecto de su vida persona (6cox_t)	0	0	0	0	4	.11	.63	.11	1	.03	.17	.03
Señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias (7cox_t)	0	0	0	0	2	.05	.31	.05	0	0	0	0
Expresa explícitamente empatía (verbal o no verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes (8cox_t)	9	.53	1.29	.53	12	.32	1.9	.32	12	.39	2.09	.39
Normaliza la vulnerabilidad emocional del cliente (9cox_t)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.03	.17	.03
Totales	17	1	2.44	1	37	1	5.88	1	31	1	5.41	1
Tiempo	24.981 segundos				22.625 segundos				20.596 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Esta dimensión fue valorada positivamente para el conjunto de terapeutas. Los indicadores destacados fueron compartidos tanto para los terapeutas en los casos de mejora y no mejora sintomática. Aunque los terapeutas de los casos de no mejora, tuvieron unas frecuencias más altas en cada uno de los indicadores que se observaron en la segunda, sexta y última sesión. Y del mismo modo que con los terapeutas de los casos de mejora, las mayores contribuciones en la dimensión de *Conexión Emocional* se focalizaron en la sexta y última sesión.

La dimensión de *Seguridad en el Sistema Terapéutico*, fue la dimensión que obtuvo una totalidad frecuencial más baja en los casos de mejora. Los terapeutas en la segunda sesión obtuvieron una frecuencia total de 3, de uno en la sexta sesión y de 5 en la última sesión.

Los indicadores más destacados fueron dos, por un lado el indicador “*El terapeuta reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir de cuestiones privadas*” (1seg_t) el cual apareció 2 veces en la segunda y última sesión y una única vez en la sexta sesión. Y por el otro, el indicador “*El terapeuta intenta contener, controlar, o manejar la hostilidad abierta entre clientes*” (5seg_t) que no apareció hasta la última sesión y fue observado 2 veces (ver Tabla 24).

Tabla 24.
Indicadores de los terapeutas (t) en la dimensión de Seguridad (seg) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora

TERAPEUTAS (CASOS DE MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir de cuestiones privadas (1seg_t)	2	.67	.29	.67	1	1	.16	1	2	.40	.34	.40
Proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad (2seg_t)	1	.33	.14	.33	0	0	0	0	0	0	0	0
Intenta contener, controlar, o manejar la hostilidad abierta entre clientes (5seg_t)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	.40	.34	.40
Protege activamente un miembro de la familia de otro (6seg_t)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.20	.17	.20
Totales	3	1		1	1	1	.16	1	5	1	.85	1
Tiempo	24.259 segundos				21.247 segundos				21.071 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

En el caso de los terapeutas, en los casos de no mejora sintomática al final de la terapia, observamos como en esta dimensión las frecuencias totales fueron de 3 en la segunda y sexta sesión y de uno en la última sesión. En comparación a los casos de mejora, los terapeutas también obtuvieron puntuaciones bajas en esta dimensión. Y como único indicador destacable encontramos “*El terapeuta intenta contener,*

controlar, o manejar la hostilidad abierta entre clientes” (5seg_t) que se observó 3 veces en la segunda sesión, 2 veces en la sexta sesión y ninguna en la última sesión (ver Tabla 25).

Tabla 25.

Indicadores de los terapeutas (t) en la dimensión de Seguridad (seg) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora

TERAPEUTAS (CASOS DE NO MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad (2seg_t)	0	0	0	0	1	.33	.15	.33	0	0	0	0
Intenta contener, controlar, o manejar la hostilidad abierta entre clientes (5seg_t)	3	1	.43	1	2	.67	.31	.67	0	0	0	0
Protege activamente un miembro de la familia de otro (6seg_t)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	.17	1
Totales	3	1	.43	1	3	1	.47	1	1	1	.17	1
Tiempo	24.981 segundos				22.625 segundos				20.596 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Aunque la frecuencia general de indicadores fue baja, éstos fueron positivos para el conjunto de terapeutas, por tanto los terapeutas realizaron contribuciones positivas en la dimensión de Seguridad a lo largo de la terapia.

Finalmente, comentamos la dimensión de *Compartir el Propósito de la Terapia*. Las contribuciones que realizaron los terapeutas, en los casos de mejora, en esta dimensión aportaron una totalidad frecuencial de 8 en la segunda sesión, de 10 en la sexta sesión y de 12 en la última sesión.

Los indicadores más destacados en esta dimensión fueron tres. El primero, “El terapeuta alienta acuerdos de compromiso” (1comp_t) el cual se observó 4 veces en la segunda sesión, 5 veces en la sexta sesión y 3 veces en la última sesión. El segundo, “El terapeuta subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución” (4comp_t) que apareció 2 veces en la segunda y sexta sesión y 3 veces en la última sesión. Y por último, el indicador “El terapeuta anima a los clientes a mostrar afecto, preocupación o apoyo de unos por otros” (6comp_t) que se observó una vez en la segunda sesión, 2 veces en la sexta sesión y 3 veces en la última sesión (ver Tabla 26).

Tabla 26.

Indicadores de los terapeutas (t) en la dimensión de Compartir (comp) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de mejora

TERAPEUTAS (CASOS DE MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Alienta acuerdos de compromiso entre los clientes (1comp_t)	4	.50	.59	.50	5	.50	.84	.50	3	.25	.51	.25
Anima a los clientes a preguntarse entre ellos por sus respectivos puntos de vista (2comp_t)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.08	.17	.08
Subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución (4comp_t)	2	.25	.29	.25	2	.20	.33	.20	3	.25	.51	.25
Destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos (5comp_t)	1	.13	.14	.13	1	.10	.16	.10	2	.17	.34	.17
Anima a los clientes a mostrar afecto, preocupación o apoyo de unos por otros (6comp_t)	1	.13	.14	.13	2	.20	.33	.20	3	.25	.51	.25
Totales	8	1	1.18	1	10	1	1.69	1	12	1	2.05	1
Tiempo	24.259 segundos				21.247 segundos				21.071 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Las contribuciones que realizaron los terapeutas en la dimensión de *Compartir el Propósito*, en los casos de no mejora sintomática al final de la terapia, fueron similares a las comentadas en los casos de mejora. Aunque en la sexta sesión se observó una frecuencia elevada respecto a las contribuciones en esta dimensión. En concreto, en la segunda sesión obtuvieron una totalidad frecuencial de 5, en la sexta sesión de 18 y en la última sesión de 9.

En especial, hay dos indicadores que obtuvieron frecuencias elevadas a lo largo de la terapia. El primero fue “*El terapeuta alienta acuerdos de compromiso*” (1comp_t) en el que se observó una frecuencia de 2 en la segunda sesión, de 14 en la sexta sesión y de 7 en la última sesión. El segundo fue “*El terapeuta destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos*” (5comp_t) que se observó 2 veces en la segunda sesión, 3 veces en la sexta sesión y ninguna en la última sesión (ver Tabla 27).

Tabla 27.

Indicadores de los terapeutas (t) en la dimensión de Compartir (comp) en la sesión número 2, 6 y última en los casos de no mejora

TERAPEUTAS (CASOS DE NO MEJORA)												
Códigos	SESIÓN 2				SESIÓN 6				SESIÓN ÚLTIMA			
	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR	F	FR	T	DR
Alienta acuerdos de compromiso entre los clientes (1comp_t)	2	.40	.28	.40	14	.78	2.22	.78	7	.78	1.22	.78
Anima a los clientes a preguntarse entre ellos por sus respectivos puntos de vista (2comp_t)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	.11	.17	.11
Destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos (5comp_t)	2	.40	.28	.40	3	.17	.47	.17	0	0	0	0
Anima a los clientes a mostrar afecto, preocupación o apoyo de unos por otros (6comp_t)	1	.20	.14	.20	1	.06	.15	.06	1	.11	.17	.11
Totales	5	1	.72	1	18	1	2.86	1	9	1	1.57	1
Tiempo	24.981 segundos				22.625 segundos				20.596 segundos			

Nota. F (Frecuencia); FR (Frecuencia relativa); T (Tasa); DR (Duración relativa).

Todos los indicadores fueron positivos en los terapeutas de ambos grupos, por lo tanto, obtuvieron una valoración positiva en la dimensión de *Compartir el Propósito*.

Destacamos como los terapeutas en los casos de no mejora sintomática, a diferencia de los terapeutas de los casos de mejora, pusieron más atención en el indicador “*El terapeuta alienta acuerdos de compromiso*” (1comp_t) el cual estuvo presente en todas las sesiones analizadas y con una gran frecuencia en la sexta sesión.

Expuestos los descriptivos obtenidos en cada una de las dimensiones de los pacientes, cónyuges y terapeutas, de los casos de mejora y no mejora en la sintomatología depresiva al final de la terapia, realizamos un breve resumen de este apartado para mostrar a grandes rasgos los resultados obtenidos.

Resumen de los resultados descriptivos

Dimensión de *Enganche en el Proceso Terapéutico*

Respecto a los **pacientes** de los **casos de mejora sintomática** al final de la terapia:

1. Esta dimensión siempre fue valorada positivamente. La mayor totalidad frecuencial se encontró en la sexta sesión y fue la dimensión en la que más conductas se detectaron;
2. Los indicadores más destacados fueron: *“El cliente describe un plan para mejorar la situación”*, *“El cliente introduce un problema”*, *“El cliente acepta hacer las tareas para casa que se le sugiere”*, *“El cliente indica que ha hecho una tarea o que la ha visto como útil”*, *“El cliente expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo”* y *“El cliente menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto”*.

Respecto a los **pacientes** de los **casos de no mejora sintomática** al final de la terapia:

1. Esta dimensión siempre fue valorada positivamente y en todas las sesiones se obtuvo la misma totalidad frecuencial;
2. Los indicadores más destacados fueron: *“El cliente introduce un problema”*, *“El cliente acepta hacer las tareas para casa que se le sugiere”*, *“El cliente indica que ha hecho una tarea o que la ha visto como útil”*, *“El cliente expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo”* y *“El cliente menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto”*.

Respecto a los **cónyuges** de los **casos de mejora sintomática** al final de la terapia:

1. Fue valorada positivamente aunque las frecuencias totales fueron más bajas respecto a los pacientes;
2. Los indicadores más observados fueron: *“El cliente introduce un problema”*, *“El cliente acepta hacer las tareas para casa que se le sugiere”*, *“El cliente expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo”* y *“El cliente menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto”*.

Respecto a los **cónyuges** de los **casos de no mejora sintomática** al final de la terapia:

1. Fue valorada positivamente (solamente en un caso se detectó un indicador negativo en la última sesión). Las frecuencias totales fueron más bajas respecto a los pacientes y a los cónyuges de los casos de mejora;
2. Los indicadores más destacados fueron: *“El cliente introduce un problema”* y *“El cliente expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo”*.

Respecto a los **terapeutas** de los **casos de mejora sintomática** al final de la terapia:

1. Fue valorada positivamente a lo largo de las sesiones analizadas;
2. Los indicadores más observados fueron: *“El terapeuta estimula al cliente a definir sus metas en la terapia”*; *“El terapeuta pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación/sugerencia o hacer una tarea en casa”*; *“El terapeuta pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea para casa asignada previamente”* y *“El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir”*.

Respecto a los **terapeutas** de los **casos de no mejora sintomática** al final de la terapia:

1. La valoración global de la dimensión fue positiva. Las frecuencias totales aumentaron en el transcurso de las sesiones y se observó una variedad mayor de indicadores respecto a los terapeutas de los casos de mejora;
2. Los indicadores más destacados fueron: *“El terapeuta explica cómo funciona la terapia”*; *“El terapeuta estimula al cliente a definir sus metas en la terapia”*; *“El terapeuta pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación/sugerencia o hacer una tarea en casa”*; *“El terapeuta pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea para casa asignada”*; *“El terapeuta Captura la atención del cliente previamente”*; *“El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir”*; *“El terapeuta captura la atención del cliente”* y *“El terapeuta elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar”*.

Dimensión de Conexión Emocional

Respecto a los **pacientes** de los **casos de mejora sintomática** al final de la terapia:

1. Esta dimensión fue valorada positivamente a lo largo del proceso psicoterapéutico, aunque obtuvo menores frecuencias totales respecto la dimensión de *Enganche en el Proceso*;
2. Los indicadores más destacados fueron: *“El cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta”*, *“El cliente indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta”* y *“El cliente expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta”*.

Respecto a los **pacientes** de los **casos de no mejora sintomática** al final de la terapia:

1. Esta dimensión fue valorada positivamente y aumentó su frecuencia en las etapas intermedias y finales de la terapia;
2. Los indicadores más observados son los mismos respecto a los casos de mejora pero se observan con mayor frecuencia.

Respecto a los **cónyuges** de los **casos de mejora sintomática** al final de la terapia:

1. La valoración global de la dimensión fue positiva pero con menos frecuencias respecto a la dimensión anterior;
2. Los indicadores más destacados fueron: *“El cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta”*, *“El cliente indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta”* y *“El cliente expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta”*.

Respecto a los **cónyuges** de los **casos de no mejora sintomática** al final de la terapia:

1. La valoración fue positiva. Las frecuencias fueron similares a los pacientes de no mejora pero más bajas respecto a los cónyuges de los casos de mejora;
2. El indicador más destacado fue: *“El cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta”*.

Respecto a los **terapeutas** de los **casos de mejora sintomática** al final de la terapia:

1. La valoración de esta dimensión fue positiva. La mayor intensidad de intervenciones se encuentran en la sexta y última sesión;
2. Los indicadores más destacados fueron: *“El terapeuta comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente”*, *“El terapeuta expresa confianza o que cree en el cliente”*, *“El terapeuta expresa interés en el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha”*, *“El terapeuta expresa afecto o toca afectivamente al cliente dentro de lo apropiado al contexto profesional”*, *“El terapeuta desvela sus reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación”*, *“El terapeuta desvela algún aspecto de su vida personal”*, *“El terapeuta expresa explícitamente empatía (verbal o no verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes”*.

Respecto a los **terapeutas** de los **casos de no mejora sintomática** al final de la terapia:

1. La valoración global de la dimensión fue positiva. La frecuencia total fue ascendente a medida que avanzaron las sesiones, aunque las frecuencias totales fueron similares a los terapeutas de los casos de mejora. Las mayores contribuciones se centran en la sesión 6 y última;
2. Los indicadores más destacados fueron los mismos que los anteriores y se añade *“El terapeuta desvela algún aspecto de su vida personal”*

Dimensión de Seguridad en el Sistema Terapéutico

Respecto a los **pacientes** de los **casos de mejora sintomática** al final de la terapia:

1. Fue una dimensión valorada positivamente en todas las sesiones aunque con baja totalidad frecuencial;
2. Los indicadores más observados fueron: *“El cliente indica que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía”*, *“El cliente varía su tono emocional durante la sesión (ríe o llora)”*, *“El cliente “abre” su intimidad (comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, etc.)”* y *“El cliente revela un secreto o algo que otros miembros de la familia no sabían”*.

Respecto a los **pacientes** de los **casos de no mejora sintomática** al final de la terapia:

1. Esta dimensión fue valorada positivamente. Obtuvo unas frecuencias similares a los casos de mejora aunque con menos diversidad de indicadores;
2. Los indicadores más destacados fueron: *“El cliente varía su tono emocional durante la sesión (ríe o llora)”* y *“El cliente “abre” su intimidad (comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, etc.)”*.

Respecto a los **cónyuges** de los **casos de mejora sintomática** al final de la terapia:

1. Las valoraciones fueron positivas. Sus frecuencias fueron similares a la de los pacientes y aumentaron a medida que avanzó la terapia;
2. Los indicadores observados fueron: *“El cliente indica que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía”*, *“El cliente varía su tono emocional durante la sesión (ríe o llora)”*, *“El cliente “abre” su intimidad (comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, etc.)”*

Respecto a los **cónyuges** de los **casos de no mejora sintomática** al final de la terapia:

1. Fue valorada positivamente. Las frecuencias fueron similares a las de los pacientes pero con menos variedad de indicadores. Además respecto al otro grupo de cónyuges, las frecuencias globales fueron inferiores;
2. El indicador más destacado fue: *“El cliente varía su tono emocional durante la sesión (ríe o llora)”*.

Respecto a los **terapeutas** de los **casos de mejora sintomática** al final de la terapia:

1. Las contribuciones en esta dimensión fueron positivas. Aunque las frecuencias globales fueron más bajas respecto las dimensiones de *Enganche* y *Conexión*;
2. Los indicadores más observados fueron: *“El terapeuta reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir de cuestiones privadas”*, *“El terapeuta proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad”*, *“El terapeuta intenta contener, controlar, o manejar la hostilidad abierta entre clientes”*.

Respecto a los **terapeutas** de los **casos de no mejora sintomática** al final de la terapia:

1. Las valoraciones fueron positivas, pero las frecuencias globales también fueron más bajas respecto a *Enganche* y *Conexión*;
2. Se observó el indicador: *“El terapeuta intenta contener, controlar, o manejar la hostilidad abierta entre clientes”*.

Dimensión de *Compartir el Propósito de la Terapia*

Respecto a las **parejas** de los **casos de mejora sintomática** al final de la terapia:

1. Fue una dimensión valorada positivamente en todas las sesiones con dos indicadores negativos (frecuencias de uno) en la última sesión;
2. Los indicadores más observados fueron: *“Los miembros de la familia se ofrecen un acuerdo de compromiso”, “Los miembros de la familia comparten una broma o un momento gracioso”* y *“Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista”*.

Respecto a las **parejas** de los **casos de no mejora sintomática** al final de la terapia:

1. La frecuencia global fue más alta respecto los casos de mejora, pero debido a una mayor presencia de indicadores negativos. Por lo tanto, fue la única dimensión que obtuvo valoraciones negativas a lo largo de la terapia;
2. La frecuencia de indicadores positivos fue aumentando: *“Los miembros de la familia comparten una broma o un momento gracioso”, “Los miembros de la familia se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista”* y *“Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista”*;
3. La frecuencia de indicadores negativos fue disminuyendo: *“Los miembros de la familia se culpan unos a otros”, “Los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros”, “Unos miembros de la familia tratan de alinearse con el terapeuta en contra de otros”* y *“El cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia”*.

Respecto a los **terapeutas** de los **casos de mejora sintomática** al final de la terapia:

1. Las contribuciones en esta dimensión fueron positivas;
2. Los indicadores más observados fueron: *“El terapeuta alienta acuerdos de compromiso”, “El terapeuta subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución”* y *“El terapeuta anima a los clientes a mostrar afecto, preocupación o apoyo de unos por otros”*.

Respecto a los **terapeutas** de los **casos de no mejora sintomática** al final de la terapia:

1. Las valoraciones fueron positivas y hubo una mayor intensidad de indicadores en la sexta sesión;
2. Los indicadores más observados fueron dos: *“El terapeuta alienta acuerdos de compromiso”* (se observó éste con mayor intensidad) y *“El terapeuta destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos”*

6.2. Análisis de varianza

En relación al segundo objetivo, analizar las diferencias significativas entre las dimensiones que componen la alianza terapéutica en función del momento temporal, los participantes en la terapia y el resultado en la sintomatología depresiva al final de la terapia, se realizó un análisis de varianza (ANOVA) con medidas repetidas mediante las valoraciones globales de las dimensiones del SOATIF-o. Posteriormente, se realizaron pruebas post-hoc para las pruebas de efecto inter-sujetos mediante la prueba *Scheffé* ($p < .05$).

Tal y como observamos en la Tabla 28, en la dimensión de *Enganche en el Proceso Terapéutico* se encontraron diferencias significativas según el MOMENTO TEMPORAL en el que era evaluado dicha dimensión (sesión 2, 6 y última) con un valor

de ($F [2,24]=6.15, p=.007$) y también se hallaron diferencias significativas entre los PARTICIPANTES con un valor de ($F [2,24]=3.87, p=.035$).

Tabla 28.

Pruebas de efecto del análisis de varianza teniendo en cuenta como fuentes de variación el momento temporal de la terapia, el resultado final en la sintomatología depresiva y los participantes y como variable dependiente la dimensión de Enganche

Variables	F	p
MOMENTO TEMPORAL DE LA TERAPIA (sesión, 2, 6 y última)	6.157	.007*
RESULTADO FINAL EN LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	.099	.756
PARTICIPANTES (Paciente, Cónyuge y Terapeuta)	3.877	.035*
PARTICIPANTES*RESULTADO FINAL	1.062	.362
MOMENTO TEMPORAL*PARTICIPANTES	.157	.942
MOMENTO TEMPORAL*RESULTADO FINAL	1.922	.164
MOMENTO TEMPORAL*PARTICIPANTES*RESULTADO FINAL	.275	.867

Nota. Greenhouse-Geisser $p < .05$ *

Como vemos en la Tabla 29, al realizar las pruebas post-hoc en función del MOMENTO TEMPORAL y en función de los PARTICIPANTES, en ambas variables se encontraron diferencias significativas. Se observó que la puntuación media mayor, de las valoraciones globales de la dimensión de *Enganche*, correspondía a la sesión 6 con una media de 1.73 ($Dt=.82$) y en cambio la media inferior correspondía a la sesión 2 con un valor de 1.3 ($Dt=.09$). En concreto, de la comparación entre el número de sesión se comprobó que existían por un lado, diferencias estadísticamente significativas entre la segunda y sexta sesión con una significación de $p=.0001$. Y por el otro, entre las comparaciones de la segunda y última sesión, con un nivel de significación de $p=.20$

En las medias obtenidas entre los PARTICIPANTES, se detectó que la puntuación media mayor correspondía a los terapeutas 1.73 ($Dt=.12$) y la media inferior correspondía a los cónyuges 1.3 ($Dt=.12$). En la comparación de las variables entre los PARTICIPANTES se encontraron diferencias significativas entre terapeutas y cónyuges con un valor de $p=.02$ y entre pacientes y cónyuges con un valor de $p=.03$.

Tabla 29.

Comparaciones entre el momento temporal de la terapia y los participantes en las pruebas de Scheffé respecto la dimensión de Enganche

Comparación	Medias (<i>Dt</i>) por sesión y por participantes		Diferencias de medias	<i>p</i>
Sesión 2 vs Sesión 6	1.30 (.09)	1.73 (.08)	.43	.001**
Sesión 2 vs Sesión Última	1.30 (.09)	1.70 (.13)	.40	.020*
Sesión 6 vs Sesión Última	1.73 (.08)	1.70 (.13)	.03	.81
Terapeuta vs Paciente	1.73 (.12)	1.70 (.12)	.03	.84
Terapeuta vs Cónyuge	1.73 (.12)	1.30 (.12)	.43	.02*
Paciente vs Cónyuge	1.70 (.12)	1.30 (.12)	.40	.03*

* $p < .05$; ** $p < .001$

Tal y como se observa en la Tabla 30, respecto a la dimensión de *Conexión Emocional* se observaron diferencias significativas entre los PARTICIPANTES con un valor de ($F [2,24]=9.64, p=.001$).

Tabla 30.

Pruebas de efecto del análisis de varianza teniendo en cuenta como fuentes de variación el momento temporal de la terapia, el resultado final en la sintomatología depresiva y los participantes y como variable dependiente la dimensión de Conexión

Variables	F	<i>p</i>
MOMENTO TEMPORAL DE LA TERAPIA (sesión, 2, 6 y última)	2.13	.13
RESULTADO FINAL EN LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	.14	.71
PARTICIPANTES (Paciente, Cónyuge y Terapeuta)	9.64	.001**
PARTICIPANTES*RESULTADO FINAL	.04	.953
MOMENTO TEMPORAL*PARTICIPANTES	.45	.751
MOMENTO TEMPORAL*RESULTADO FINAL	.102	.889
MOMENTO TEMPORAL*PARTICIPANTES*RESULTADO FINAL	.66	.61

Nota. Greenhouse-Geisser $p < .05$ *

En la Tabla 31 observamos que al realizar las pruebas post-hoc entre los PARTICIPANTES se halló por un lado, que la puntuación media mayor de las valoraciones globales de la dimensión de *Conexión*, correspondía a los terapeutas 1.56 ($Dt=.15$) y la media inferior se encontró en los cónyuges .66 ($Dt=.15$) con una significación de $p=.001$. Y por el otro, se encontraron diferencias entre los terapeutas y los pacientes con una media para los pacientes de .86 ($Dt=.15$) y con un nivel de significación de $p=.012$.

Tabla 31.

Comparaciones entre los participantes en las pruebas de Scheffé respecto la dimensión de Conexión Emocional

Comparación	Medias (<i>Dt</i>) por participantes		Diferencias de medias	<i>p</i>
Terapeuta vs Paciente	1.56 (.15)	.86 (.15)	.70	.012*
Terapeuta vs Cónyuge	1.56 (.15)	.66 (.15)	.90	.001**
Paciente vs Cónyuge	.86 (.15)	.66 (.15)	.20	.65

* $p < .05$; ** $p < .001$

En la Tabla 32 mostramos como en la tercera dimensión, *Seguridad en el Sistema Terapéutico*, se encontraron diferencias significativas entre los PARTICIPANTES con un valor de ($F [2,24]=10.72, p=.000$).

Tabla 32.

Pruebas de efecto del análisis de varianza teniendo en cuenta como fuentes de variación el momento temporal de la terapia, el resultado final en la sintomatología depresiva y los participantes y como variable dependiente la dimensión de Seguridad

Variables	F	<i>p</i>
MOMENTO TEMPORAL DE LA TERAPIA (sesión, 2, 6 y última)	.49	.58
RESULTADO FINAL EN LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	.38	.52
PARTICIPANTES (Paciente, Cónyuge y Terapeuta)	10.72	.000**
PARTICIPANTES*RESULTADO FINAL	.51	.61
MOMENTO TEMPORAL*PARTICIPANTES	.24	.88
MOMENTO TEMPORAL*RESULTADO FINAL	.49	.58
MOMENTO TEMPORAL*PARTICIPANTES*RESULTADO FINAL	.41	.76

Nota. Greenhouse-Geisser $p < .05$ *

En la Tabla 33 destacamos que al realizar las pruebas post-hoc de las comparaciones entre los PARTICIPANTES se encontraron diferencias significativas. Por un lado, entre los terapeutas y los pacientes los cuales obtuvieron una significación de $p=.001$. Y por el otro, entre terapeutas y cónyuges con una significación de $p=.02$. Observamos que la puntuación media mayor, de las valoraciones globales de la dimensión de *Seguridad*, correspondía a los pacientes con una media de .90 ($Dt=.93$) y en cambio la media inferior correspondía a los terapeutas con un valor de .30 ($Dt=.93$).

Tabla 33.

Comparaciones entre los participantes en las pruebas de Scheffé respecto la dimensión de Seguridad

Comparación	Medias (<i>Dt</i>) por participantes		Diferencias de medias	<i>p</i>
Terapeuta vs Paciente	.30 (.09)	.90 (.09)	.60	.001**
Terapeuta vs Cónyuge	.30 (.09)	.70 (.09)	.40	.020*
Paciente vs Cónyuge	.90 (.09)	.70 (.09)	.20	.33

* $p < .05$; ** $p < .001$

Por último, la dimensión de *Compartir el Propósito de la Terapia*, en la Tabla 34 se puede observar que se encontraron diferencias significativas entre los PARTICIPANTES con un valor de ($F [2,24]=3.98, p=.032$). Y fue la única dimensión en que se encontraron diferencias significativas en función del RESULTADO FINAL EN LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA con un valor de ($F [1,24]=9.47, p=.005$).

Tabla 34.

Pruebas de efecto del análisis de varianza teniendo en cuenta como fuentes de variación el momento temporal de la terapia, el resultado final en la sintomatología depresiva y los participantes y como variable dependiente la dimensión de Compartir el Propósito

Variables	F	<i>p</i>
MOMENTO TEMPORAL DE LA TERAPIA (sesión, 2, 6 y última)	1.28	.28
RESULTADO FINAL EN LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA	9.47	.005*
PARTICIPANTES (Paciente, Cónyuge y Terapeuta)	3.98	.032*
PARTICIPANTES*RESULTADO FINAL	2.76	.083
MOMENTO TEMPORAL*PARTICIPANTES	.052	.994
MOMENTO TEMPORAL*RESULTADO FINAL	.73	.48
MOMENTO TEMPORAL*PARTICIPANTES*RESULTADO FINAL	.32	.85

Nota. Greenhouse-Geisser $p < .05$ *

Al realizar las pruebas post-hoc de las comparaciones entre los PARTICIPANTES y el RESULTADO FINAL EN LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA, se encontraron diferencias significativas. Se observó que la puntuación media mayor 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 ($Dt=.23$). Destacamos que, en la comparación entre terapeutas y parejas se encontró una significación con un valor de $p=.001$.

En relación a las medias obtenidas en función del resultado de mejora o no mejora en la sintomatología depresiva, encontramos que los casos que al final de la terapia obtuvieron una mejora en el síntoma tuvieron una media de .84 ($Df=.18$) y los casos que no tuvieron una mejora en la sintomatología depresiva obtuvieron una media de .02 ($Df=.18$). Por lo tanto, los casos de mejora alcanzaron puntuaciones globales más altas en la dimensión de *Compartir el Propósito* respecto a los casos de no mejora, con una significación en la comparación de ambos grupos de $p=.005$ (ver Tabla 35).

Tabla 35.

Comparaciones entre los participantes y el resultado final de la sintomatología depresiva en las pruebas de Scheffé respecto la dimensión de Compartir el Propósito

Comparación	Medias (Dt) por participantes y resultado final		Diferencias de medias	<i>p</i>
Terapeuta vs Pareja	.16 (.23)	.96 (.23)	.80	.02*
Mejora vs No Mejora	.84 (.18)	.02 (.18)	.82	.005*

* $p<.05$; ** $p<.001$

Expuestos los resultados obtenidos con el análisis de varianza en cada una de las dimensiones y detectadas las diferencias significativas en estas, realizamos como en el apartado anterior, un resumen de los resultados más relevantes.

Resumen de los resultados de varianza

Dimensión de <i>Enganche en el Proceso Terapéutico</i>	
1.	Se encontraron diferencias significativas en función del momento temporal en el cual se evaluó la alianza. En la sesión número 2 y en la sesión número 6 con una media más alta en la sexta sesión.
2.	Se encontraron diferencias significativas entre terapeutas y cónyuges. Obteniendo una media más alta los terapeutas, respecto a los pacientes y en especial a los cónyuges.
Dimensión de Conexión Emocional	
1.	Se encontraron diferencias significativas entre los terapeutas y los pacientes, obteniendo una media más alta los terapeutas.
Dimensión de Seguridad en el Sistema Terapéutico	
1.	Se encontraron diferencias significativa entre los terapeutas y los pacientes, obteniendo los pacientes una media más alta respecto a los terapeutas.
Dimensión Compartir el Propósito de la Terapia	
1.	Se encontraron diferencias significativas entre los participantes. En concreto, los terapeutas obtuvieron media más alta respecto a las parejas
2.	Se encontraron diferencias significativas en función del resultado final en la sintomatología depresiva al final de la terapia. Los casos de mejora obtuvieron puntuaciones medias más altas respecto los casos de no mejora.

6.3. Análisis secuencial

En relación al **tercer y cuarto objetivo**, analizar las conductas de los pacientes, las conductas de los cónyuges, respecto las contribuciones de los terapeutas, y viceversa, y analizar las conductas entre los pacientes y los cónyuges, y luego realizar este proceso a la inversa, se llevó a cabo un análisis secuencial para valorar las asociaciones entre dichas conductas en relación a la alianza terapéutica a lo largo del proceso terapéutico.

Debemos puntualizar que el estudio realizado es de tipo exploratorio y que los resultados hallados a nivel secuencial son tentativos debido al bajo número de participantes, por lo tanto, se deben interpretar las asociaciones como potenciales propensiones a falta de realizar investigaciones que corroboren estos hallazgos.

Como anteriormente hemos mencionado, inicialmente se realizaron una serie de análisis secuenciales exploratorios, aunque teniendo en cuenta los análisis descriptivos, observamos que a lo largo de la terapia las dimensiones fueron siempre positivas a excepción de la dimensión *Compartir el Propósito* de las parejas. Por tanto, se desarrolló el análisis secuencial con un guión concreto, teniendo en cuenta los casos de mejora y no mejora y posteriormente el momento temporal de la terapia, contemplando las dimensiones positivas: *Eganche positivo*, *Conexión positiva*, *Seguridad positiva* y *Compartir el Propósito positivo* tanto de los terapeutas y de las parejas y se añadió la dimensión de *Compartir el Propósito negativo* de las parejas, ya que fue la única dimensión que obtuvo puntuaciones negativas, en especial, en los casos de no mejora sintomática.

6.3.1. Análisis secuencial de las interacciones entre los pacientes (conductas antecedentes) y los terapeutas (conductas subsecuentes)

En referencia a estos análisis no se encontraron diferencias significativas ni en los casos de mejora ni en los casos de no mejora en la sintomatología depresiva al final de la terapia. Por lo tanto, solamente puntualizamos algunos valores obtenidos pero en todos ellos el nivel de significación fue de $p > .05$.

En los casos de mejora se observó en primer lugar, que el *Eganche positivo* de los pacientes activaba contribuciones en *Eganche positivo* por parte de los terapeutas ($F_0 = 27$; $F_e = 22.9$; $z = 2.04$); en segundo lugar, la *Conexión positiva* de los pacientes

generaba conductas en *Conexión positiva* por parte de los terapeutas ($F_o=4$; $F_e=1.7$; $z=2.17$) y que las conductas de los pacientes en *Seguridad positiva* activaba contribuciones en *Seguridad positiva* por parte de los terapeutas ($F_o=2$; $F_e=0.4$; $z=2.34$).

Teniendo en cuenta el momento temporal de la terapia encontramos asociaciones destacables en la segunda y última sesión en los casos de mejora. En la segunda sesión se observó que las conductas en *Eganche positivo* inhibían conductas en la dimensión de *Conexión positiva* por parte de los terapeutas ($F_o=1$; $F_e=3.3$; $z= -2.7$) y que las conductas en *Compartir el propósito positivo* de las parejas generaban contribuciones en *Conexión positiva* por parte de los terapeutas ($F_o=2$; $F_e=0.6$; $z=2.15$). En la última sesión destacamos que el *Eganche positivo* de los pacientes inhibía conductas de *Seguridad positiva* por parte de los terapeutas ($F_o=0$; $F_e=1.8$; $z= -2.34$).

Para los casos de no mejora se observó en primer lugar, que el *Eganche positivo* por parte de los pacientes no coocurría con conductas en *Conexión positiva* por parte de los terapeutas ($F_o=11$; $F_e=16.2$; $z= -2.22$); en segundo lugar la *Seguridad positiva* por parte de los pacientes activaba conductas de *Conexión positiva* por parte de los terapeutas ($F_o=6$; $F_e=3.2$; $z=2.01$) y que la dimensión de *Compartir el Propósito negativo* de la pareja activaba conductas en *Seguridad positiva* por parte de los terapeutas ($F_o=3$; $F_e=0.7$; $z=2.97$). Contemplando el momento temporal de la terapia se encontraron algunas asociaciones a destacar en la última sesión. Se observó que las conductas de *Eganche positivo* de los pacientes activaban conductas de *Eganche positivo* por parte de los terapeutas ($F_o=14$; $F_e=10.6$; $z=2.21$) y que las conductas en *Comparar el Propósito positivo* por parte de las parejas coocurría con conductas en *Compartir el Propósito positivo* por parte de los terapeutas ($F_o=2$; $F_e=0.5$; $z=2.29$).

Aunque no se obtuvieran diferencias significativas con estas asociaciones, mediante el coeficiente *Q de Yule* podemos observar la fortaleza o debilidad de las asociaciones encontradas anteriormente en los residuos ajustados, entre los casos de mejora y no mejora sintomática. En las casillas en las que no se introducen valores es debido a que las frecuencias son tan bajas que la *Q de Yule* no puede encontrar la fortaleza o la debilidad entre las asociaciones.

En la Tabla 36 observamos que existe una mayor fortaleza entre las asociaciones de los casos de mejora respecto a los casos de no mejora. En especial, en los casos de mejora vemos como la asociación entre *Conexión* de los pacientes y la *Conexión* de los

terapeutas es alta ($Q=0.79$) y que las conductas antecedentes de los pacientes y las conductas subsecuentes de los terapeutas en la dimensión de *Seguridad* indican una asociación elevada ($Q=0.78$). En los casos de no mejora, la fortaleza entre las asociaciones es más baja y destacamos como las conductas antecedentes en *Seguridad* por parte de los pacientes y las respuestas en *Conexión* por parte de los terapeutas es destacable ($Q=0.61$).

Tabla 36.

Coeficiente Q de Yule para las conductas de los pacientes en respuesta a las contribuciones de los terapeutas en los casos de mejora y no mejora sintomática

Casos de Mejora				
Conductas Pacientes (Antecedente)	Conductas Terapeutas (Subsecuente)			
	Enganche positivo	Conexión positiva	Seguridad positiva	Compartir Positivo
Enganche positivo	.49	-.38	-.55	.10
Conexión positiva	-.60	.79	-	-
Seguridad positiva	-.11	-.57	.78	.23
Compartir positivo	-.24	.33	-	.15
Compartir negativo	-	-	-	-

Casos de No Mejora				
Conductas Pacientes (Antecedente)	Conductas Terapeutas (Subsecuente)			
	Enganche positivo	Conexión positiva	Seguridad positiva	Compartir Positivo
Enganche positivo	.37	-.45	-	.27
Conexión positiva	-.39	.50	-	-.13
Seguridad positiva	-.31	.61	-	-
Compartir positivo	-.02	.10	-	.05
Compartir negativo	-.21	-.07	-	-.07

A continuación mediante la Figura 1 exponemos las asociaciones comentadas, tanto para los casos de mejora y no mejora sintomática, partiendo de las conductas antecedentes de los pacientes y las conductas subsecuentes de los terapeutas.

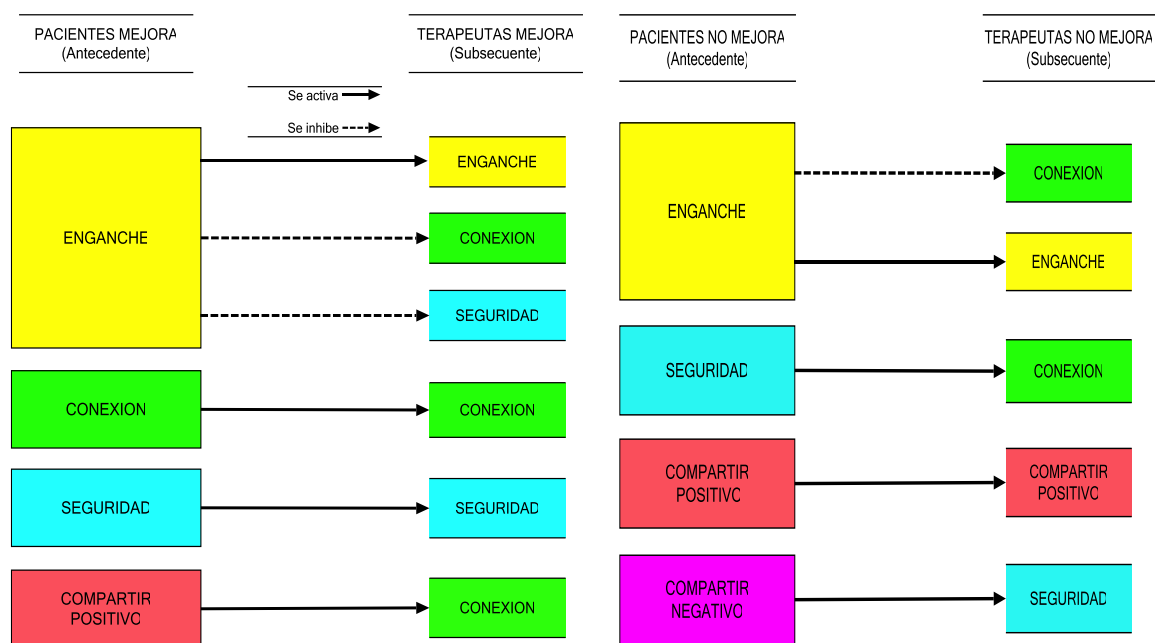


Figura 1. Patrones secuenciales entre las conductas de los Pacientes (Antecedente) y las conductas de los Terapeutas (Subsecuente) en los casos de mejora y no mejora sintomática

6.3.2. Análisis secuencial de las interacciones entre los terapeutas (conductas antecedentes) y los pacientes (conductas subsecuentes)

Tal y como se observa en la Tabla 37, se encontraron diferencias significativas en ambos grupos; en los casos de mejora observamos una asociación significativa entre las conductas antecedentes de los terapeutas y las conductas subsecuentes de los pacientes ($\chi^2=58.57$, $gl=12$, $p<.001$). Y en los casos de no mejora observamos la misma asociación ($\chi^2=32.86$, $gl=12$, $p<.001$).

Tabla 37.

Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las contribuciones de los terapeutas en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de mejora y no mejora sintomática

Casos de Mejora											
Conductas Pacientes (Subsecuente)											
Conductas Terapeutas (Antecedente)	Enganche positivo		Conexión positiva		Seguridad positiva		Compartir positivo		Compartir negativo		Totales
	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	
Enganche positivo	28 (19.35)	4.34	3 (6.2)	-2.18	2 (5.12)	-2.26	4 (5.69)	-1.17	0 (.50)	-1.16	37
Conexión positiva	5 (19.98)	-3.18	8 (3.5)	3.15	4 (2.91)	.84	4 (3.23)	.57	0 (.30)	-.70	21
Seguridad positiva	0 (1.04)	-1.5	0 (.30)	-.65	1 (.27)	1.5	0 (.31)	-.61	0 (.03)	5.66	2
Compartir positivo	1 (2.61)	-1.51	0 (.80)	-1.05	2 (.69)	1.76	2 (.76)	1.59	0 (.07)	-.29	5
Totales	34		11		9		10		0		65

Casos de No Mejora											
Conductas Pacientes (Subsecuente)											
Conductas Terapeutas (Antecedente)	Enganche positivo		Conexión positiva		Seguridad positiva		Compartir positivo		Compartir negativo		Totales
	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	
Enganche positivo	31 (22.2)	4.34	6 (7.75)	-2.18	0 (3.1)	-2.26	3 (5.16)	-1.17	6 (7.75)	-1.16	46
Conexión positiva	8 (14.9)	-3.18	7 (5.05)	3.15	6 (2.02)	.84	6 (3.37)	.57	3 (5.05)	-.70	30
Seguridad positiva	1 (1.44)	-1.5	0 (.50)	-.65	0 (.20)	1.5	0 (.33)	-.61	2 (.51)	5.66	3
Compartir positivo	3 (4.83)	-1.51	2 (1.68)	-1.05	0 (.67)	1.76	1 (1.12)	1.59	4 (1.68)	-.29	10
Totales	43		15		6		10		15		89

Nota. F_o (Frecuencias observadas); F_e (Frecuencias esperadas); z (puntaje estandarizado de los residuos ajustados).

En la Tabla 38, mediante el coeficiente *Q de Yule*, se observa que entre los casos de mejora y no mejora hubo algunas asociaciones comunes que indicaban una alta fortaleza. En primer lugar, el *Enganche* por parte de los terapeutas y las conductas subsecuentes de los pacientes en esta dimensión fue elevada. Así, los casos de mejora obtuvieron ($Q=0.84$) y los casos de no mejora obtuvieron una ($Q=0.68$). Y en segundo lugar, las contribuciones en *Enganche* por parte de los terapeutas inhibían conductas en *Seguridad* por parte de los pacientes con una asociación elevada para los casos de mejora ($Q= -0.71$) y para los casos de no mejora ($Q= -1$).

Tabla 38.

Coefficiente Q de Yule para las contribuciones de los terapeutas en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de mejora y no mejora sintomática

Casos de Mejora					
Conductas Terapeutas (Antecedente)	Conductas Pacientes (Subsecuente)				
	Enganche positivo	Conexión positiva	Seguridad positiva	Compartir positivo	Compartir negativo
Enganche positivo	.84	-.64	-.71	-.38	-
Conexión positiva	-.72	.79	.29	.20	-
Seguridad positiva	-	-	-	-	-
Compartir positivo	-.66	-	.67	.63	-

Casos de No Mejora					
Conductas Terapeutas (Antecedente)	Conductas Pacientes (Subsecuente)				
	Enganche positivo	Conexión positiva	Seguridad positiva	Compartir positivo	Compartir negativo
Enganche positivo	.68	-.28	-1	-.47	-.28
Conexión positiva	-.60	.32	-	.55	-.39
Seguridad positiva	-	-	-	-	-
Compartir positivo	-.41	.12	-	-.07	.61

Ya que se mostraron diferencias significativas entre los casos de mejora y no mejora, se analizó en qué sesiones específicas estas diferencias eran relevantes. Se encontraron diferencias significativas en la sexta y última sesión para los casos de no mejora y en la última sesión en los casos de mejora.

Como se puede observar en la Tabla 39 en la sexta sesión para los casos de no mejora, se obtuvieron asociaciones con una significación de ($\chi^2=23.72$, $gl=12$, $p<.02$).

Tabla 39.

Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las contribuciones de los terapeutas en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de no mejora en la sexta sesión

Casos de No Mejora (Sexta sesión)											
Conductas Terapeutas (Antecedente)	Conductas Pacientes (Subsecuente)										Totales
	Enganche positivo		Conexión positiva		Seguridad positiva		Compartir positivo		Compartir negativo		
	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	
Enganche positivo	12 (7.5)	3.19	0 (1.41)	-1.71	0 (.93)	-1.37	1 (1.87)	-.94	2 (3.28)	-1.1	15
Conexión positiva	1 (5.5)	-3.35	3 (1.03)	2.51	2 (.68)	2.02	3 (1.37)	1.83	2 (2.41)	-.37	11
Seguridad positiva	0 (.50)	-1.02	0 (.09)	-.33	0 (.06)	-.26	0 (.12)	-.38	1 (.21)	1.92	1
Compartir positivo	3 (2.5)	.49	0 (.46)	-.78	0 (.31)	-.63	0 (.62)	-.92	2 (1.09)	1.07	5
Totales	16		3		2		4		7		32

Nota. F_o (Frecuencias observadas); F_e (Frecuencias esperadas); z (puntaje estandarizado de los residuos ajustados).

Como ya hemos mencionado, en la última sesión, también se detectaron diferencias significativas tanto en los casos de mejora como en los casos de no mejora.

En la Tabla 40 se puede observar como en esta última sesión para los casos de mejora se encontró una asociación significativa ($\chi^2=22.28$, $gl=12$, $p<.03$).

Tabla 40.

Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las contribuciones de los terapeutas en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de mejora en la última sesión

Casos de Mejora (Última sesión)											
Conductas Terapeutas (Antecedente)	Conductas Pacientes (Subsecuente)										Totales
	Enganche positivo		Conexión positiva		Seguridad positiva		Compartir positivo		Compartir negativo		
	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	
Enganche positivo	9 (6.11)	2.28	3 (2.77)	.22	1 (3.33)	-2.17	2 (2.22)	-.24	0 (.55)	-1.14	15
Conexión positiva	1 (2.44)	-1.36	2 (1.11)	1.06	2 (1.33)	.74	1 (.88)	.14	0 (.22)	-.54	6
Seguridad positiva	0 (.81)	-1.22	0 (.37)	-.70	1 (.44)	.98	0 (.29)	-.61	1 (.07)	3.6	2
Compartir positivo	1 (1.63)	-.69	0 (.74)	-1.03	2 (.88)	1.45	1 (.59)	.62	0 (0.14)	-.42	4
Totales	11		5		6		4		1		27

Nota. F_o (Frecuencias observadas); F_e (Frecuencias esperadas); z (puntaje estandarizado de los residuos ajustados).

Para los casos de no mejora, en esta última sesión, tal y como se observa en la Tabla 41, se encontró una asociación secuencial significativa ($\chi^2=23.89$, $gl=12$, $p<.02$).

Tabla 41.

Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las contribuciones de los terapeutas en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de no mejora en la última sesión

Casos de No Mejora (Última sesión)											
Conductas Terapeutas (Antecedente)	Conductas Pacientes (Subsecuente)										Totales
	Enganche positivo		Conexión positiva		Seguridad positiva		Compartir positivo		Compartir negativo		
	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	
Enganche positivo	8 (6.3)	1.21	6 (4.84)	.87	0 (1.45)	-1.76	1 (1.45)	-.55	1 (1.93)	-1	16
Conexión positiva	5 (4.72)	.20	2 (3.63)	-1.29	3 (1.09)	2.4	2 (1.09)	1.14	0 (1.45)	-1.61	12
Seguridad positiva	0 (.39)	-.82	0 (.30)	-.67	0 (.09)	-.32	0 (.09)	-.32	1 (.12)	2.73	1
Compartir positivo	0 (1.57)	-1.72	2 (1.21)	.91	0 (.36)	-.67	0 (.36)	-.67	2 (.48)	2.48	4
Totales	13		10		3		3		4		33

Nota. F_o (Frecuencias observadas); F_e (Frecuencias esperadas); z (puntaje estandarizado de los residuos ajustados).

Mediante la Figura 2 se exponen los patrones secuenciales, tanto para los casos de mejora y no mejora sintomática, partiendo de las conductas antecedentes de los terapeutas y las conductas subsecuentes de los pacientes.

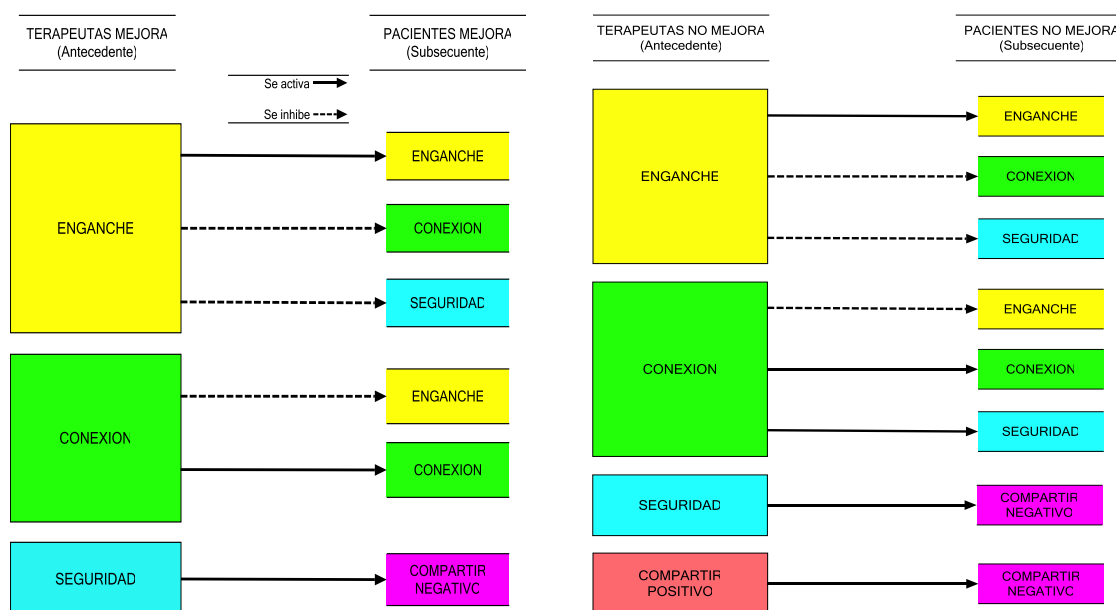


Figura 2. Patrones secuenciales entre las conductas de los Terapeutas (Antecedente) y las conductas de los Pacientes (Subsecuente) en los casos de mejora y no mejora sintomática

6.3.3. Análisis secuencial de las interacciones entre los cónyuges (conductas antecedentes) y los terapeutas (conductas subsecuentes)

A lo largo de las sesiones analizadas, y teniendo en cuenta el análisis planteado, cuando las conductas de los cónyuges eran antecedentes y las conductas de los terapeutas eran subsecuentes no se obtuvieron diferencias significativas en ambos grupos. Por lo tanto, solamente puntualizamos algunos valores obtenidos pero en todos ellos el nivel de significación fue de $p > .05$.

Tanto en los casos de mejora como en los casos de no mejora sintomática se obtuvo una única relación secuencial entre las conductas de *Compartir el propósito negativo* de las parejas y las contribuciones hacia la *Seguridad positiva* por parte de los terapeutas. Para los cónyuges de los casos de mejora se obtuvo un valor de ($F_0=1$; $F_e=0.19$; $z=1.97$). Y para los cónyuges de los casos de no mejora se obtuvo un valor de ($F_0=3$; $F_e=0.98$; $z=2.55$). Cuando se analizaron posibles patrones secuenciales contemplando el momento temporal tampoco se obtuvieron activaciones o inhibiciones secuenciales a destacar.

La asociación encontrada mediante los residuos ajustados no se observa mediante el coeficiente *Q de Yule*. La fortaleza entre las interacciones en ambos grupos de cónyuges es débil, debido a las pocas frecuencias encontradas. Únicamente en los

casos de mejora se observa una fortaleza aceptable entre la asociación de las conductas en *Seguridad* por parte de los cónyuges y las contribuciones en *Compartir el propósito* por parte de los terapeutas ($Q=0.49$). Y en los casos de no mejora por un lado, con un valor ($Q=0.58$) observamos una fortaleza en la asociación de *Conexión* por parte de los cónyuges en respuesta a las contribuciones de los terapeutas en la misma dimensión. Y por el otro, con un valor de ($Q= -1$) se observa una fuerte dependencia entre las conductas de *Conexión* de los cónyuges las cuales inhibían respuestas en la dimensión de *Compartir el propósito positivo* por parte de los terapeutas (ver Tabla 42).

Tabla 42. *Coficiente Q de Yule para las conductas de los cónyuges en respuesta a las contribuciones de los terapeutas en los casos de mejora y no mejora sintomática*

Casos de Mejora				
Conductas Cónyuges (Antecedente)	Conductas Terapeutas (Subsecuente)			
	Enganche positivo	Conexión positiva	Seguridad positiva	Compartir positivo
Enganche positivo	.20	-.04	-	-.07
Conexión positiva	-	-	-	-
Seguridad positiva	-.20	-.27	-	.49
Compartir positivo	.15	.03	-	-.01
Compartir negativo	-	-	-	-

Casos de No Mejora				
Conductas Cónyuges (Antecedente)	Conductas Terapeutas (Subsecuente)			
	Enganche positivo	Conexión positiva	Seguridad positiva	Compartir positivo
Enganche positivo	.22	-.21	-	.27
Conexión positiva	-.28	.58	-	-1
Seguridad positiva	-	-	-	-
Compartir positivo	.03	.05	-	.16
Compartir negativo	-.20	-.15	-	.02

A través de la Figura 3 se expone el patrón secuencial detectado para ambos grupos de cónyuges.

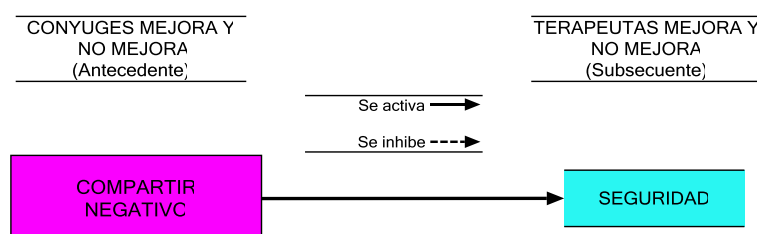


Figura 3. Patrones secuenciales entre las conductas de los Cónyuges (Antecedente) y las conductas de los Terapeutas (Subsecuente) en los casos de no mejora sintomática

6.3.4. Análisis secuencial de las interacciones entre los terapeutas (conductas antecedentes) y los cónyuges (conductas subsecuentes)

Se observaron asociaciones significativas en los cónyuges de los casos de mejora y en cambio no se encontraron diferencias significativas en los casos de no mejora sintomática. En la Tabla 43 podemos observar las asociaciones más relevantes respecto a los cónyuges de los casos de mejora con una asociación significativa de ($\chi^2=39.64$, $gl=12$, $p<.001$). Posteriormente, se detectó en qué sesiones, en concreto, sucedían estas diferencias significativas.

Tabla 43.

Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las contribuciones de los terapeutas en respuesta a las conductas de los cónyuges en los casos de mejora

Conductas Terapeutas (Antecedente)	Casos de Mejora										Totales
	Conductas Cónyuges (Subsecuente)										
	Enganche positivo		Conexión positiva		Seguridad positiva		Compartir positivo		Compartir negativo		
	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	
Enganche positivo	15 (11.42)	2.01	2 (4.23)	-1.59	1 (1.69)	-0.73	4 (4.23)	-0.16	0 (.42)	-0.86	22
Conexión positiva	6 (9.86)	-2.23	8 (3.65)	3.18	1 (1.46)	-0.50	4 (3.65)	.25	0 (.36)	-0.77	19
Seguridad positiva	1 (1.03)	-0.06	0 (.38)	-0.70	0 (.15)	-0.42	0 (.38)	-0.70	1 (.03)	5.05	2
Compartir positivo	5 (4.67)	.24	0 (1.73)	-1.61	2 (.69)	1.8	2 (1.73)	.25	0 (.17)	-0.46	9
Totales	27		10		4		10		1		52

Nota. F_o (Frecuencias observadas); F_e (Frecuencias esperadas); z (puntaje estandarizado de los residuos ajustados).

Como ya hemos mencionado, los cónyuges de los casos de no mejora sintomática no obtuvieron asociaciones significativas con un valor de $p>.05$. Aunque a nivel descriptivo comentamos las asociaciones más relevantes encontradas entre las contribuciones antecedentes de los terapeutas en relación a las conductas subsecuentes de los cónyuges.

Se observó en primer lugar, que las contribuciones en *Conexión positiva* por parte de los terapeutas inhibían las conductas en *Compartir negativo* por parte de las parejas con un valor de ($F_o=3$; $F_e=6.3$; $z=-2.06$); en segundo lugar, las contribuciones en *Seguridad positiva* por parte de los terapeutas activaban conductas en *Compartir negativo* por parte de las parejas ($F_o=2$; $F_e=0.6$; $z=2.2$). Y por último, únicamente en la segunda sesión, se detectó que las contribuciones en *Conexión positiva* por parte de los terapeutas activaban conductas en *Seguridad positiva* por parte de los cónyuges ($F_o=3$; $F_e=1.25$; $z=2.37$).

Mediante el coeficiente *Q de Yule*, destacamos que las asociaciones encontradas en los casos de mejora indican una elevada fortaleza. En relación a los casos de no mejora las asociaciones entre las conductas son más débiles y únicamente destacamos que con un valor negativo de ($Q = -0.62$) las contribuciones en *Conexión* por parte de los terapeutas se asociaban con fuerza a las conductas de los cónyuges en la dimensión de *Compartir negativo* (ver Tabla 44).

Tabla 44.

Coeficiente Q de Yule para las contribuciones de los terapeutas en respuesta a las conductas de los cónyuges en los casos de mejora y no mejora sintomática

Casos de Mejora					
Conductas Terapeutas (Antecedente)	Conductas Cónyuges (Subsecuente)				
	Enganche positivo	Conexión positiva	Seguridad positiva	Compartir positivo	Compartir negativo
Enganche positivo	.53	-.57	-	-.06	-
Conexión positiva	-.58	.84	-	.09	-
Seguridad positiva	-	-	-	-	-
Compartir positivo	.09	-	-	.11	-

Casos de No Mejora					
Conductas Terapeutas (Antecedente)	Conductas Cónyuges (Subsecuente)				
	Enganche positivo	Conexión positiva	Seguridad positiva	Compartir positivo	Compartir negativo
Enganche positivo	.39	-.59	-	-.17	.12
Conexión positiva	-.38	.62	-	.43	-.62
Seguridad positiva	-	-	-	-	-
Compartir positivo	.15	-.16	-	-.38	.37

En la Tabla 45 se muestra como en los casos de mejora las diferencias significativas, se dieron en la última sesión con un valor de ($\chi^2=31.07$, $gl=12$, $p<.001$).

Tabla 45.

Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las contribuciones de los terapeutas en respuesta a las conductas de los cónyuges en los casos de mejora en la última sesión

Casos de Mejora (Última sesión)											
Conductas Terapeutas (Antecedente)	Conductas Cónyuges (Subsecuente)										Totales
	Enganche positivo		Conexión positiva		Seguridad positiva		Compartir positivo		Compartir negativo		
	$F_o (F_e)$	z	$F_o (F_e)$	z	$F_o (F_e)$	z	$F_o (F_e)$	z	$F_o (F_e)$	z	
Enganche positivo	5 (3.11)	1.84	0 (1.55)	-1.81	0 (.38)	-.82	2 (1.55)	.52	0 (.38)	-.82	7
Conexión positiva	2 (3.11)	-1.08	4 (1.55)	2.84	0 (.38)	-.82	1 (1.55)	-.65	0 (.38)	-.82	7
Seguridad positiva	0 (.44)	-.92	0 (.22)	-.55	0 (.05)	-.25	0 (.22)	-.55	1 (.05)	4.24	1
Compartir positivo	1 (1.33)	-.42	0 (.66)	-1.01	1 (.16)	2.3	1 (.66)	.51	0 (.16)	-.46	3
Totales	8		4		1		4		1		18

Nota. F_o (Frecuencias observadas); F_e (Frecuencias esperadas); z (puntaje estandarizado de los residuos ajustados).

A través de la Figura 4 se exponen las asociaciones principales halladas teniendo en cuenta las conductas antecedentes de los terapeutas y las conductas subsecuentes de los cónyuges tanto de los casos de mejora como en los casos de no mejora sintomática.

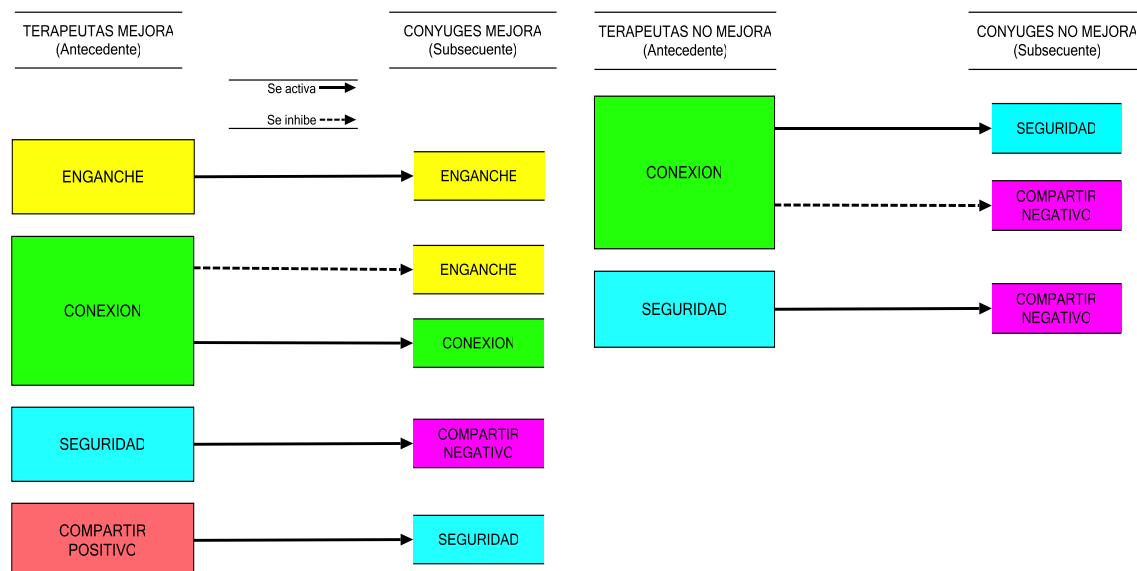


Figura 4. Patrones secuenciales entre las conductas de los Terapeutas (Antecedente) y las conductas de los Cónyuges (Subsecuente) en los casos de mejora y no mejora sintomática

6.3.5. Análisis secuencial de las interacciones entre los pacientes (conductas antecedentes) y los cónyuges (conductas subsecuentes)

Se obtuvieron diferencias significativas únicamente en los casos de no mejora, tal y como se muestra en la Tabla 46, con una significación de ($\chi^2=58.97$, $gl=16$, $p<.001$).

Tabla 46.

Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las conductas de los pacientes en respuesta a las conductas de los cónyuges en los casos de no mejora

Conductas Pacientes (Antecedente)	Casos de No Mejora										Totales
	Conductas Cónyuges (Subsecuente)										
	Enganche positivo		Conexión positiva		Seguridad positiva		Compartir positivo		Compartir negativo		
	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	
Enganche positivo	16 (8.84)	3.72	4 (4.21)	-.14	0 (1.26)	-1.51	9 (6.31)	1.57	3 (11.3)	-4.06	32
Conexión positiva	0 (1.93)	-1.72	1 (.92)	.09	2 (.27)	3.51	0 (1.38)	-1.38	4 (2.48)	1.25	7
Seguridad positiva	2 (1.65)	.33	1 (.78)	.26	0 (.23)	-.52	2 (1.18)	.87	1 (2.13)	-1.01	6
Compartir positivo	1 (2.76)	-1.34	4 (1.31)	2.69	0 (.39)	-.69	3 (1.97)	.88	2 (3.55)	-1.1	10
Compartir negativo	2 (5.8)	-2.18	0 (2.76)	-2.1	1 (.82)	.23	1 (4.14)	-2.03	17 (7.46)	5.11	21
Totales	21		10		3		15		27		76

Nota. F_o (Frecuencias observadas); F_e (Frecuencias esperadas); z (puntaje estandarizado de los residuos ajustados).

En los casos de mejora contemplando las conductas antecedentes de los pacientes y las conductas subsecuentes de los cónyuges no se obtuvieron diferencias significativas. Aún así exponemos de un modo descriptivo algunas de las asociaciones con un valor de $p > .05$.

Se observó en primer lugar, que las conductas en *Enganche positivo* por parte de los pacientes inhibían las conductas en *Seguridad positiva* por parte de los cónyuges ($F_o=0$; $F_e=3.11$; $z=-2.71$); en segundo lugar, que las conductas en *Seguridad positiva* por parte de los pacientes inhibían conductas de *Enganche positivo* por parte de los cónyuges ($F_o=1$; $F_e=4.15$; $z=-2.43$); y que las conductas en *Seguridad positiva* por parte de los pacientes activaban conductas en *Seguridad positiva* de los cónyuges ($F_o=3$; $F_e=0.92$; $z=2.5$). Estas asociaciones se destacaron en la segunda y sexta sesión. Subrayamos dos asociaciones encontradas en la sexta sesión, las cuales fueron que las conductas en *Seguridad positiva* activaban conductas en *Conexión positiva* por parte de los cónyuges ($F_o=1$; $F_e=0.66$; $z=4$) y que las conductas en *Compartir positivo* de las parejas coocurrían con conductas en *Seguridad positiva* por parte de los cónyuges ($F_o=1$; $F_e=0.18$; $z=2.15$).

En la Tabla 47 se puede observar mediante el coeficiente *Q de Yule* la fortaleza de las asociaciones en los casos de mejora y no mejora sintomática. Las asociaciones encontradas mediante los residuos ajustados, en los casos de mejora, indican una alta fortaleza entre las interacciones. En los casos de no mejora las asociaciones son más débiles, aún así las interacciones encontradas indican que éstas tienen una gran intensidad.

Tabla 47.

Coefficiente Q de Yule para las conductas de los pacientes en respuesta a las conductas de los cónyuges en los casos de mejora y no mejora sintomática

		Casos de Mejora				
		Conductas Cónyuges (Subsecuente)				
Conductas Pacientes (Antecedente)		Enganche positivo	Conexión positiva	Seguridad positiva	Compartir positivo	Compartir negativo
Enganche positivo		.44	-	-1	-.05	-
Conexión positiva		-.26	-	-	.32	-
Seguridad positiva		-.82	-	.78	.29	-
Compartir positivo		.17	-	.61	-.36	-
Compartir negativo		-	-	-	-	-

		Casos de No Mejora				
		Conductas Cónyuges (Subsecuente)				
Conductas Pacientes (Antecedente)		Enganche positivo	Conexión positiva	Seguridad positiva	Compartir positivo	Compartir negativo
Enganche positivo		.77	-.05	-	.42	-.84
Conexión positiva		-	.05	-	-	.45
Seguridad positiva		.15	.15	-	.37	-.49
Compartir positivo		-.59	.74	-	.32	-.42
Compartir negativo		-.67	-1	-	-.74	.90

En la Tabla 48 se muestra que contemplando el momento temporal de la terapia, se hallaron diferencias significativas en los casos de no mejora en la última sesión con una significación de ($\chi^2=36.28$, $gl=16$, $p<.001$).

Tabla 48.

Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las conductas de los pacientes en respuesta a las conductas de los cónyuges en los casos de no mejora en la última sesión

		Casos de No Mejora (Última sesión)										
		Conductas Cónyuges (Subsecuente)										
Conductas Pacientes (Antecedente)		Enganche positivo		Conexión positiva		Seguridad positiva		Compartir positivo		Compartir negativo		Totales
		F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	F_o (F_e)	z	
Enganche positivo		7 (2.96)	3.61	0 (.42)	-.87	0 (.42)	-.87	4 (3.38)	.53	0 (3.81)	-3.18	11
Conexión positiva		0 (.53)	-.89	0 (.07)	-.29	0 (.07)	-.29	0 (.61)	-.98	2 (.69)	2.02	2
Seguridad positiva		0 (.26)	-.62	0 (.03)	-.20	0 (.03)	-.20	1 (.31)	1.53	0 (.34)	-.74	1
Compartir positivo		0 (.81)	-1.12	1 (.11)	2.82	0 (.11)	-.37	2 (.92)	1.43	0 (1.03)	-1.34	3
Compartir negativo		0 (2.42)	-2.25	0 (.34)	-.74	1 (.34)	1.4	1 (2.76)	-1.58	7 (3.11)	3.37	9
Totales		7		1		1		8		27		26

Nota. F_o (Frecuencias observadas); F_e (Frecuencias esperadas); z (puntaje estandarizado de los residuos ajustados).

En la Figura 5 se pueden observar las principales asociaciones encontradas contemplando las conductas antecedentes de los pacientes y las conductas subsecuentes de los cónyuges tanto en los casos de mejora como en los casos de no mejora en la sintomatología depresiva.

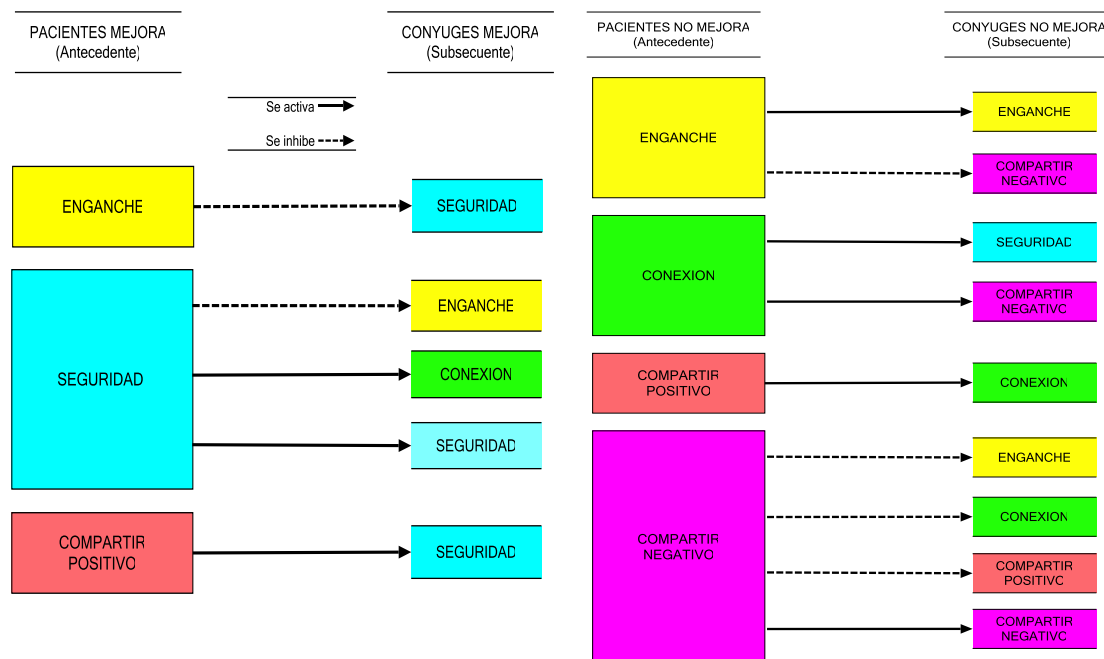


Figura 5. Patrones secuenciales entre las conductas de los Pacientes (Antecedente) y las conductas de los Cónyuges (Subsecuente) en los casos de mejora y no mejora sintomática

6.3.6. Análisis secuencial de las interacciones entre los cónyuges (conductas antecedentes) y los pacientes (conductas subsecuentes)

Se obtuvieron diferencias significativas tanto para los casos de mejora como para los casos de no mejora. Posteriormente, se analizó en qué sesiones se producían estas diferencias.

En los casos de mejora se obtuvo una significación de ($\chi^2=27.98$, $gl=16$, $p<.03$). Y como se puede observar en la Tabla 49 las principales asociaciones estuvieron en las siguientes dimensiones.

Tabla 49.

Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las conductas de los cónyuges en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de mejora

Casos de Mejora											
Conductas Pacientes (Subsecuente)											
Conductas Cónyuges (Antecedente)	Enganche positivo		Conexión positiva		Seguridad positiva		Compartir positivo		Compartir negativo		Totales
	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	
Enganche positivo	28 (21.79)	3.71	2 (3.96)	-1.8	1 (5.28)	-3.47	3 (3.3)	-.30	1 (.66)	.72	35
Conexión positiva	1 (4.35)	-2.81	2 (.79)	1.55	4 (1.05)	3.34	0 (.66)	-.92	0 (.13)	-.39	7
Seguridad positiva	1 (1.24)	-.36	1 (.22)	1.76	0 (.30)	-.61	0 (.18)	-.47	0 (.03)	-.20	2
Compartir positivo	3 (5.6)	-1.97	1 (1.01)	-.02	3 (1.35)	1.68	2 (.84)	1.44	0 (.17)	-.46	9
Compartir negativo	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0
Totales	33		6		8		5		1		53

Nota. F_o (Frecuencias observadas); F_e (Frecuencias esperadas); z (puntaje estandarizado de los residuos ajustados).

Respecto a los casos de no mejora se obtuvo una significación de ($\chi^2=38.79$, gl=16, $p<.001$). En la Tabla 50 se destacan los residuos ajustados con una mayor asociación.

Tabla 50.

Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las conductas de los cónyuges en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de no mejora

Casos de No Mejora											
Conductas Pacientes (Subsecuente)											
Conductas Cónyuges (Antecedente)	Enganche positivo		Conexión positiva		Seguridad positiva		Compartir positivo		Compartir negativo		Totales
	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	
Enganche positivo	14 (10.53)	1.69	0 (.29)	-.65	0 (2.04)	-1.78	6 (3.81)	1.46	4 (7.31)	-1.75	24
Conexión positiva	5 (3.95)	.75	0 (.11)	-.35	0 (.76)	-.97	3 (1.42)	1.52	1 (2.74)	-1.34	9
Seguridad positiva	2 (2.19)	-.18	0 (.06)	-.26	2 (.42)	2.6	0 (.79)	-.1	1 (1.52)	-.53	5
Compartir positivo	7 (7.02)	-.01	0 (.19)	-.50	4 (1.36)	2.63	3 (2.53)	.35	2 (4.87)	-1.74	16
Compartir negativo	8 (12.29)	-2.01	1 (.34)	1.4	1 (2.39)	-1.16	1 (4.43)	-2.19	17(8.53)	4.28	28
Totales	36		1		7		13		25		82

Nota. F_o (Frecuencias observadas); F_e (Frecuencias esperadas); z (puntaje estandarizado de los residuos ajustados).

Mediante el coeficiente *Q de Yule*, se destaca la fortaleza o debilidad entre las diferentes asociaciones encontradas en ambos grupos. Tanto para los casos de mejora como para los casos de no mejora sintomática, se confirma que las asociaciones halladas mediante los residuos ajustados, indican una alta intensidad entre las interacciones (ver Tabla 51).

Tabla 51.

Coefficiente Q de Yule para las conductas de los cónyuges en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de mejora y no mejora sintomática

Casos de Mejora					
Conductas Cónyuges (Antecedente)	Conductas Pacientes (Subsecuente)				
	Enganche positivo	Conexión positiva	Seguridad positiva	Compartir positivo	Compartir negativo
Enganche positivo	.82	-.65	-.91	-.14	-
Conexión positiva	-.86	.62	.87	-	-
Seguridad positiva	-	-	-	-	-
Compartir positivo	-.62	-.01	.59	.59	-
Compartir negativo	-	-	-	-	-

Casos de No Mejora					
Conductas Cónyuges (Antecedente)	Conductas Pacientes (Subsecuente)				
	Enganche positivo	Conexión positiva	Seguridad positiva	Compartir positivo	Compartir negativo
Enganche positivo	.39	-	-	.42	-.48
Conexión positiva	.26	-	-	.52	-.59
Seguridad positiva	-.09	-	.81	-	-.29
Compartir positivo	-	-	.75	.13	-.58
Compartir negativo	-.46	-	-.54	-.77	.80

Finalmente, se examinó en qué sesiones existían estas diferencias en ambos grupos, y se observó que para los casos de no mejora no se obtuvieron asociaciones significativas en ninguna sesión en particular. En cambio, como vemos en la Tabla 52, se obtuvo una asociación significativa en la sexta sesión en los casos de mejora sintomática ($\chi^2=33.11$, $gl=16$, $p<.01$).

Tabla 52.

Frecuencias observadas, frecuencias esperadas y residuos ajustados de las conductas de los cónyuges en respuesta a las conductas de los pacientes en los casos de mejora en la sexta sesión

Casos de Mejora (Sexta sesión)											
Conductas Cónyuges (Antecedente)	Conductas Pacientes (Subsecuente)										Totales
	Enganche positivo		Conexión positiva		Seguridad positiva		Compartir positivo		Compartir negativo		
	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	z	F _o (F _e)	Z	F _o (F _e)	z	
Enganche positivo	14 (12.14)	2.28	0 (.81)	-2.11	1 (1.61)	-1.17	2 (2.42)	-.68	0 (0)	0	17
Conexión positiva	0 (.71)	-1.62	0 (.04)	-.23	1 (.09)	3.16	0 (.14)	-.42	0 (0)	0	1
Seguridad positiva	0 (.71)	-1.62	1 (.04)	4.58	0 (.09)	-.33	0 (.14)	-.42	0 (0)	0	1
Compartir positivo	1 (1.42)	-.71	0 (.09)	-.33	0 (.19)	-.48	1 (.28)	1.52	0 (0)	0	2
Compartir negativo	0 (0)	0	0 (0)	0	0 (0)	0	0 (0)	0	0 (0)	0	0
Totales	15		1		2		3		0		21

Nota. F_o (Frecuencias observadas); F_e (Frecuencias esperadas); z (puntaje estandarizado de los residuos ajustados).

Exponemos en la Figura 6 los principales patrones relacionales encontrados, tanto en los casos de mejora como en los casos de no mejora, respecto a las conductas antecedentes de los cónyuges y las conductas subsecuentes de los pacientes.

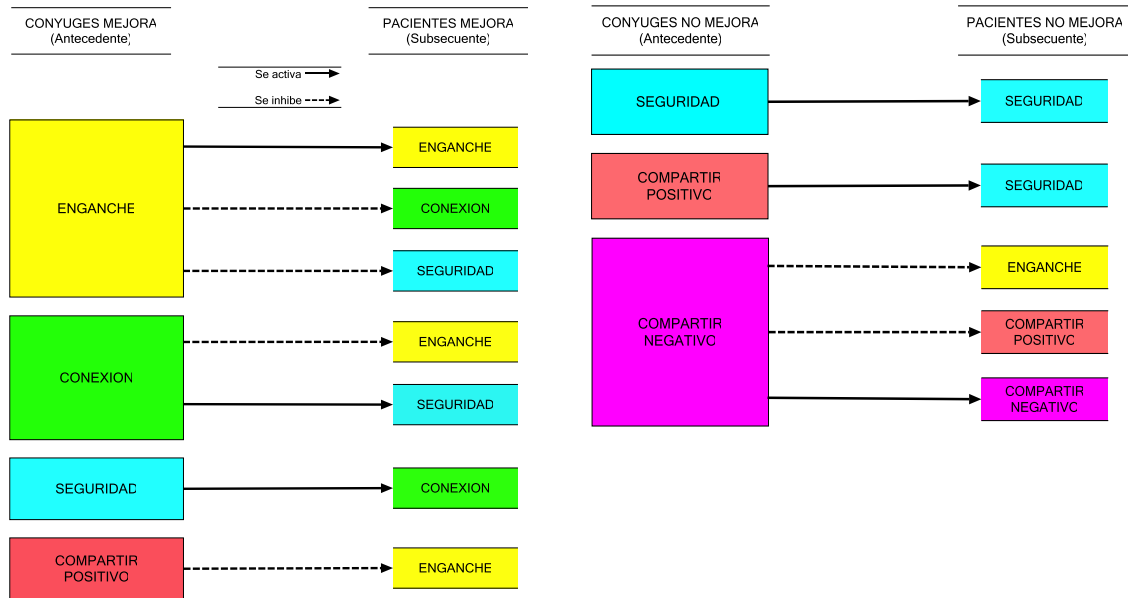


Figura 6. Patrones secuenciales entre las conductas de los Cónyuges (Antecedente) y las conductas de los Pacientes (Subsecuente) en los casos de mejora y no mejora sintomática

Para concluir, a continuación exponemos un resumen de los resultados más significativos obtenidos mediante el análisis secuencial.

Resumen de los resultados secuenciales

Pacientes (Antecedente) Terapeutas (Subsecuente) casos de mejora:

Según el momento temporal los patrones secuenciales se obtuvieron en la segunda y última sesión.

Destacamos que:

1. Las conductas en Enganche de los pacientes activaron conductas subsecuentes en Enganche por parte de los terapeutas.
2. Las conductas en Conexión de los pacientes activaron conductas subsecuentes en Conexión por parte de los terapeutas.
3. Las conductas en Seguridad de los pacientes activaron conductas subsecuentes en Seguridad por parte de los terapeutas.
4. Las conductas en Compartir positivo de las parejas activaron conductas subsecuentes en Conexión por parte de los terapeutas.

Pacientes (Antecedente) Terapeutas (Subsecuente) casos de no mejora:

Según el momento temporal los patrones secuenciales se obtuvieron en la última sesión.

Destacamos que:

1. Las conductas en Enganche de los pacientes activaron conductas subsecuentes en Enganche por parte de los terapeutas.
2. Las conductas en Seguridad de los pacientes activaron conductas subsecuentes en Conexión por parte de los terapeutas.
3. Las conductas en Compartir positivo de las parejas activaron conductas subsecuentes en Compartir positivo por parte de los terapeutas.
4. Las conductas en Compartir negativo de las parejas activaron conductas subsecuentes en Seguridad por parte de los terapeutas.

Terapeutas (Antecedente) Pacientes (Subsecuente) casos de mejora:

Según el momento temporal los patrones secuenciales se obtuvieron en la última sesión.

Destacamos que:

1. Las conductas en Enganche por parte de los terapeutas activaron conductas subsecuentes en Enganche por parte de los pacientes.
2. Las conductas en Conexión por parte de los terapeutas activaron conductas subsecuentes en Conexión por parte de los pacientes.
3. Las conductas en Seguridad por parte de los terapeutas iban sucedidas de conductas subsecuentes en Compartir negativo de las parejas.

Terapeutas (Antecedente) Pacientes (Subsecuente) casos de no mejora:

Según el momento temporal los patrones secuenciales se obtuvieron en la sexta y última sesión.

Destacamos que:

1. Las conductas en Enganche por parte de los terapeutas activaron conductas subsecuentes en Enganche por parte de los pacientes.
2. Las conductas en Conexión por parte de los terapeutas activaron conductas subsecuentes en Conexión y Seguridad por parte de los pacientes.
3. Las conductas en Seguridad por parte de los terapeutas iban sucedidas de conductas subsecuentes en Compartir negativo de las parejas.
4. Las conductas en Compartir positivo de los terapeutas iban sucedidas de conductas subsecuentes en Compartir negativo de las parejas.

Cónyuges (Antecedente) Terapeutas (Subsecuente) casos de mejora y no mejora:

Según el momento temporal no se destacó ningún patrón secuencial significativo.

Destacamos que:

1. En ambos grupos de cónyuges las conductas en Compartir negativo de las parejas activaron conductas subsecuentes en Seguridad por parte de los terapeutas.

Terapeutas (Antecedente) Cónyuges (Subsecuente) casos de mejora:

Según el momento temporal los patrones secuenciales se obtuvieron en la última sesión. Se encontraron más asociaciones secuenciales en estos casos respecto a los cónyuges de los casos de no mejora.

Destacamos que:

1. Las conductas en Enganche por parte de los terapeutas activaron conductas subsecuentes en Enganche por parte de los cónyuges.
2. Las conductas en Conexión por parte de los terapeutas activaron conductas subsecuentes en Conexión por parte de los cónyuges.
3. Las conductas en Seguridad por parte de los terapeutas iban sucedidas de conductas subsecuentes en Compartir negativo de las parejas.
4. Las conductas en Compartir positivo por parte de los terapeutas activaron conductas subsecuentes en Seguridad en los cónyuges.

Terapeutas (Antecedente) Cónyuges (Subsecuente) casos de no mejora:

Según el momento temporal no se destacó ningún patrón secuencial significativo.

Destacamos que:

1. Las conductas en Conexión por parte de los terapeutas activaron conductas subsecuentes en Seguridad por parte de los cónyuges.
2. Las conductas en Seguridad por parte de los terapeutas iban sucedidas de conductas subsecuentes en Compartir negativo de las parejas.

Pacientes (Antecedente) Cónyuges (Subsecuente) casos de mejora y de no mejora:

Para los casos de mejora según el momento temporal no se destacó ningún patrón secuencial significativo. Para los casos de no mejora se obtuvieron patrones secuenciales relevantes en la última sesión.

Destacamos que:

1. En los casos de mejora las conductas en Compartir positivo de las parejas activaron conductas subsecuentes en Seguridad por parte de los cónyuges.
2. En los casos de no mejora las conductas en Compartir positivo de las parejas activaron conductas subsecuentes en Conexión por parte de los cónyuges.
3. En los casos de no mejora las conductas en Compartir negativo de las parejas inhibieron conductas en Enganche, Conexión y Compartir positivo y activaron conductas en Compartir negativo de las parejas.

Cónyuges (Antecedente) Pacientes (Subsecuentes) casos de mejora y de no mejora:

Según el momento temporal no se destacó ningún patrón secuencial significativo para ambos grupos. Para los casos de mejora se obtuvieron más patrones secuenciales respecto a los casos de no mejora.

Destacamos que:

1. En los casos de mejora las conductas en Compartir positivo de las parejas inhibieron conductas subsecuentes en Enganche por parte de los cónyuges.
2. En los casos de no mejora las conductas en Compartir positivo de las parejas activaron conductas subsecuentes en Seguridad por parte de los cónyuges.
3. Y en los casos de no mejora las conductas en Compartir negativo de las parejas activaron conductas subsecuentes en Compartir negativo por parte de las parejas.

7. Discusión

7. 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 campo 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 expuesto. En primer lugar, se discuten los resultados encontrados a nivel descriptivo y con en el análisis de varianza. Y en segundo lugar, se analizan los resultados hallados en el análisis secuencial, los cuales muestran las diferentes interacciones de la pareja entre sí, de la pareja con el terapeuta y de las contribuciones del terapeuta con la pareja en relación a la alianza terapéutica.

Tal y como afirman Friedlander et al. (2009) las cuatro dimensiones del SOATIF están interconectadas y son complementarias; pero nos detendremos en realizar una valoración independiente de los resultados obtenidos en cada una de ellas mediante el análisis descriptivo, el análisis de varianza y el análisis secuencial. En primer lugar, realizaremos una valoración más detallada de los resultados descriptivos obtenidos en los pacientes y los terapeutas; en segundo lugar, realizaremos una valoración de los resultados descriptivos obtenidos en el caso de los cónyuges. Y finalmente, realizaremos un análisis de la dimensión de *Compartir el Propósito de la Terapia*.

En el análisis descriptivo realizado se comprobó como la dimensión de *Enganche en el Proceso Terapéutico*, fue una dimensión que obtuvo una gran importancia en las sesiones analizadas, teniendo en cuenta tanto los casos de mejora y no mejora en la sintomatología depresiva. Los pacientes obtuvieron en esta dimensión puntuaciones globales que transcurrieron entre +1 (Enganche ligero), al inicio del tratamiento, y puntuaciones de +2 (Enganche bastante fuerte), en la fases intermedias y finales del tratamiento. Fue la dimensión en la que se observaron una mayor cantidad de indicadores y todos ellos positivos con una frecuencia total de 108 conductas tanto en los casos de mejora y no mejora sintomática. Al inicio del tratamiento en ambos grupos de pacientes, se observó con mayor frecuencia el indicador “*El cliente introduce un problema*” para posteriormente dar paso a indicadores como por ejemplo, “*El cliente expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo*” o “*El cliente menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto*”. Por tanto, podemos afirmar que la cooperación de los pacientes sintiéndose parte activa del

proceso terapéutico y la sensación de que se estaban produciendo cambios positivos se vio reflejada en la cantidad de conductas observadas en esta dimensión y en las puntuaciones obtenidas. Los pacientes se sintieron protagonistas en la definición de sus problemas y suficientemente involucrados en la terapia, consiguiendo un acuerdo en los objetivos y las tareas propuestas. Cabe destacar que en los casos de no mejora, las valoraciones más elevadas en esta dimensión se hallaron en fases intermedias de la terapia, ya que en la sexta y última sesión las valoraciones globales fueron de +2 (Enganche bastante fuerte).

Los terapeutas en ambos grupos de pacientes puntuaron de manera positiva en esta dimensión, con valores que fluctuaron entre +1 y +2 (Enganche ligero o bastante fuerte). Los terapeutas en los casos de mejora obtuvieron, contemplando todas las sesiones analizadas, una frecuencia total de 108 conductas y en los casos de no mejora una frecuencia total de 116, siendo esta dimensión en la que se registraron un mayor número de intervenciones. En concreto, los terapeutas en los casos de no mejora fueron aumentando la frecuencia de descriptores conductuales en fases más avanzadas de la terapia con indicadores por ejemplo como, *“El terapeuta estimula al cliente a definir sus metas en la terapia”* o *“El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir”*. Los resultados hallados sustentan las aportaciones de Escudero (2009) cuando afirma que la dimensión de *Enganche* es esencial en las primeras sesiones. Aunque en especial, en los casos de no mejora, podemos considerar que ésta dimensión obtuviera más fuerza en etapas más avanzadas en la terapia, ya que a menudo como sustentan Linares y Campo (2000) y Klein et al. (2003) estos pacientes pueden tener una larga trayectoria de tratamientos psicofarmacológicos y es posible que con anterioridad ya hayan realizado otros procesos terapéuticos. Por tanto, el grado de colaboración y de implicación puede ser más complejo de conseguir en etapas muy tempranas de la terapia.

Respecto la dimensión de *Conexión emocional* observamos cómo ésta dimensión fue valorada positivamente por ambos grupos de pacientes. Las puntuaciones globales de los pacientes en los casos de mejora y no mejora transcurrieron entre puntuaciones neutrales o ligeras. En consecuencia las puntuaciones globales fueron más bajas respecto la dimensión de *Enganche*, aun así los pacientes obtuvieron un vínculo emocional positivo y de confianza con los terapeutas y así lo reflejan indicadores como ejemplo *“El cliente indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta”* o *“El cliente*

expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta". En los casos de mejora la frecuencia total de indicadores fue de 19 y en los casos de no mejora de 24. Por tanto, en los casos de no mejora sintomática fue mayor la frecuencia de indicadores y sobre todo en las etapas intermedias y finales de la terapia. Consideramos que aunque los casos de no mejora obtuvieran un mayor número de frecuencias en esta dimensión, esto implica tal y como afirma Bordin (1994) que un buen vínculo emocional con el terapeuta es esencial aunque no es suficiente. Es decir, que el paciente se sienta individualmente vinculado con el terapeuta no determina un buen resultado en la terapia, debido a que como aportan Friedlander et al. (2009) se deben contemplar otros elementos esenciales en la alianza.

Los terapeutas realizaron contribuciones positivas en esta dimensión ya que sus puntuaciones globales fueron de +2, indicando una conexión bastante fuerte con los pacientes. Contemplando todas las sesiones analizadas, los terapeutas en los casos de mejora realizaron un total de 81 intervenciones y en los casos de no mejora de 85, aumentando sus contribuciones en la sexta y última sesión, sobre todo en los casos de no mejora sintomática. Así destacamos que los terapeutas contribuyeron en esta dimensión con indicadores, como por ejemplo, "*El terapeuta expresa empatía (verbal o no verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes*"; "*Comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente*" o "*El terapeuta desvela algún aspecto de su vida personal*". Mientras que en la terapia individual la conexión emocional se da únicamente entre dos personas, en la terapia de pareja forjar vínculos es más complejo. El terapeuta debe fomentar esta dimensión en conjunto para mostrar aceptación y empatía con ambos cónyuges, y no sólo al inicio, sino a lo largo del proceso terapéutico, de este modo amortiguar el miedo al cambio. Por ende, los resultados hallados apoyan las aportaciones de Ackerman y Hilsenroth (2003) en la importancia de que el terapeuta se muestre flexible e interesado para fomentar el vínculo. Así, establecer un terreno común, hablar el lenguaje de la pareja y comprender los valores de ésta (Minuchin & Fishman, 2008; Rugel, 1997; Symonds & Horvath, 2004).

Respecto a la dimensión de *Seguridad dentro del Sistema Terapéutico*, observamos cómo fue una dimensión positiva para ambos grupos de pacientes aunque la frecuencia de indicadores fue más baja respecto a la dimensión de *Enganche y Conexión emocional*. En la misma dirección, fue valorada esta dimensión por los terapeutas, la frecuencia en indicadores fue más baja que la observada en las dos

primeras dimensiones. En el caso de los pacientes y los terapeutas las valoraciones globales fueron neutrales o ligeras. La frecuencia total para los pacientes fue de 28 para los casos de mejora y de 22 para los casos de no mejora. En los terapeutas de los casos de mejora se observó una frecuencia total de 9 conductas y en los casos de no mejora de 7. Por tanto, en esta dimensión los terapeutas obtuvieron una totalidad de indicadores más baja respecto a las otras dos dimensiones. Como afirman Friedlander et al. (2005) la *Seguridad* juega un papel fundamental al inicio del tratamiento, pero en los dos artículos realizados previos a esta tesis doctoral, también encontramos resultados muy similares en referencia a esta dimensión (Artigas et al., 2015; Mateu et al., 2014). La *Seguridad* se valora desde dos espacios; por un lado, la pareja debe sentirse segura en el contexto del terapeuta y por el otro, las parejas necesitan ver el contexto como un lugar seguro para neutralizar los miedos acerca de las reacciones que el otro miembro de la pareja va a tener.

Observamos a lo largo de las sesiones analizadas como los pacientes se sentían seguros en relación al terapeuta, así lo demuestran indicadores como por ejemplo, *“El cliente indica que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía”*, *“El cliente varía su tono emocional durante la sesión”* o *“El cliente “abre” su intimidad (comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, etc.)”*. Y esta dimensión jugó un papel más importante en el espectro de cómo los pacientes se sentía en relación a los cónyuges. Es decir, cuando los terapeutas contribuyeron en esta dimensión, lo hicieron a través del indicador *“El terapeuta intenta contener, controlar o manejar la hostilidad abierta entre clientes”*; con lo cual estos resultados sustentan las aportaciones de Abascal (2011), Beck et al. (2006) y Heatherington et al. (2005) debido a que cuando existe conflicto intra-familiar, falta de colaboración y/o desunión entre los miembros de la pareja, la sensación de *Seguridad* de los miembros puede estar determinada por factores del propio sistema familiar. Los terapeutas procuraron detener la escalada de conflicto entre las parejas para evitar consecuencias negativas fuera de la sesión o provocar el abandono de la terapia. Por lo tanto, los terapeutas contribuyeron a generar un contexto de seguridad entre los miembros de la pareja para manejar el conflicto entre ellos.

En los casos analizados observamos como los conflictos en las familias de origen estaban muy presentes y como los pacientes aportaban recuerdos de desprotección y falta de reconocimiento en su propia familia de origen. Así por ejemplo

transcribiendo el discurso de los pacientes estos apuntaban conflictos en su propia familia “*Yo me caía al suelo desmayada y me comía lo que encontraba por el suelo podrido. Sólo recuerdo de mi infancia pasar mucha hambre. Buen recuerdo ninguno. Han abusado mucho de mí. Mi padre, cuando venía, todo iba a base de palizas*” (Sesión 3/minuto 00:14:10). Por tanto, aunque esta investigación no tuvo como objetivo valorar la variable del apego, no podemos obviar como éste es esencial en el proceso de terapia. El discurso de los pacientes corroboran las aportaciones de Linares y Campo (2000) en que los pacientes con un Trastorno Depresivo Mayor se caracterizan por provenir de familias donde la valoración, el afecto y el reconocimiento son muy precarios y buscan en sus parejas la compensación en la falta de nutrición relacional que tuvieron en sus familias de origen, hecho que no siempre ocurre “*Me hubiera gustado casarme con un hombre que me hubiera querido y mimado. La convivencia con él es muy dura. Quería cariño, sobretodo cariño. Me hacía falta mucho cariño y todavía lo necesito. He estado falta de cariño y lo sigo estando, porque él no me lo da*” (Sesión 3/ minuto 00:46:42).

Valoramos de manera muy positiva las contribuciones que los terapeutas realizaron en las dimensiones de *Eganche* y *Conexión emocional*, ya que como señalan Arnow et al. (2003) los pacientes crónicamente deprimidos pueden presentar dificultades en el desarrollo y el mantenimiento de la alianza; por tanto inicialmente estas dos dimensiones podrían haber sido más complejas de establecer con los pacientes. Estas dos dimensiones hacen referencia a la alianza más individual propuestas por Bordin (1979, 1994). El sentimiento de privación o invalidación de la relación de apego incrementa la sensación de abandono. En este tipo de pacientes las dificultades en habilidades sociales y la dependencia relacional están presentes (Brown, 2002; Dessaulles et al., 2003; McCullough, 2000; Riso et al., 2002; Wampler et al., 2003). Por consiguiente, las contribuciones de los terapeutas, como por ejemplo, “*Entendemos, que desde tu historia, Mari Carmen, en el momento de casarte esperabas una familia que te acogiera. Tenías expectativas e ilusiones que chocaron con lo que te encontraste. La familia de Anselmo tiene su estilo y te decepcionaste. No era lo que esperabas y empezaste a guardar rencor*” (Sesión 6/ minuto 00:58:02) favorecieron a que los pacientes se sintieran entendidos y que pudieran experimentar la vivencia de que sus conflictos relacionales eran un foco claro de intervención (Denton & Burwell, 2006; Pettem et al., 1993).

La relevancia de destacar los conflictos pasados y presentes a nivel relacional, no hubiera sido posible sin la guía de intervención de Jones y Asen (2000) que rigió el enfoque de los terapeutas. Para estos autores, los síntomas depresivos se mantienen por el contexto relacional en el que se producen. Por lo tanto, los terapeutas en base al enfoque sistémico, pretendieron ayudar al paciente y al cónyuge a encontrar nuevas perspectivas de sus problemas pasados y presentes, a buscar nuevos significados y a experimentar nuevas formas de relacionarse el uno con el otro.

Si nos centramos en el análisis descriptivo en relación a los cónyuges, a lo largo de las sesiones analizadas observamos cómo tanto en la dimensión de *Enganche*, *Conexión* y *Seguridad* los cónyuges obtuvieron valoraciones positivas. Las puntuaciones globales en *Enganche* por parte de los cónyuges transcurrieron entre +1 (Enganche ligero) o +2 (Enganche bastante fuerte). Aunque en los casos de mejora los cónyuges obtuvieron valoraciones globales más intensas en esta dimensión. Esto se confirma en que los cónyuges de los casos de mejora obtuvieron un total de 87 conductas con indicadores como por ejemplo, “*El cliente acepta hacer las tareas para casa que se le sugieren*”, “*El cliente expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo*” y en cambio, los cónyuges en los casos de no mejora obtuvieron un total de 51 conductas con menos diversidad de indicadores a destacar. Por tanto, los cónyuges en los casos de mejora se sintieron más vinculados a la terapia, respecto a los cónyuges de los casos de no mejora. Los cónyuges de los casos de mejora sintieron un mayor acuerdo en los objetivos y las tareas y valoraron que los cambios en la terapia se iban produciendo.

Respecto a la dimensión de *Conexión emocional* en los cónyuges de los casos de mejora las valoraciones globales fueron aumentando pasando de una *Conexión ligera* a una *Conexión bastante fuerte* y en cambio, los cónyuges en los casos de no mejora tuvieron puntuaciones neutras o ligeras en esta dimensión. Aun así, valorando la totalidad de conductas observadas, los cónyuges de los casos de mejora obtuvieron un total de 18 y los cónyuges de los casos de no mejora de 25, ya que en la sexta sesión éstos obtuvieron una mayor frecuencia pero focalizada en un único indicador “*El cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta*”. En cambio, los cónyuges en los casos de mejora, aunque obtuvieran frecuencias más bajas en esta dimensión, las conductas estuvieron distribuidas en más indicadores, como por ejemplo, “*El cliente comparte un momento humorístico o una*

broma con el terapeuta”, “*El cliente indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta*” o “*El cliente expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta*”. Estos resultados nos indican que aunque los cónyuges de los casos de mejora obtuvieron una frecuencia total más baja, los indicadores en esta dimensión fueron más amplios demostrando así un buen vínculo con el terapeuta.

Finalmente, respecto la dimensión de *Seguridad* en el conjunto de los cónyuges las valoraciones globales indicaron una intensidad ligera o neutral. En los casos de mejora se observaron un total de 20 conductas y en los de no mejora se observaron un total de 11 conductas. Por tanto, los cónyuges en los casos de mejora obtuvieron unas frecuencias similares a la de los pacientes en esta dimensión y aumentaron a medida que avanzó la terapia, así por ejemplo se observaron indicadores como por ejemplo, “*El cliente indica que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía*”, “*El cliente varía su tono emocional*” o “*El cliente “abre” su intimidad*”. En cambio, los cónyuges de los casos de no mejora obtuvieron una variedad de indicadores inferior y aunque las frecuencias fueron similares a la de los pacientes, la diversidad de indicadores observados fue más escasa y focalizada en un único indicador “*El cliente varía su tono emocional*”. Los resultados hallados en esta dimensión nos indican que los cónyuges en los casos de mejora se sintieron más seguros y en un contexto suficientemente confortable como para confiar y abrir su intimidad al terapeuta respecto a los cónyuges de los casos de no mejora.

Por lo tanto, en base a los resultados hallados, el conjunto de cónyuges obtuvo una frecuencia menor de indicadores en las tres dimensiones mencionadas. En especial, la baja frecuencia de observadores conductuales se apreció en los cónyuges de los casos de no mejora. Así podemos afirmar que los cónyuges obtuvieron en las sesiones analizadas un rol más pasivo y secundario en su implicación en la terapia. Barbato y D’Avanzo (2008), Deacon y Baird (2009) y Feixas et al. (2009) afirman que la participación de los cónyuges tiene efectos facilitadores en el tratamiento y que las variables interpersonales juegan un papel relevante en el origen y el mantenimiento de la depresión. Los resultados corroboran las aportaciones de Coyne et al. (1999), Joiner (2002) y Pinsof y Catherall (1986) en que el hecho de incorporar a dos o más miembros, en un proceso psicoterapéutico, añade complejidad en la construcción de la alianza. Por tanto es esencial integrar a ambos miembros de la pareja en el proceso psicoterapéutico,

hecho que en los cónyuges, y en concreto en los cónyuges de los casos de no mejora, fue más complejo de lograr.

En base a los dos estudios previos realizados Artigas et al. (2015) y Mateu et al. (2014) también detectamos una frecuencia menor de participación de los cónyuges, respecto a la alianza terapéutica. Por lo tanto, se confirman las aportaciones de Knerr et al. (2011) y Mahaffey y Lewis (2008) en que el establecimiento de la alianza cuando están presentes varios miembros en sesión supone un reto por la complejidad de motivos y expectativas que cada uno de los miembros tiene sobre la terapia. El terapeuta debe generar estrategias para crear un acuerdo entre la pareja de porqué están en terapia, aumentado el interés por ésta y hacerlos partícipes del problema y soluciones que se pueden derivar del tratamiento.

Tal y como afirma Escudero (2009) existen distintas demandas al iniciar un proceso terapéutico. Las óptimas serían las *demandas solícitas*; en que ambos miembros tienen en una actitud de colaboración y se sienten parte del problema y de las posibles soluciones a éste. En cambio, los cónyuges realizaban demandas de tipo *demandante o visitante*. Los cónyuges en su discurso referían que existía un problema pero no se veían parte implicada en su solución o incluso en algunos casos no reconocían la necesidad de ayuda. De manera que el terapeuta debía generar una reformulación previa sobre la terapia. En el que el foco no era únicamente la depresión, sino la colaboración de ambos miembros, dando un nuevo significado al trastorno, propiciando así la cooperación de los cónyuges.

En base a lo expuesto consideramos que se confirmarían algunas hipótesis planteadas. Por un lado, la hipótesis número 1, en que independientemente del resultado final en la sintomatología depresiva, tanto los pacientes como los cónyuges, realizarían conductas positivas respecto a las dimensiones de *Enganche en el proceso*, *Conexión emocional* y *Seguridad en el sistema terapéutico*. Y por otro, también se confirma la hipótesis número 4, en que los pacientes y los terapeutas realizarían más intervenciones en relación a la alianza respecto a los cónyuges.

Finalmente, la dimensión de *Compartir el propósito de la terapia*, los datos nos muestran que las parejas que obtuvieron una mejora, a nivel global, alcanzaron valoraciones positivas en esta dimensión, que transcurrieron entre +1 y +2 (Compartir ligero o bastante fuerte). Aunque se presenciaron, en muy baja frecuencia, algunos

descriptores negativos en las últimas sesiones. Pero fue una dimensión valorada positivamente con la presencia de indicadores, como por ejemplo, *“Los miembros de la familia se ofrecen un acuerdo de compromiso”* o *“Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista”*. En cambio, respecto a las parejas que no mejoraron su sintomatología al final de la terapia, esta dimensión fue negativa a lo largo del proceso psicoterapéutico, ya que a lo largo de las sesiones analizadas las puntuaciones globales indicaron una alianza ligeramente problemática en esta dimensión. Estuvieron muy presentes indicadores negativos, como por ejemplo, *“Los miembros de la familia se culpan unos a otros”*; *“Los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros”* o *“El cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia”*. No podemos obviar, que las parejas que no mejoraron su sintomatología, a medida que avanzó la terapia, también manifestaron indicadores positivos en esta dimensión, como por ejemplo, *“Los miembros de la familia comparten una broma o un momento gracioso”* o *“Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista”*. Por tanto, a medida que evolucionó la terapia, los indicadores positivos de esta dimensión surgieron con mayor intensidad en estos casos, dando paso a interacciones más favorables entre la pareja.

Valorando las frecuencias totales en esta dimensión, a lo largo de las sesiones analizadas, las parejas que mejoraron obtuvieron un total de 31 conductas y las parejas sin una mejora sintomática obtuvieron un total de 86 conductas observadas, aunque de éste total, 49 fueron indicadores negativos. Los terapeutas en esta dimensión respecto a los casos de mejora y no mejora siempre contribuyeron positivamente con valoraciones globales que transcurrieron de +1 y +2 (Compartir ligero o bastante fuerte) y obtuvieron una totalidad frecuencial de 30 conductas en los casos de mejora y de 32 conductas en los casos de no mejora. Los terapeutas en los casos de mejora contribuyeron con indicadores como por ejemplo, *“El terapeuta alienta acuerdos de compromiso”* y *“El terapeuta subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o solución”* y en los casos de no mejora sobre todo sus contribuciones aumentaron en la sexta sesión y se focalizaron principalmente en el indicador *“El terapeuta alienta acuerdos de compromiso”*.

En base a los datos hallados esta dimensión se manifestó como la dimensión más discriminativa para el pronóstico y viabilidad de la terapia en relación a los dos grupos. Destacamos como hubo claras diferencias entre las parejas que mejoraron y no

mejoraron en base a la sintomatología depresiva respecto la dimensión de *Compartir el propósito*. Estas diferencias consideramos que fueron determinantes en el pronóstico de la terapia y corroboran los hallazgos de Friedlander et al. (2009), ya que los casos que no mejoraron su sintomatología depresiva no fueron capaces de trabajar como un equipo y establecer una unidad entre ellos.

Pinsof y Catherall (1986) fueron los primeros en contemplar que la alianza en terapia de pareja o de familia contiene una dimensión interpersonal. En el modelo SOATIF la dimensión de *Compartir el Propósito* hace referencia a la conceptualización de Pinsof y Catherall (1986), considerando que la alianza intra-sistema de la pareja o de la familia es la unidad de mayor influencia en términos de motivación para el cambio y de capacidad de influir en el resultado terapéutico. Los resultados sustentan las aportaciones de estos autores ya que en el tratamiento con parejas es fundamental el desarrollo de una alianza de colaboración entre los miembros. En ese sentido, es necesario que el terapeuta establezca un contexto de apoyo mutuo en el que la pareja se vea trabajando en equipo para mejorar su situación. La creación por parte del terapeuta de un sentimiento de unidad en la pareja, en relación a la terapia, es un objetivo necesario para lograr resultados favorables, especialmente en aquellos casos en los que existe una elevada conflictiva conyugal (Beach et al., 2003; Whisman & Uebelacker, 2009; Whisman et al., 2012).

Establecer una alianza dentro del sistema de la pareja es un componente clave para el desarrollo terapéutico, objetivo especialmente difícil en casos en los que existe una relación problemática entre los cónyuges (Johnson, 2006; Pinsof, 1995). Si nos centramos en la relación bidireccional entre la discordia marital y la depresión, observamos que ambas variables se influyen de manera significativa. La insatisfacción conyugal presente en los casos de no mejora, conllevó a que estuvieran presentes varios indicadores de una alianza problemática (Goldfarb et al., 2007; Heene et al., 2005; Whisman, 2001). En consecuencia, los resultados muestran una concordancia con Crits-Cristoph et al. (2006), Heene et al. (2005) y Linares y Campo (2000) ya que consideramos que la relación conflictiva que el paciente puede mantener con su pareja se relaciona con una dificultosa construcción de la alianza terapéutica.

En los casos de no mejora partiendo del discurso de las parejas incluso al final del tratamiento estaban presente interacciones que indicaban hostilidad, culpabilidad y

rencor, como por ejemplo, “*Él tendría que haber sido de otra manera. Me tendría que haber defendido y nunca me ha defendido. Me he llevado muy mal con él, muy mal, muy mal me he llevado. Y eso ha provocado muchos choques. Han abusado tanto de mí durante la vida que con él no esperaba un trato tan malo*” (Última sesión/ minuto 00:26:04) o “*Lo que es defenderme a mí, jamás en la vida. Yo siempre he sido la niña. No he abierto la boca para nada. ¿Entonces qué voy a esperar ahora? ¿Qué voy a esperar? ¿Qué va hacer él por mí para que yo esté mejor?*” (Sesión 12/ minuto 00:45:02). Por consiguiente, aunque el terapeuta destinara recursos en favorecer una unidad entre la pareja, en los casos de no mejora este objetivo fue más difícil de lograr. Por lo tanto, confirmamos las aportaciones de Friedlander et al. (2009) cuando afirman que la dimensión de *Compartir el propósito* determina la viabilidad y el pronóstico de la terapia. Ya que las valoraciones negativas en esta dimensión, por parte de los casos de no mejora, determinaron un resultado más desfavorable en la mejora de los síntomas, ya que estos se mantienen y modulan en base a las relaciones interpersonales.

Además el hecho de que la dimensión de *Compartir el propósito* fuera la más discriminativa respecto al resultado final de la terapia en base a la sintomatología depresiva, también se confirma mediante los datos del análisis de varianza. Ésta dimensión obtuvo diferencias significativas en ambos grupos, pues en los casos de mejora éstos obtuvieron medias más altas en esta dimensión respecto a los casos de no mejora. Por lo tanto, tal y como aportan Friedlander et al. (2009) y Thompson et al. (2007) fomentar la alianza intra-familiar positiva es esencial para que la pareja se comprometa en la terapia. Ya que si la pareja no es capaz de trabajar como un equipo es probable que el pronóstico de la terapia sea más negativo. Si la pareja es capaz de trabajar como una unidad, neutralizando sus desavenencias, esto puede dar esperanzas a la pareja, ya que pueden verse por primera vez trabajando como un conjunto y esto comportará ganancias en su relación

En base a lo expuesto consideramos que se confirman las hipótesis número 2 y número 3. Por un lado, en los casos de mejora los pacientes y los cónyuges realizaron conductas positivas respecto a la dimensión de *Compartir el Propósito*, como respuesta a las contribuciones positivas de los terapeutas. En cambio, en los casos de no mejora esta dimensión fue negativa en las parejas a pesar de las contribuciones positivas de los terapeutas en dicha dimensión. Y por el otro, la dimensión más discriminativa en función al cambio o no cambio de la sintomatología depresiva fue la dimensión del

Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia. Por consiguiente, no es suficiente que exista un buen *Enganche* o una buena *Conexión emocional*, es decir que la pareja esté involucrada de forma individual en el tratamiento y que el terapeuta refuerce estas dimensiones. Se tienen que dar otros factores para que exista un cambio. En base a los resultados hallados, la principal dimensión que influye en la mejora o no mejora de los pacientes, se relaciona con la dimensión de *Compartir el propósito*. Por tanto, se confirma como apuntan Heatherington et al. (2005) y Knobloch-Fedders et al. (2007) que esta dimensión es el ingrediente clave para lograr el cambio terapéutico al final del tratamiento. Hay que generar un contexto de apoyo entre los miembros de la pareja para ayudar a los pacientes a realizar cambios y no centrarse únicamente en dimensiones individuales de la alianza.

Destacamos también algunos datos relevantes obtenidos mediante el análisis de varianza, ya que las diferentes dimensiones tuvieron una valoración diferente y significativa en función de los miembros que participaban en la terapia. Así, en la dimensión de *Enganche*, *Conexión* y *Compartir el propósito* los terapeutas obtuvieron medias más altas respecto a los pacientes y a los cónyuges, es decir, los terapeutas contribuyeron a la alianza con las tres dimensiones mencionadas, de manera más intensa respecto a los miembros de la pareja. La única dimensión en que los pacientes obtuvieron medias más elevadas fue la dimensión de *Seguridad*.

Los terapeutas, independientemente del resultado de la terapia, tal y como ya hemos observado en el análisis descriptivo, realizaron contribuciones positivas en todas las dimensiones, contribuyendo a crear una alianza fuerte y sólida con las parejas. Aun así, planteamos en base a la hipótesis número 5, que los terapeutas realizarían más contribuciones positivas en las dimensiones de *Seguridad* y en la dimensión de *Compartir el propósito de la terapia*, en especial en los casos de no mejora, para influir en las conductas negativas de la pareja en la dimensión de *Compartir el propósito*. Esta hipótesis se corrobora en cierta medida observando mediante el análisis de varianza como fueron los pacientes los que obtuvieron unas medias más elevadas en la dimensión de *Seguridad*. Por tanto, los terapeutas contribuyeron más que las parejas en generar un *Sentido de compartir el propósito*, pero no generaron tantas contribuciones en la dimensión de *Seguridad*. Las parejas tal y como reflejan los datos descriptivos, se sintieron seguras en el contexto de terapia, y los terapeutas contribuyeron en la dimensión de *Seguridad* para neutralizar la elevada conflictiva conyugal entre la díada.

Por consiguiente, pusieron más atención en la dimensión de *Compartir el propósito* para generar una visión de unidad entre los miembros de la pareja.

También queremos destacar en base el análisis de varianza los resultados en relación al momento temporal en el que la alianza fue evaluada. Ya hemos mostrado a nivel descriptivo, como el momento temporal fue relevante y como determinadas dimensiones ganaron más fuerza en etapas avanzadas de la terapia. En especial, fue la dimensión de *Enganche en el proceso* la que se mostró más sensible en función del momento temporal. En etapas intermedias de la terapia ésta dimensión obtuvo más consistencia. Con lo cual, como planteamos en la hipótesis número 6, consideramos que la temporalidad influyó en la construcción de la alianza, mostrando que ésta es un constructo dinámico. Especialmente en este tipo de casos, en los que existe un trastorno mental grave, la temporalidad puede tener un peso específico ya que la construcción de la alianza puede ser más compleja debido a la larga evolución de la depresión. Los resultados obtenidos tanto en el análisis descriptivo como en el análisis de varianza han demostrado que la alianza terapéutica es un proceso dinámico, que evoluciona y que fluctúa a lo largo del tratamiento y por lo tanto, en la misma línea que Falkenström et al. (2013) y Tasca y Lampard (2012) consideramos que es esencial que ésta se evalúe a lo largo del proceso terapéutico, siendo así un elemento que otorga al terapeuta una valiosa información acerca de cómo se está desarrollando la terapia.

El hecho de que el momento temporal sea relevante, debido a que las dimensiones de la alianza fueron aumentando su intensidad en fase intermedias y finales, coincide con las aportaciones de diferentes autores que consideran que la alianza terapéutica es importante en fases iniciales, pero que es de gran relevancia realizar investigaciones longitudinales, para medir la fuerza de la alianza a lo largo del proceso terapéutico (Crist-Christoph et al., 2011; Falkenström et al., 2013; Knobloch-Fedders et al., 2007). A lo largo del tratamiento es inevitable que se produzcan fluctuaciones en la alianza debido a que ésta es un fenómeno interaccional, activo y dinámico (Bordin 1979, 1994). En consecuencia, el terapeuta debe trabajar, atender y negociar la alianza sesión a sesión y convertir las posibles oscilaciones negativas como oportunidades de cambio (Safran & Muran, 2000).

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 terapéutica y el subsiguiente cambio sintomático (Crits-Cristoph et al., 2011; De Bolle et al., 2010; Gaston et al., 1991; Klein et al., 2003; Tasca & Lampard, 2012; Zuroff et al., 2010). Aunque mediante los resultados obtenidos asumimos que la alianza terapéutica no es el único factor explicativo del resultado final de la terapia, sin lugar a dudas, ésta influye en el proceso psicoterapéutico. A continuación, mediante la discusión de los resultados obtenido en el análisis secuencial, se muestra cómo las interacciones de las parejas con los terapeutas en relación a la alianza, han ayudado a fomentar y a promover cambios y se han revelado diferencias en el desarrollo de la terapia, respecto a los casos de mejora y no mejora en la sintomatología depresiva al final del tratamiento. Y esto sólo se manifiesta de manera tan precisa tal y como afirman Horvath et al. (2011) cuando se realizan investigaciones sobre la alianza terapéutica con un análisis micro-analítico. Por lo tanto, consideramos que el análisis secuencial nos ha permitido evaluar la alianza terapéutica en detalle centrándonos en lo que ocurre en las sesiones de terapia de modo muy preciso y a pequeña escala.

En base al análisis secuencial de los casos que obtuvieron una mejora en relación a la sintomatología depresiva observamos como el *Enganche positivo* de los pacientes activaba contribuciones de los terapeutas en la misma dimensión mencionada. En ésta misma línea, tanto la *Conexión emocional* y la *Seguridad* de los pacientes activaba contribuciones en las mismas dimensiones por parte de los terapeutas. Se detectaron interacciones relevantes en estos casos en la segunda y última sesión. Por tanto, nuevamente el momento temporal tiene un peso específico en la valoración del establecimiento de la alianza terapéutica. En función del momento temporal, se observó que en la segunda sesión por un lado, el *Enganche positivo* de los pacientes inhibía conductas en la dimensión de *Conexión positiva* por parte de los terapeutas y por el otro, que la dimensión de *Compartir el propósito positivo* de las parejas activaba contribuciones en la dimensión de *Conexión* por parte de los terapeutas. En la última sesión destacamos que el *Enganche* por parte de los pacientes inhibía contribuciones en la dimensión de *Seguridad* por parte de los terapeutas.

Es decir, cuando los pacientes manifestaban indicadores positivos de *Enganche* y sentían que existía un acuerdo entre los objetivos y las tareas y se generaba un clima de esperanza respecto a que el cambio era posible, los terapeutas trataban de afianzar, reforzar y de involucrar a los pacientes en el tratamiento en la misma dirección. La misma secuencia en relación a que el *Enganche* generaba más *Enganche* por parte de

los terapeutas ocurrió con las dimensiones de *Conexión* y *Seguridad*. Los pacientes sintieron que se estableció un vínculo afectivo con los terapeutas y que la terapia era un lugar seguro y en el que confiaban, y los terapeutas contribuyeron en consolidar estas dimensiones con conductas subsecuentes en la misma dirección.

Es importante destacar como la dimensión de *Compartir el propósito positivo* por parte de las parejas activó de manera consecutiva conductas en la dimensión de *Conexión emocional* por parte de los terapeutas. El hecho de que las parejas pudieran trabajar como un equipo, compartiendo acuerdos, validándose y establecer un terreno común, activó por parte de los terapeutas contribuciones en la dirección de crear un mayor vínculo emocional con cada uno de los miembros individualmente. En los casos de mejora, como las parejas ya estaban más dispuestas a colaborar como una unidad, el terapeuta en vez de reforzar esta dimensión en la misma dirección, contribuyó a crear una relación más sólida y positiva con cada uno de los miembros de la pareja.

En referencia a los casos de no mejora observamos cómo algunos patrones eran comunes respecto a los casos de mejora. La variable de momento temporal fue relevante y se encontraron diferencias secuenciales en la última sesión. También los dos grupos comparten que el *Enganche* por parte de los pacientes no activaba conductas en *Conexión emocional* por parte de los terapeutas y que el *Enganche* generaba también contribuciones subsecuentes de los terapeutas en esta misma dimensión. Aun así, también se mostraron tres claras diferencias en los patrones secuenciales en relación a los casos de no mejora sintomática.

En primer lugar, las conductas antecedentes de *Seguridad* por parte de los pacientes iban sucedidas de contribuciones de los terapeutas en la dimensión de *Conexión*. Confirmamos por tanto las aportaciones de Friedlander et al. (2006) al considerar que la *Seguridad* es una dimensión que está estrechamente vinculada con la dimensión de *Conexión emocional*. Esta dimensión es fundamental para establecer relaciones sólidas y mantenerlas a lo largo de la terapia, especialmente cuando surgen conflictos en el sistema conyugal y esto puede contribuir negativamente en la dimensión de *Seguridad*. Si los pacientes habrían su intimidad y hablaban de sentimientos dolorosos, la posible vulnerabilidad de éstos, era reforzada por los terapeutas en base a fomentar un vínculo de confianza, en el que los pacientes se sintieran entendidos, respaldados y valorados. Los terapeutas para acercarse a los pacientes y fomentar la

dimensión de *Seguridad*, pudieron ser conscientes de lo difícil que era cambiar y manifestar genuinamente comprensión y acercamiento a través de los acontecimientos relatados por los pacientes y así amortiguar el miedo al cambio a lo largo de la terapia.

En segundo lugar, las conductas antecedentes en la dimensión de *Compartir el propósito positivo*, por parte de las parejas que no mejoraron su sintomatología, activaron contribuciones en esta misma dimensión por parte de los terapeutas. Y las conductas antecedentes en la dimensión de *Compartir el propósito negativo* de las parejas activaron conductas en la dimensión de *Seguridad* por parte de los terapeutas.

Observamos como los terapeutas apreciaron la importancia de la dimensión *Compartir el propósito*, por lo tanto ésta se fomentó de manera más acentuada en los casos de no mejora. Las parejas a medida que avanzaba la terapia consiguieron indicadores positivos en esta dimensión, con lo cual eran más capaces de colaborar entre ellos y el terapeuta reforzó este cambio mediante contribuciones que aseguraban la unidad entre la pareja. La dimensión de *Compartir el propósito negativo* de las parejas estuvo muy presente en estos casos y el terapeuta para neutralizar la alta conflictiva entre los miembros, contribuyó en afianzar la dimensión de *Seguridad* para contrarrestar la hostilidad intra-familiar. Tal y como afirman Friedlander et al. (2009) la dimensión de *Compartir el propósito* determina la viabilidad y el pronóstico de la terapia y por lo tanto, consideramos de gran relevancia que en los casos de no mejora los terapeutas contribuyeran en esta dimensión creando unidad entre los miembros o neutralizando la hostilidad entre ellos mediante la dimensión de *Seguridad*.

Respecto al análisis secuencial partiendo de las conductas antecedentes de los terapeutas y las conductas subsecuentes de los pacientes existieron diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos de pacientes. Éstas diferencias se observaron para los casos de no mejora en la sexta y última sesión y en los casos de mejora sintomática en la última sesión. Observamos cómo la alianza terapéutica es esencial fomentarla desde el inicio, pero no fue hasta sesiones más avanzadas donde las estructuras secuenciales fueron relevantes. Existieron patrones comunes entre los terapeutas en ambos grupos de pacientes. En primer lugar, el *Eganche* propiciado por los terapeutas activaba más *Eganche* por parte de ambos grupos de pacientes. En segundo lugar, el *Eganche* inhibía conductas subsecuentes de *Seguridad* en los pacientes. En tercer lugar, la *Conexión emocional* de los terapeutas inhibía conductas de

Enganche y en cambio activaba más *Conexión* por parte de los pacientes. Y finalmente, en ambos grupos también obtuvieron la misma interacción secuencial, en la que la *Seguridad* antecedente de los terapeutas iba dirigida a disminuir el *Compartir el propósito negativo* de las parejas.

Como ya mencionamos, en los casos de mejora la dimensión de *Compartir el propósito* fue valorada positivamente. Aunque en la última sesión aparecieron algunos indicadores negativos. Mediante este tipo de interacción, el terapeuta intervino con la dimensión de *Seguridad*, para mantener una unidad entre la pareja. Entendemos pues que existen elementos de *Seguridad* que procuran influir en mantener una hegemonía entre el sistema. Es decir, mediante la *Seguridad* se procura establecer una mayor funcionalidad entre el sistema, protegiendo a ambos miembros.

Sobre esta última estructura secuencial, en los casos de mejora, debemos considerar que aunque la conflictiva conyugal no era tan elevada, a medida que la sintomatología depresiva disminuía las parejas empezaron a mostrar ciertos indicadores negativos. Varios autores que afirman que el conflicto es una parte normal de la vida de la pareja, permitiendo a los cónyuges redefinir patrones relacionales (Gottman, 2011; Jones & Asen, 2000; Schnarch, 2009; Tapia et al., 2009). Desde la perspectiva sistémica, tal y como afirma Campo (2014) se concibe que el síntoma implica un mensaje y que representa un poderoso inductor de conductas que mantiene la homeostasis familiar. Cuando los pacientes disminuyeron los síntomas se dieron permiso para 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 de provocar cambios en la jerarquía interna de la pareja (Campo, 2014; Linares & Campo, 2000). Los terapeutas trataron de provocar cambios constructivos, es decir, facilitaron cambios terapéuticos en cada cónyuge y en la relación. El terapeuta fue más allá de la depresión para que los miembros de la pareja tomaran conciencia del papel que juegan dentro de la díada (Caillé, 1992; Ripley et al., 2005; Sager, 2009).

Respecto a los casos de no mejora, destacamos dos interacciones. Por un lado, la *Conexión emocional* antecedente de los terapeutas activaba conductas subsecuentes en *Seguridad* por parte de los pacientes. Mediante un vínculo afectivo fuerte, positivo y de

confianza los terapeutas fomentaron que los pacientes se sintieran suficientemente cómodos y seguros para revelar aspectos dolorosos y asumieran el riesgo del cambio con más facilidad. Por el otro, se observó una secuencia significativa entre las conductas antecedentes de los terapeutas en la dimensión de *Compartir el propósito positivo* con conductas subsecuentes de las parejas en la dimensión de *Compartir el propósito negativo*.

Las parejas en los casos de no mejora estaban inmersas en una alta 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 del terapeuta, la pareja siguió respondiendo con indicadores negativos de la dimensión *Compartir el propósito*. La conducta sintomática enmascara las diferentes expectativas de lo que para cada miembro significa ser una pareja. 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 éste 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* fueron positivos en el caso de las parejas que no mejoraron su sintomatología, 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 relación al análisis secuencial llevado a cabo entre las conductas antecedentes de los cónyuges respecto a las conductas subsecuentes de los terapeutas no se obtuvieron diferencias significativas. Anteriormente, observamos a nivel descriptivo como los cónyuges manifestaron menos descriptivos conductuales en relación a la alianza terapéutica. Por lo tanto, es lógico que a nivel secuencial se detectaran pocas secuencias entre cónyuges y terapeutas. Destacamos que tanto en los casos de mejora como en los casos de no mejora, únicamente se destacó una pauta secuencial en la que el *Compartir el propósito negativo* de la parejas activaba contribuciones de *Seguridad* por parte de los terapeutas. Por lo tanto, nuevamente observamos como los terapeutas contribuyeron en preservar el sistema mediante elementos de *Seguridad* intra-familiar,

como por ejemplo conteniendo la hostilidad de un miembro de la pareja hacia el otro para fomentar mayor unidad entre ellos.

En referencia al patrón secuencial de los terapeutas hacia los cónyuges, no se encontraron diferencias significativas en los casos de no mejora sintomática y en cambio sí se mostraron diferencias significativas en los cónyuges de los casos de mejora. Estas diferencias se detectaron sobretodo en la última sesión. Tenemos que tener presente que un aumento de casos podría implicar un mayor número de interacciones a contemplar. Aunque ya observamos a nivel descriptivo, como los cónyuges en los casos de mejora obtuvieron valoraciones más intensas en la construcción de la alianza, respecto a los casos de no mejora. Por tanto, a nivel secuencial la implicación de los cónyuges con los terapeutas en los casos de mejora también se ve reflejada con mayores patrones secuenciales. Algunos resultados secuenciales son similares a los comentados con anterioridad y compartidos en ambos grupos de cónyuges. Por ejemplo, los terapeutas nuevamente utilizaron la dimensión de *Seguridad* para contribuir en la disminución de conductas negativas en la dimensión de *Compartir el propósito negativo* de las parejas.

Si nos focalizamos en los terapeutas en relación a los cónyuges de los casos de mejora, observamos cuatro patrones secuenciales relevantes. El primer patrón fue que los terapeutas contribuyeron en *Enganche* y esto activó conductas en *Enganche* por parte de los cónyuges. El segundo patrón fue que las contribuciones en *Conexión* activaban conductas en *Conexión* en por parte de los cónyuges e inhibía conductas de *Enganche* por parte de los cónyuges. Y por último, destacamos una asociación secuencial significativa, en que la dimensión de *Compartir el propósito* de los terapeutas iba sucedida por la dimensión de *Seguridad* de los cónyuges. Es decir, cuando los terapeutas contribuían en generar un acuerdo entre las parejas, esto implicaba un aumento de la *Seguridad* en los cónyuges, mostrándose seguros y confortables en el contexto de la terapia. Por consiguiente estos datos confirman las aportaciones de Thompson et al. (2007) en que si los terapeutas destinan intervenciones en la dimensión de *Compartir* esto contribuye a que los cónyuges se sientan de manera individual seguros con los terapeutas y como más acuerdo haya entre los miembros más probabilidades habrá de arriesgarse para generar cambios.

En base a los datos hallados podemos afirmar que los terapeutas hicieron muchas contribuciones en ambos grupos de pacientes y que en relación a los cónyuges estas contribuciones se dieron con más fuerza en los cónyuges de los casos de mejora sintomatológica. Ya que en relación a los terapeutas de los casos de no mejora sintomática observamos como los patrones secuenciales fueron menos destacables. Aun así, la *Conexión emocional* de los terapeutas generaba conductas subsecuentes en la dimensión de *Seguridad* de los cónyuges. Este mismo patrón se dio en los pacientes que no mejoraron su sintomatología depresiva. Es decir, el vínculo emocional que el terapeuta creó con los cónyuges generó que éstos se sintieran más confortables en el contexto de terapia. Y en esta misma línea, la *Conexión emocional* de los terapeutas no activaba conductas en *Compartir negativo* de las parejas. Es decir, las contribuciones positivas de los terapeutas en crear una aproximación afectiva con los cónyuges, no iban acompañadas de un aumento de conductas negativas en la dimensión de *Compartir negativo* por parte de las parejas.

Respecto al análisis secuencial realizado nos detendremos, a continuación, en analizar los resultados hallados en relación a las conductas antecedentes y subsecuentes entre los miembros de la pareja. Inicialmente comentaremos los resultados encontrados entre las conductas antecedentes de los pacientes y las conductas subsecuentes de los cónyuges en ambos grupos y luego realizaremos el mismo proceso a la inversa. La finalidad del SOATIF como sustentan Escudero y Friedlander (2003) es la de evaluar por un lado, la construcción de la alianza terapéutica de la pareja con el terapeuta y por el otro, las contribuciones que el terapeuta realiza a la alianza. Mediante el análisis secuencial realizado entre los cónyuges quisimos detectar cómo el paciente establecía la alianza con el terapeuta y qué respuestas suscitaba en el otro miembro de la pareja y así observar posibles patrones problemáticos en la alianza. La gran relevancia en este análisis se centra en la dimensión de *Compartir el propósito*, ya que es la única dimensión que evalúa la alianza intra-familiar, aun así quisimos observar si por ejemplo una buena conexión del cónyuge con el terapeuta suscitaba patrones problemáticos en la alianza en el otro miembro de la pareja.

Respecto a las conductas antecedentes de los pacientes y las conductas subsecuentes de los cónyuges únicamente se obtuvieron diferencias significativas en los casos de no mejora y teniendo en cuenta el momento temporal en que la alianza fue

evaluada, estas diferencias se dieron en la última sesión. Además los patrones de interacción entre ambos grupos fueron muy dispares.

En relación a las conductas antecedentes de los pacientes y las conductas subsecuentes de los cónyuges en los casos de mejora, observamos como el *Enganche* por parte de los pacientes inhibían conductas en *Seguridad* por parte de los cónyuges. Es decir, el hecho de que los pacientes se sintieran implicados individualmente en la terapia no generaba conductas por parte de los cónyuges en relación a la dimensión de *Seguridad*. Del mismo modo, que la *Seguridad* por parte de los pacientes no generaba conductas en *Enganche* por parte de los cónyuges. Únicamente la dimensión de *Seguridad* activaba respuestas por parte de los cónyuges en la dimensión de *Conexión* y *Seguridad*. Es decir, cuando los pacientes realizaban conductas propias de la dimensión de *Seguridad* con el terapeuta esto generaba en los cónyuges un refuerzo en la misma dimensión o un aumento en el vínculo emocional con el terapeuta.

Destacamos también que cuando los miembros de la pareja generaban conductas en la dimensión de *Compartir el propósito positivo* esto activaba conductas en la dimensión de *Seguridad* por parte de los cónyuges. Es decir, cuando la pareja trabajaba como un equipo, esto conllevaba a que individualmente los cónyuges se sintieran más seguros en relación al terapeuta.

En cambio, en las parejas de los casos de no mejora, se contemplaron un mayor número de asociaciones secuenciales, pero no siempre éstas favorecieron en una alianza positiva entre ambos. Es decir, el mayor número de patrones secuenciales se centraron en la dimensión de *Compartir el propósito negativo* de las parejas. Aun así también hubo otras asociaciones a resaltar. Respecto a la dimensión de *Enganche* ésta activaba conductas de *Enganche* por parte de los cónyuges. Es decir, la implicación y colaboración de uno de los miembros de la pareja con el terapeuta generaba conductas similares en dicha dimensión por parte del otro miembro de la pareja. La dimensión de *Enganche* por parte de los pacientes no iba acompañada de conductas en *Compartir negativo* por parte de las parejas. El hecho de que los pacientes se sintieran pro activos en terapia no conllevaba conductas negativas en la alianza intra-familiar.

Las conductas antecedentes de los pacientes en la dimensión de *Conexión* se relacionaban con conductas subsecuentes en *Seguridad* por parte de los cónyuges. Si los pacientes mantenían un vínculo afectivo fuerte, positivo y de confianza con los

terapeutas, esto fomentaba en los cónyuges que se sintieran suficientemente cómodos para revelar aspectos dolorosos, abrir su intimidad o variar su tono emocional durante la sesión. Respecto a la dimensión de *Conexión*, como en la dimensión de *Enganche*, cuando los pacientes tenían un fuerte vínculo con el terapeuta, esto no generaba conductas negativas por parte de los cónyuges; así la *Conexión emocional* de los pacientes no activaba conductas en *Compartir negativo* de las parejas.

La dimensión de *Compartir positivo* de las parejas activaba conductas subsecuentes en *Conexión* por parte de los cónyuges. Hemos observado como la dimensión de *Compartir positivo* en los casos de mejora se asociaba con *Seguridad* por parte de los cónyuges. En cambio, para los casos de no mejora cuando las parejas conseguían establecer una colaboración mutua, esto contribuía a que los cónyuges se sintieran más cercanos al terapeuta respecto al vínculo emocional.

Finalmente, la gran diferencia entre ambos grupos se centra en la dimensión de *Compartir el propósito negativo* de las parejas. Esta dimensión sólo es destacable en los casos de no mejora sintomática. La dimensión de *Compartir el propósito negativo* no activaba conductas ni en *Enganche*, ni en *Conexión* ni en *Compartir el propósito positivo* por parte de los cónyuges. Sino que cuando las parejas generaban indicadores negativos en la dimensión de *Compartir*, esto conllevaba a más indicadores negativos en esta misma dimensión. Cayendo así en un patrón de interacción hostil, culpabilizador y nocivo entre la pareja.

Es importante tener en cuenta que valores negativos en la alianza intra-familiar genera un incremento en interacciones negativas entre ambos miembros, ya que la depresión tiene causas interpersonales y está mediada por éstas, las cuales pueden generar recaídas si las interacciones entre los miembros son nocivas para ambos. Las personas deprimidas se involucran en conductas aversivas, como por ejemplo ánimo hostil, sentimientos de culpa y en base a los valores negativos en la dimensión de *Compartir el propósito* se confirman las aportaciones de Coyne (1976) y Coyne et al. (2002) en que las interacciones negativas aumentan la negatividad entre la pareja, ya que conducen a los cónyuges a evocar respuestas negativas, a convertirse en hostiles y a sentir rechazo por el miembro con depresión.

En esta misma línea, las aportaciones de Henderson (1974) sobre las interacciones *Care Eliciting Behavior* intentan aumentar la cercanía física y emotiva por

parte de los pacientes en relación a sus parejas, aunque este tipo de interacciones acaba generando un rechazo por parte del cónyuge que no se ve capaz de abordar las demandas del paciente. La persona deprimida puede considerar a su cónyuge como partícipe de los eventos negativos generadores de su insatisfacción en la relación de pareja. La insatisfacción conyugal, muy presente en indicadores de *Compartir el propósito*, puede conllevar a que se culpe al cónyuge de ser el causante de los acontecimientos negativos y conducir al cónyuge sano a la depresión (Cohen et al., 2014; Heene et al., 2005; Rautiainen & Aaltonen, 2010). En los casos observados que no mejoraron su sintomatología depresiva, en reiteradas ocasiones los pacientes culpaban a los cónyuges de sus dificultades. En consecuencia los datos hallados apoyan las aportaciones de Cohen et al. (2014) y Vella y Loriendo (1990) en que cuando una persona está deprimida busca el consuelo de su entorno y éste cede a sus demandas, pero a medida que el tiempo pasa y las demandas continúan, el comportamiento del paciente produce un aumento de la hostilidad y el rencor de su ambiente relacional más próximo. Además, aunque los cónyuges procuren mostrar cercanía, tal y como afirmó Watzlawick (2009) la comunicación analógica puede diferir de la comunicación digital y esto aumentar la frustración del paciente.

Se ha demostrado también que la *Emoción Expresada* (EE) es decir, la crítica o la interacción negativa, puede aumentar la visión negativa que el paciente tiene sobre sí mismo (Beach et al., 1998; Hooley & Teasdale, 1989; Manfreda & Melosi, 1996; Seikkula et al., 2013). Por lo tanto, ayudar a los cónyuges a inhibir estas respuestas negativas y aumentar las respuestas positivas, puede ayudar a los pacientes a sentirse más seguros e incluso los síntomas pueden disminuir o remitir. La participación del cónyuge da la oportunidad a que este comparta y co-construya la narrativa de la persona deprimida. Si el cónyuge de la persona deprimida está presente, la descripción del problema puede ser más amplia y más compleja y de este modo se puede ayudar a la pareja a que adquiera un mayor sentimiento de unión, a fomentar un apoyo mutuo y a crear nuevas formas de enfocar la situación (Kuhlman et al., 2013; Kung, 2000; Rautiainen & Aaltonen, 2010; White & Epston, 1993). Y no sólo cuando las parejas presentan un alta conflictiva, ya que incluso los pacientes con depresión sin un mal ajuste diádico, responden negativamente a sus cónyuges para resolver conflictos y además una mala resolución de éstos es una fuerte generación de estrés en el matrimonio (Christian et al., 1994; Rehman et al., 2008; Schmalting & Jacobson 1990;

Whitton et al., 2008). Por lo tanto, es interesante que los terapeutas pongan atención en la dimensión de *Compartir el propósito*, ya que tal y como afirman Coyne y Benazon (2001), si la relación es cálida entre los miembros de la pareja, se validan, se muestran apoyo esto puede tener efectos importantes en el alivio de la depresión.

Finalmente, en relación a las conductas antecedentes de los cónyuges y las conductas subsecuentes de los pacientes se hallaron diferencias significativas tanto para los casos que mejoraron y no mejoraron su sintomatología depresiva al final de la terapia. Sólo en los casos de mejora se detectaron diferencias en función del momento temporal, en concreto en la sexta sesión.

En los casos de mejora, partiendo de las conductas antecedentes de los cónyuges y las conductas subsecuentes de los pacientes, se dieron un mayor número de patrones secuenciales positivos. Esto puede estar relacionado con el hecho de que si en la pareja existe una menor hostilidad la construcción de la alianza puede ser más favorable. Es decir, si hay una buena disposición de los miembros de la pareja para participar activamente en la terapia esto conlleva a que trabajen juntos como equipo. Por lo tanto, en la línea de las aportaciones de Coyne et al. (2002) y Vella y Loriendo (1990) si las demandas de los pacientes no tienen un componente hostil favorece a que los cónyuges se sientan más cercanos a sus parejas.

En cambio, las interacciones de los cónyuges fueron menores en los casos de no mejora sintomática y en algunos patrones se presenciaron dimensiones negativas de alianza. Los pacientes querían sentirse emocionalmente apoyados por sus parejas, pero sólo en base a interacciones positivas esto era posible, de lo contrario, los cónyuges se mostraban más retirados y menos proclives a mostrar apoyo.

Observamos las interacciones antecedentes de los cónyuges y las conductas subsecuentes de los pacientes en los casos de mejora y hallamos que las conductas de *Enganche* por parte de los cónyuges con los terapeutas generaban que los pacientes respondieran en la misma dirección implicándose en la terapia y valorando los cambios que se sucedían. En cambio, la dimensión de *Enganche* inhibía conductas subsecuentes de *Conexión* y de *Seguridad* por parte de los pacientes. Del mismo modo, la *Conexión* por parte de los cónyuges inhibía conductas en *Enganche* por parte de los pacientes. En cambio, las conductas en *Conexión* de los cónyuges hacia los terapeutas activaban conductas de *Seguridad* en los pacientes. Si los cónyuges se sentían cercanos a los

terapeutas, esto conllevaba a que sus parejas se sintieran más seguras en el contexto terapéutico. Y este proceso se produjo a la inversa, es decir, la *Seguridad* de los cónyuges generaba que también los pacientes se sintieran más cercanos al vínculo emocional con el terapeuta.

Por último, destacamos que la dimensión de *Compartir el propósito positivo* de las parejas inhibía conductas de *Enganche* por parte de los pacientes. Como hemos observado las conductas en *Compartir el propósito positivo* de las parejas sí que conllevaba a que los cónyuges se sintieran más seguros en el contexto de terapia. Con todos ellos, observamos que las interacciones entre los cónyuges y los pacientes, en los casos de mejora sintomática, fueron positivas ya que la dimensión de *Compartir el propósito negativo* no estuvo presente.

Si nos centramos en los casos de no mejora, partiendo de las conductas antecedentes de los cónyuges y las conductas subsecuentes de los pacientes, observamos como la *Seguridad* de los cónyuges con los terapeutas implicaba un refuerzo de la *Seguridad* en los pacientes. Y que la dimensión de *Compartir el propósito positivo* de las parejas también favoreciera a que los pacientes se sintieran más seguros en la terapia.

Finalmente, presenciamos de nuevo un patrón secuencial en estos casos en la dimensión de *Compartir el propósito negativo* de las parejas. Esta dimensión no activaba conductas ni en *Enganche*, ni en *Compartir el propósito positivo*, sino que nuevamente generaba indicadores en la dimensión de *Compartir el propósito negativo* de las parejas, por tanto nuevamente se muestra que las parejas mantenían interacciones negativas que ampliaban la hostilidad y la desvalorización entre ambos.

Algunos autores consideran que los patrones de comportamiento pueden ser diferentes si la persona deprimida en la pareja es hombre o mujer. En primer lugar, hay evidencias que indican que las mujeres son emocionalmente más expresivas tanto en las emociones positivas y negativas. En segundo lugar, las mujeres son más sensibles a los problemas relacionales y en cambio los hombres son más sensibles a los problemas laborales que pueden conllevar a síntomas depresivos. Y por último, las mujeres son más propensas a buscar ayuda en relación a la depresión y en cambio los hombres son más sensibles a reconocer síntomas somáticos de la depresión como la fatiga o las dificultades en el sueño (Cochran & Rabinowitz, 2000; Kendler et al., 2001). No

obstante, partiendo del discurso de las parejas analizadas, sin tener en cuenta el género, los cónyuges de los pacientes deprimidos manifestaron su incapacidad y frustración por no poder provocar cambios en los síntomas de sus parejas. Así se presenciaron conductas hostiles entre ambos miembros de la pareja instaurando una serie rígida de anillos de interacción. Por lo tanto, el objetivo de los terapeutas y como los resultados muestran, es importante que mediante la dimensión de *Seguridad* y la dimensión de *Compartir el propósito*, interrumpan estos ciclos interactivos, procurando como aportan Jones y Asen (2000) modificar los comportamientos de los pacientes y cónyuges y los significados atribuidos a la enfermedad.

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 referencia a las limitaciones consideramos en primer lugar, que para realizar el análisis secuencial se estableció un análisis de las interacciones que se activaban o se inhibían mediante un proceso de *lag 1 to lag 1*, de este modo se limitó el período de análisis de las posibles interacciones secuenciales. En segundo lugar, una buena parte de los análisis son de carácter exploratorio, por lo que se requieren investigaciones posteriores para corroborar y comparar los resultados. En tercer lugar, hubiera sido necesario conseguir un mayor número de participantes es decir, un mayor número de casos hubieran podido desvelar más secuencias de interacción significativas. Y por último, la observación realizada nos ha aportado información relevante para entender cómo se establece la alianza terapéutica, aunque en futuros estudios sería útil recurrir a otros instrumentos de auto-registro, para conocer la visión directa de la pareja y de la figura del terapeuta en relación a la alianza terapéutica a lo largo del tratamiento.

Asumiendo estas limitaciones consideramos que hemos podido comparar las diferencias en la construcción de la alianza terapéutica entre casos de terapia de pareja con diferente resultado en base a la sintomatología depresiva, y profundizar, como señalan Barber et al. (2000), en una cuestión clave en la investigación, como es la asociación entre la alianza y el resultado final de la terapia. Además, consideramos que mediante los resultados obtenidos hemos podido comprobar como la alianza terapéutica es un requisito esencial en el tratamiento y como la construcción de la alianza terapéutica es más compleja en el campo de la terapia de pareja, respecto a la terapia

individual, pues es esencial generar un contexto de colaboración y suficientemente seguro para implicar a todos los miembros en el proceso terapéutico (Anderson & Johnson, 2010; Beck et al., 2006; Escudero, 2009; Friedlander et al., 2011; Martin et al., 2000; Rait, 2000; Symonds & Hovarth, 2004; Sotero et al., 2015; Sprenkle et al., 2009).

Con esta investigación hemos constatado como las dimensiones del SOATIF son conceptualmente interdependientes y debido a esta interrelación se asume como afirman Escudero et al. (2004) y Friedlander et al. (2009, 2011) que fomentado algunas dimensiones se puede mejorar la alianza terapéutica entre los participantes. Más específicamente, podemos afirmar que la dimensión de *Compartir el propósito* es discriminativa en el resultado final de la terapia. Esta dimensión ha sido clave y ha mostrado diferencias significativas en base al proceso de terapia, marcando una clara distinción entre los casos que mejoraron y no mejoraron la sintomatología depresiva. Los terapeutas fomentaron la *Seguridad* y la dimensión de *Compartir el propósito* para reparar posibles alianzas problemáticas. Es decir, un ambiente seguro y una buena unión entre la pareja facilita que ésta se involucre en la terapia creando un acuerdo común, por lo tanto los terapeutas contemplaron la importancia de la alianza intra-familiar.

Además los resultados hallados ponen de manifiesto el valor de crear un análisis de micro-proceso en relación a la alianza terapéutica ya que ésta fluctúa a lo largo de las sesiones. En especial, cuando hablamos de terapia conjunta creemos que este análisis secuencial a pequeña escala es muy relevante cuando uno de los miembros está diagnosticado de un trastorno mental severo, como es la Depresión Mayor. Ya que los datos secuenciales pueden dar información u orientar a los terapeutas en el desarrollo de las sesiones y en su formación respecto la alianza y el proceso terapéutico.

Se demuestra que la terapia de pareja juega un papel relevante en la depresión y consideramos que la construcción de la alianza terapéutica tiene una serie de peculiaridades en estos casos que son necesarios tener en cuenta para un óptimo proceso de terapia. Puesto que la alianza es un factor común y se ha demostrado que es una variable tan relevante en el resultado final de la terapia, creemos que esta investigación pone de manifiesto la importancia del entrenamiento en relación a la alianza terapéutica. Es decir, de acuerdo con Crits-Christoph et al. (2006) y Carpenter et al. (2008) un buen entrenamiento en habilidades de observación de la alianza puede capacitar a los terapeutas para detectar el desarrollo y las posibles dificultades que se producen en ésta.

Ya que un buen entrenamiento en la alianza puede ayudar a reparar dificultades en el proceso terapéutico y esto producir cambios positivos en el tratamiento.

En relación a investigaciones futuras, actualmente se está desarrollando una tesis doctoral en relación a la temática presentada y a la metodología aplicada. Esta investigación tiene como objetivo principal analizar la construcción de la alianza terapéutica en terapia de pareja cuando uno de los cónyuges está diagnosticado de un Trastorno Depresivo Mayor o de un Trastorno Distímico y analizar los posibles patrones diferenciales entre ambos grupos. Por tanto, mediante a esta investigación, vinculada al *Grup de Recerca de Parella i Família*, consideramos que se podrá profundizar y ampliar los datos hallados en esta investigación. Posteriormente, creemos relevante que se puedan llevar a cabo investigaciones mediante la metodología expuesta para corroborar y extrapolar los datos hallados mediante otros posibles diagnósticos y así detectar similitudes y diferencias en base a la construcción de la alianza terapéutica. En concreto, será necesario replicar el análisis secuencial realizado, dado que creemos que promover el análisis secuencial en futuras investigaciones, puede ser relevante para suscitar análisis micro-analíticos sobre cómo construir la alianza terapéutica en terapia de pareja a lo largo del proceso psicoterapéutico. En esta investigación, como ya hemos mencionado, no se han contemplado otras variables como es el apego o las diferencias de género y consideremos que podría ser de gran relevancia profundizar en estas variables que pueden implicar diferencias en la creación de la alianza.

Esta investigación pone de relieve la complejidad de la alianza terapéutica en terapia de pareja y que ésta es un constructo crucial para entender el proceso y el resultado de la terapia. Por lo tanto, consideramos que la terapia familiar y en especial en la terapia de pareja, requiere de un recorrido más amplio que demuestre la importancia de la alianza terapéutica en diferentes contextos y problemáticas.

Esperamos que mediante esta investigación se hayan dado herramientas a los terapeutas para tener obtener un óptimo resultado en el proceso psicoterapéutico. Este estudio tiene un interés clínico pero a la vez dentro del ámbito de la investigación 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. En síntesis, el estudio genera una aportación teórica y empírica relevante en el campo de la terapia familiar y en la formación de futuros terapeutas, ya que la psicoterapia no se puede

entender al margen de establecer una relación interpersonal fuerte y positiva entre la pareja y el terapeuta.

8. Conclusiones

8. Conclusiones

Esta tesis presenta los resultados de la Construcción de la Alianza Terapéutica en Terapia de Pareja con Trastorno Depresivo Mayor. Las aportaciones más significativas se resumen a continuación.

1. En base a los resultados obtenidos asumimos que la alianza terapéutica no es el único factor explicativo del resultado final de la terapia, aunque sin lugar a dudas, ésta influye en el proceso psicoterapéutico. La alianza terapéutica ha ayudado a fomentar y a promover cambios y se han revelado diferencias en el desarrollo de la terapia, respecto a los casos de mejora y no mejora en relación a la sintomatología depresiva al final del tratamiento.
2. Los resultados obtenidos han demostrado que la alianza terapéutica es un proceso dinámico, que evoluciona y que fluctúa a lo largo del tratamiento. Y es esencial que ésta se evalúe en un análisis de micro-proceso a lo largo de la terapia, siendo así un elemento que otorga al terapeuta una valiosa información acerca de cómo se está desarrollando el proceso terapéutico.
3. Los pacientes y los terapeutas realizaron más conductas en relación a la alianza terapéutica, respecto a los cónyuges. Es decir, los cónyuges obtuvieron en las sesiones analizadas un rol más pasivo y secundario en su implicación en la terapia, en especial los cónyuges de los casos de no mejora sintomática.
4. En referencia a las dimensiones analizadas con el SOATIF-o las cuatro dimensiones son relevantes para comprender las características del trabajo con parejas y familias, aunque las dimensiones de Seguridad y Compartir el propósito reflejan los procesos únicos del formato de terapia con más de un miembro.
5. La dimensión de Compartir el propósito fue discriminativa en el pronóstico y viabilidad de la terapia. Esta dimensión ha sido clave y ha mostrado diferencias significativas en base al proceso de terapia, marcando una clara distinción entre los casos que mejoraron y no mejoraron la sintomatología depresiva. En los casos de mejora los pacientes y los cónyuges realizaron conductas positivas respecto a la dimensión de Compartir el Propósito, como respuesta a las

contribuciones positivas de los terapeutas. Y en los casos de no mejora, esta dimensión fue negativa en la pareja a pesar de las contribuciones positivas de los terapeutas en dicha dimensión. Por lo tanto, aunque los pacientes y los cónyuges pudieran establecer individualmente un buen Enganche, una buena Conexión Emocional y sentir Seguridad en el contexto de la terapia esto no fue suficiente para determinar el pronóstico de la terapia, sino que la alianza intra-familiar es el elemento clave para el resultado final del tratamiento.

6. Los terapeutas fomentaron la Seguridad y la dimensión de Compartir el propósito para reparar posibles alianzas problemáticas. Es decir, un ambiente seguro y una buena unión entre la pareja facilita que ésta se involucre en la terapia creando un acuerdo común, por lo tanto los terapeutas contemplaron la importancia de la alianza intra-familiar.
7. Las parejas se sintieron seguros en el contexto de terapia y los terapeutas contribuyeron en la dimensión de Seguridad para neutralizar la elevada conflictiva conyugal entre la díada. Y por consiguiente, pusieron más atención en la dimensión de Compartir el propósito para generar una visión de unidad entre los miembros de la pareja.
8. Los terapeutas deben tener muy presente la dimensión de Sentido de compartir el propósito. Sobre todo, si la conflictiva entre los cónyuges es muy elevada. Fomentar la alianza intra-familiar positiva es esencial para que la pareja se comprometa en la terapia. Ya que si la pareja no es capaz de trabajar como un equipo es probable que el pronóstico de la terapia sea más negativo.
9. En los casos de mejora, debemos considerar que aunque la conflictiva conyugal no era tan elevada, a medida que la sintomatología depresiva disminuía, la pareja empezó a mostrar ciertos indicadores negativos en la dimensión de Compartir el Propósito de la Terapia. Desde la perspectiva sistémica, se concibe que el síntoma implica un mensaje y que representa un poderoso inductor de conductas que mantiene la homeostasis familiar. Cuando los pacientes disminuyeron los síntomas se dieron permiso para 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 de provocar cambios en la jerarquía interna de la pareja.

10. Las parejas en los casos de no mejora estaban inmersas en una alta conflictiva y los terapeutas fomentaron 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 del terapeuta, la pareja siguió respondiendo con indicadores negativos de la dimensión Compartir el propósito.
11. Un buen entrenamiento en habilidades de observación de la alianza puede capacitar a los terapeutas para detectar el desarrollo y las posibles dificultades que se producen en ésta. Ya que un buen entrenamiento en la alianza puede ayudar a reparar dificultades en el proceso terapéutico y esto producir cambios positivos en el tratamiento.

9. Referencias

9. 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. (1971). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares: Psicodinamismos de la vida familiar*. Barcelona: Paidós.
- 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.
- Álvarez, M., & Garcia, J.M. (2001). Tratamientos eficaces para la depresión. *Psicothema, 3*, 493-510.
- Anderson, S., & Johnson, L. (2010). A Dyadic Analysis of the Between- and Within-System Alliances on Distress. *Family Process, 49*, 220-235.
- Arnow, B., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M., Klein, D.,... Kocsis, J. (2013). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 21*, 1-12 doi: 10.1037/a0031530.
- Artigas, L., Vilaregut, A., Mateu, C., & Feixas, G. (2015). The construction of the therapeutic alliance in couple therapy in two contrasting cases with depression. *Journal of Family Therapy* (en prensa).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Washington, DC: Author.
- 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.

- Bakeman, R. y Quera, V. (1996). *Análisis de la interacción: Análisis secuencial con SDIS y GSEQ (Analyzing Interaction: Sequential Analysis with SDIS and GSEQ)*. Madrid: Ra-Ma.
- Bakeman, R., & Quera, V. (2011). *Sequential Analysis and Observational Methods for the Behavioral Sciences*. Cambridge, UK: Cambridge University 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., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R., Frank, A.,...Gallop, R. (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 9, 54-73. doi: 10.1080/10503309912331332591.
- 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. P., Khalsa, S. R., & Sharpless, B. A. (2010). The Validity of the Alliance as a Predictor of Psychotherapy Outcome. En Muran, J. C., & Barber, J. P. (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.
- Barrowclough, C., & Hooley, JM. (2003). Attributions and expressed emotion: a review. *Clinical Psychology Review*, 6, 849-880.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.

- Beach, S., & O'Leary, K. (1992). Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response of marital therapy versus cognitive therapy. *Behavior Therapy, 23*, 507-528. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80219-9.
- 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 D.K. Snyder & M.A. Whisman (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. Doi: 10.1177/0265407503020003005.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck depression inventory II (BDI-II)*. San Antonio, TX: Psychology Corporation.
- Beck, M., Friedlander, M., & 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. doi:10.1111/j.1752-0606.2006.tb.01612.x.
- Bernardo, M. (2000). Epidemiología. En J. Vallejo & C. Gastó, eds., *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión* (pp. 217-226). Barcelona: Masson.
- Blatt, S., Zuroff, D., Bondi, C., Sanislow, C., & Pilkonis, P. (1998). When a low perfectionism impedes the brief treatment of depression: Further analyses of the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Psychology, 66*, 423-428.
- Blow, A., Sprenkle, D., & 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., Beach, S., Widmer, K., Gabriel, B.,... Schramm, E. (2008). Effects of Coping-Oriented Couples Therapy on Depression: A Randomized Clinical Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 6*, 944–954. doi: 10.1037/a0013467.
- 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.
- 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.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- Bradbury, T.M., & Karney, B.R. (2004). Understanding and altering the longitudinal course of marriage. *Journal of Marriage and Family, 4*, 862-879. doi: 10.1111/j.0022-2445.2004.00059.x.
- Brown, P. D., & O’Leary, K. D. (2000). Therapeutic alliance: Predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 340-345.
- Brown, G.W. (2002). Social roles, context and evolution in the origins of depression. *Journal of Health and Social Behavior, 43*, 255-276.
- Burman, B., & Margolin, G. (1992). An analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective. *Psychological Bulletin, 112*, 39-63. doi: 10.1037/0033-2902.112.1.39.

- 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. (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. (2007). Infidelidad conyugal: Dificultades de manejo en la terapia de pareja. Propuesta de un modelo de intervención. *Sistemas Familiares* 2, 29-43.
- Campo, C., & Linares J.L. (2002). *Sobrevivir a la pareja*. Barcelona: Planeta.
- Cancrini, L., & LaRosa, C. (1996). *La caja de Pandora*. Barcelona: Paidós.
- Cano, A., & O'Leary, K.D. (2000). Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 774-781. doi: 10.1037/0022-006X.68.5.774.
- 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.
- 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.
- Christian, J.L., O'Leary, K.D., & Vivian, D. (1994). Depressive symptomatology in maritally discordant women and men: The role of individual and relationship variables. *Journal of Family Psychology*, 8, 32-42.

- Cochran, S.V., & Rabinowitz, F.E. (2000). *Men and depression: clinical and empirical perspectives*. San Diego: Academic Press.
- Cohen, S., O'Leary, D., & 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*, 402-17 doi: 10.1016/j.beth.2014.01.003.
- Connolly, M., Crits-Christoph, P., Shapell, S., Barber, J., Luborsky, L., & Shaffer, C. (1999). Relation of transference interpretation to outcome in the early sessions of brief supportive expressive psychotherapy. *Psychotherapy Research, 9*, 485-495.
- Constantino, M., Castonguay, L., & Schut, A. (2002). The working alliance. A flagship for the "scientist-practitioner" model in psychotherapy. En Tryon, G. (Ed.), *Counseling based on process research* (pp. 81-131). New York: Allyn&Bacon.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología, 19*, 205-221.
- Coulehan, R., Friedlander, M. L., & Heatherington, L. (1998). Transforming narratives: A change event in constructivist family therapy. *Family Process, 37*, 17-33.
- Coyne, J.C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry, 39*, 28-40.
- 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., Pepper, C.M., & Flynn, H. (1999). Significance of prior episodes of depression in two patient populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 76-81.

- 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., Thompson, R., Klinkman, M., & Nease, D. (2002). Emotional disorders in primary care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 798-809.
- 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., Crits-Christoph, K., Narducci, J., Schamberger, M., & Gallop, R. (2006). Can therapists be trained to improve their alliance? A preliminary study of alliance-fostering psychotherapy. *Psychotherapy Research, 16*, 268-281. doi: 10.1080/10503300500268557.
- 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.
- 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.

- Deacon, B.J., & Baird, G.L. (2009). The chemical imbalance explanation of depression: reducing blame at what cost? *Journal of Social and Clinical Psychology, 28*, 415-435. doi: 10.1521/jscp.2009.28.4.415.
- 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.
- Denton, W., & Burwell, S. (2006). Systemic couple intervention for depression in women. *Journal of Systemic Therapies, 25*, 43-57.
- DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 469-482. doi:http://dx.doi.org/10.1007/BF01172968.
- DeRubeis, R. J., Brotman, M. A., & Gibbons, C. J. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*, 174-183. doi:http://dx.doi.org/ 10.1093/clipsy/bpi022.
- 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.
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance-a study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research, 19*, 421-434. doi: 10.1093/ptr/10.4.421.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review, 28*, 1167-1187.
- Emmanuels-Zuurveens, L., & Emmelkamp, P. (1996). Individual Behavioural-Cognitive Therapy vs. Marital Therapy for Depression in Maritally Distressed Couples. *British Journal of Psychiatry, 169*, 181-188.
- Epstein, N., & Baucom, D. (2002). *Enhanced Cognitive-Behavioural Therapy for Couples: A Contextual Approach*. Washington: American Psychological Association.

- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la terapia familiar. *Apuntes de Psicología, 27*, 247-259.
- Escudero, V., & Friedlander, M. (2003). El sistema de observación de la alianza terapéutica en intervención familiar (SOATIF): Desarrollo trans-cultural, fiabilidad, y aplicaciones del instrumento. *Mosaico: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar, 25*, 32-36.
- Escudero, V., Friedlander, M., & Deihl, L. (2004). *SOATIF-o for therapists*, accessible en www.softa-saotif.net.
- Escudero, V., Friedlander, M., 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., 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., Boogmans, E., Loots, G., & Friedlander, M. (2012). Psychotherapy, Alliance Rupture and Repair in Conjoint Family Therapy: An Exploratory Study *Psychotherapy, 49*, 26-37.
- 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. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.67.4.578>.
- 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.
- Feixas, G., & Compañ, V. (2015). *Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- 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. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders-Clinician Version (SCID-VC)*. Washington, DC: APA. Versión española (SCID-I) de J. Blanch. Barcelona: Masson, 1999.
- Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B., Symonds, D., & Horvath, A. (2012). How Central Is the Alliance in Psychotherapy? A Multilevel Longitudinal Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 10–17. doi: 10.1037/a0025749.
- 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, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, (pp. 122-144). London: Hogarth Press.
- Friedlander, M., & Tuason, M. (2000). *Processes and outcomes in couples and family therapy*. New York: Wiley.
- Friedlander, M., Leham, P., McKnee, M., Field, N., & Cutting, M. (2000). *Development of the Family Therapy Alliance Observer Rating Scale*, trabajo presentado en el Congreso Anual de la American Psychological Association, Washington, DC.
- Friedlander, M., Escudero, V., & Heatherington, L. (2001). SOFTA-o for clients, accessible en <http://www.softa-soatif.net>.

- Friedlander, M., & Escudero, V. (2002). SOFTA-s accessible en <http://www.softa-soatif.net>.
- 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*. Disponible en la página web: <http://www.softa-soatif.com/docusofta/softa%20instruments/manuales/SOATIFManual.pdf>.
- Friedlander, M., 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., Lambert, J., & Muñiz C. (2008). A step toward disentangling the alliance/improvement cycle in family therapy. *Journal of Counseling Psychology, 55*, 118-124.
- Friedlander, M., Lambert, J., Escudero, V., & Cragun, C. (2008). 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., Escudero, V., & Heatherington, L. (2009). *La Alianza Terapéutica: En la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Friedlander, M., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, D. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy, 48*, 25-33. doi: 10.1037/a002206025.
- Gabriel, B., Beach, S., & Bodenmann, G. (2010). Depression, Marital Satisfaction and Communication in Couples: Investigating Gender Differences. *Behavior Therapy, 41*, 306-316. doi: 10.1016/j.beth.2009.09.001.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Gallagher, D., & Thompson, L. W. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapy processes. *Psychotherapy Research, 1*, 104-112. doi:10.1080/10503309112331335531.

- Gillian, C. M., & Cottone, R.R. (2005). Couple or individual therapy for the treatment of depression? An update of the empirical literature. *American Journal of Family Therapy*, 33, 265-272.
- 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., Ostrom, R., Meyer, K.,... Gafsky, E. (2011). Therapeutic alliance and progress in couple therapy. *Journal of Family Therapy*, 33, 42-65. doi: 10.1111/j.1467-6427.2010.00503.x.
- Goldfarb, M.R., Trudel, G., Boyer, R., & Prévile, M. (2007). Marital relationship and psychological distress: Its correlates and treatments. *Sexual and Relationship Therapy*, 22, 109-126. doi:10.1080/14681990600861040.
- Goldstein, B., & Rosselli, F. (2003). Etiological paradigms of depression: The relationship between perceived causes, empowerment, treatment preferences and stigma. *Journal of Mental Health*, 12, 551-563.
- Gotlib, I., & LeMoult, J. (2014). The “Ins” and “Outs” of the Depressive Disorders Section of DSM-5. *Clinical psychology: science and practice*, 3, 193-207.
- Gottman, J. M. (1994). *Why marriages succeed or fail*. New York: Simon & Schuster.
- Gottman, J. M. (2011). *The science of trust: Emotional attunement for couples*. New York: Norton.
- Gottman, J.M., & Levenson, R. (1999). Rebound from marital conflict and divorce prediction. *Family Process*, 3, 287-292.
- Greenson, R. R. (1967). *Technique and Practice of Psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Gupta, M., Coyne, J., & Beach, J. (2003). Couples treatment for major depression: critique of the literature and suggestions for some different directions. *Journal of Family Therapy*, 25, 317-346.

- Haley, J. (1993). *Tratamiento de la familia*. Barcelona: Toray.
- Haley, J. (2005). *Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (2013). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Halford, W., & Snyder, D. (2012). Universal processes and common factors in couple therapy and relationship education. *Behavior Therapy, 43*, 1-12.
- Hammen, C. (1991). The generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 555-561.
- Hammen, C. (1997). *Depression*. London: Psychology Press.
- 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., Martínez, 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.
- 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. (1990). Couple and Family Therapy Alliance Scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy, 16*, 299-306.
- Heatherington, L. y Friedlander, M., & Greenberg, L. (2005). Change process research in couples and family therapy: Methodological challenges and opportunities. *Journal of Family Psychology, 19*, 18-27.

- 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.
- Hendriksen, M., Peen, J., Van, R., Barber, J., & Dekker, J. (2014). Is the alliance always a predictor of change in psychotherapy for depression? *Psychotherapy Research, 24*, 160–170. doi:1080/10503307.2013.847987.
- Hernández, R. (2007). *Fundamentos de la metodología de la investigación*. Méjico: 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.
- Hilliart, R., Henry, W., & Strupp, H. (2000). An interpersonal model of psychotherapy: Linking patient and therapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 125-133. doi: 10.1037//0022-006X.68.1.125.
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L., Wang, C., Holthe, H., Haugum, J.,... Holte, A. (2005). The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 627-644.
- Hollon, S., & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and Anxiety, 27*, 891–932.
- 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., & Greenberg, L. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.
- Horvath, A., & Symonds, B. (1991). Relation between the working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.
- Horvath, A., & Bedi, R. (2002). The alliance. In Norcross, J. C. (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.
- Jackson, D. (1977). *Comunicación, familia, y matrimonio*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- 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.
- Jacobson, N., Dobson, K., Fruzzetti, A., & Schmaling, K. (1991). Marital Therapy as a Treatment for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 547-557.
- Jacobson, N., Fruzzetti, A., Dobson, K., Whisman, M., & Hops, H. (1993). Couple therapy as a treatment for depression: The effects of relationships quality and therapy on depressive relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 516-519. doi: 10.1007/BF02230407.

- 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, S., & Lebow, J. (2000). The "coming of age" of couple therapy: a decade review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 23-38.
- 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.
- 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.
- Joiner, T. (2002). Depression in its interpersonal context. En Gotlib & 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.
- Joyce, A.S., Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., & Sheptvcki, A.R. (2010). Interpersonal predictors of outcome following short-term group therapy for complicated grief: a replication. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 2, 122-35. doi: 10.1002/cpp.686.
- Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Kazdin, A. E., Marciano, P. L., & Whitley, M. K. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive, and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 726-730.
- Kendler, K. Thornton, L., & Prescott, C. (2001). Gender differences in the rates of exposure to stressful life events and sensitivity to their depressogenic effects. *American Journal Psychiatry*, 1, 587-593.

- Kessler, R.C. Berglund, P., Demler, O., Jin, R. Koretz, D.,... Merikangas, K.R. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- 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.
- Kluwer, E.S., Heesink, J.A.M. & Van de Vliert, E. (1996) Marital Conflict About the Division of Household and Paid Labor. *Social Conflict*, 4 (13), 24-50.
- 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. (2007). Therapeutic alliance and treatment progress in couple psychotherapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 245-257.
- Kokotvic, A., & Tracey, T., (1990). Working alliance in the early phase of counselling. *Journal of Counseling Psychology*, 37, 16-21.
- 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.
- Krupnick, J., Sotsky, S., Simmers, S., Moyer, J., Elkin, I., Walkins, J., & Pilkonis, P. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 532-539.
- 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. doi 10.1007/s10591-012-9215-5.
- Kuhlman, I., Tolvanen, A., & Seikkula, J. (2013). Couple Therapy for Depression Within a Naturalistic Setting in Finland: Factors Related to Change of the Patient and the Spouse. *Contemporary Family Therapy*, 35, 656–672. doi: 10.1007/s10591-013-9246-6.
- 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.
- Lambert, M., & Bergin, A. (1992). Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists. En J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Lambert, M., & Barley, D. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 357-361. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.357.
- 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.
- Lebow, J., Chambers, A., Christensen, A., & Johnson, S. (2012). Research on the treatment of couple distress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 145-186.
- 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.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa*. Barcelona: Paidós.

- Linares, J.L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud, 18*, 381-399.
- Linares, J. L., & Campo, C. (2000). *Tras la honorable fachada*. Barcelona: Paidós.
- Luborsky, L. (1976). *Helping Alliances in Psychotherapy: The Groundwork for a Study of Their Relationship to its Outcome*. New York: Brunner.
- Macintosh, H., & Butters, M (2014). Measuring Outcomes in Couple Therapy: A Systematic Review and Critical Discussion. *Journal of Couple & Relationship Therapy, 13* 44–62. doi: 10.1080/15332691.2013.836050.
- Mahaffey, B., & Granello, P. (2007). Therapeutic Alliance: A Review of Sampling Strategies Reported in Marital and Family Therapy Studies. *The Family Journal, 15*, 207-216.
- 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.
- Mallinc-Krodt, B., & Nelson, M (1991). Counselor Training Level and the Formation of the Psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 2*, 133-138.
- 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.
- 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., 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.
- McCulloch, J.P. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- McLean, P.D., Ogston, K., & Grauer, L. (1973). A behavioral approach to the treatment of depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 4*, 323-330.
- Medina, P., Castillo, J.A., & Davins, M. (2006). La calidad de la relación de pareja: aportaciones de la investigación, en C. Pérez-Testor (comp.), *Parejas en conflicto*, (pp. 14- 31). Barcelona: Paidós.
- Migerode, L., & Hooghe, A. (2012). I love you. How to understand love in couple therapy? Exploring love in context. *Journal of Family Therapy, 34*, 371-386. doi: 10.1111/j.1467-6427.2011.00557.x.
- Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Minuchin, S., & Fishman, H.C. (2008). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Moller-Leimkuhler, A.M. (2002). Barriers to help-seeking by men: A review of socio-cultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders, 71*, 1-9.
- Montero, I., & León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 5*, 115-127.
- Montesano, A., Feixas, G., Muñoz, D., & Compañ, V. (2014). Systemic Couple Therapy for Dysthymia. *Psychotherapy, 51*, 30-40. doi: 10.1037/a0033814.

- Muñiz, C., Friedlander, M., & 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.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE). (2009). *Guidelines for Depression*. London: NICE.
- Nelson, G.M., & Beach, S.R.H. (1990). Sequential interaction in depression: Effects of depressive behavior of spousal aggression. *Behavior Therapy, 21*, 167-182.
- 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.
- Organización Mundial de la Salud (2011). *10 datos sobre la carga mundial de Morbilidad*. Recuperado en who.int/features/factfiles/global_burden/facts/es/index6. 7 de julio de 2015.
- Pettem, O., West, M., Mahoney, A., & Keller, A. (1993). Depression and attachment problems. *Journal Psychiatry Neurosis, 18*, 78-81.
- Pettit, J., & Joiner, T. (2006). *Stress Generation Chronic Depression: Interpersonal sources, therapeutic solutions* (pp. 27-39). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pérez, M., & Garcia JM. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema, 3*, 403-510.
- 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. doi:10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x.

- 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. doi: 10.1111/j.1752-0606.2000.tb00270.x.
- 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.
- Puscher, B., Wolf, M., & Kraft, S. (2008). Helping alliance and outcome in psychotherapy: what predicts what in routine outpatient. *Psychotherapy Research*, 18, 167-178. doi:10.1080/10503300701364984.
- Pyne, J.M., Rost, K.M., Farahati, F., Smith, J., Williams, D.K., & Fortney, J. (2005). One Size First Some: The Impact of Patient Treatment Attitudes on the Cost-effectiveness of a Depression Primary Care Intervention. *Psychological Medicine*, 6, 839-854.
- Quinn, W., Dotson, D., & Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and Their associations with outcome in Family therapy. *Psychotherapy Research*, 7, 429-438.
- Rait, D. (1998). Perspectives on the Therapeutic Alliance in Brief Couples and Family Therapy. En J. D. Safran & J. C. Muran (Eds.), *The Therapeutic Alliance in Brief Psychotherapy*, (pp. 171-191). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rait, D. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Psychotherapy in Practice*, 56, 211-224. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<211::AID-JCLP7>3.0.CO;2-H.
- Rautiainen, E., & Aaltonen, J. (2010) Depression: The differing narratives of couples in couple therapy. *Qualitative Report*, 15, 156-175.

- 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*, 271–283. doi: 10.1111/j.1467-6427.2012.00601.x.
- Ríos, J.A. (2005). *Los ciclos vitales de la familia y la pareja*. Madrid: Editorial CCS.
- Ripley, J., Worthington, E., Bromley, D., & Kemper, S. (2005). Covenantal and contractual values in marriage: Marital Values Orientation toward Wedlock or Self-actualization (Marital VOWS) Scale. *Personal Relationships, 3*, 317-336. doi: 10.1111/j.1475-6811.2005.00118.x.
- Riso, L.P., Blandido, J.A., Hendricks, E., Grant, M.M., & Duin, J.S. (2002). Marital History and Current Marital Satisfaction in Chronic Depression. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 4*, 291-295.
- 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.
- Rodríguez, M. (1994). *Técnicas de Negociación*. Méjico: Mc Graw Hill.
- Rogers, C. (2008). *Psicoterapia centrada en el cliente: práctica, implicaciones y teoría*. Barcelona: Paidós.
- Rugel, R.P. (1997). *Husband-focused marital therapy: An approach to dealing with marital distress*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher.
- Ryum, T., Stiles, T., & Vogel, P. (2009). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in the treatment of depression and anxiety disorders. *Journal of the Norwegian Psychological Association, 46*, 651-657.
- 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.
- Safran, J., & Muran, J. (2000). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and Integration in Session. *Psychotherapy in Practice*, 56, 233-243.
- 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.
- 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., 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. doi: 10.1111/j.1467-6427.2012.00592.x.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (2008). *Paradoja y Contraparadoja: un nuevo modelo de terapia familiar de transacción esquizofrénica*. Barcelona: Paidós.
- Senchak, M., & Leonard, KE. (1992). Attachment styles and marital adjustment among newlywed couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 51-64. doi: 10.1177/0265407592091003.
- Schmaling, K.B., & Jacobson, N.S. (1990). Marital interaction and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 229-236.
- Shapiro, R. (1974). Therapists' attitudes and premature termination in family and individual therapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2, 101-107.

- 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.
- 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. doi: 10.1037/0022-006X.76.3.505.
- Soriano, J. (2009). *Marcadores relacionales en la Depresión Mayor y la Distimia*. (Tesis doctoral). Universidad Autónoma de Barcelona.
- Sotero, L., Major, S., Escudero, V., & Relvas, A.P. (2014). The therapeutic Alliance with involuntary clients. How does it work? *Journal of Family Therapy, 1*-22. doi:10.1111/1467-6427.12046.
- Sprenkle, D. H., Davis, S. D., & Lebow, J. L. (2009). *Common Factors in Couple and Family Therapy. The Overlooked Foundation for Effective Practice*. Nueva York: Guilford Press.
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego in analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis, 15*, 117-126.
- 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.
- Strunk, D., Cooper, A., Ryan, E., DeRubeis, R., & Hollon, S. (2012). The process of change in cognitive therapy for depression when combined with antidepressant medication: Predictors of early intersession symptom gains. *Journal of*

Consulting and Clinical Psychology, 80, 730-738. doi: 10.1037/a0029281.10.1037/a0029281.sup.

- 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.
- Tallman, I., Gray, L., Kullberg, V., & Henderson, D. (1999). The Intergenerational Transmission of Marital Conflict: Testing a Process Model. *Social Psychology Quarterly*, 3, 219-239.
- 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.
- Tapia-Villanueva, L., Poulsen, G., Armijo, I., Pereira, X., & Sotomayor P. (2009). Resolución de Entrampes en Parejas en Conflicto: Aproximaciones desde las parejas y los terapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 2, 101-114.
- Tapia-Villanueva, L., Molina, M., Aspillaga, C., Cruzat, C., Pereira, X., Poulsen, G.,... Armijo, I. (2014). Factors Preventing Gridlock in Chilean Couples' Relationships Based on the Discourse of Couples Therapists and Highly Adjusted Couples. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 35, 462-478. doi: 10.1002/anzf.1076.
- 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., Werner-Wilson, R.J., & Murphy, M.J. (2005). Influence of therapist and client behaviors on therapy alliance. *Contemporary Family Therapy*, 27, 19-35. doi: 10.1007/s10591-004-1968-z.
- Thompson, S., Bender, K., Lantry, J. & Flynn, P. (2007). Treatment engagement: Building therapeutic alliance in family-based treatment. *Contemporary Family Therapy*, 29, 39-55.
- Tilden, T., Gude, T., Hoffart, A., & Sexton, H. (2010). Individual distress and dyadic adjustment over a three-year follow-up period in couple therapy: a bi-directional relationship? *Journal of Family Therapy*, 32, 119–141.
- Vaughn, C.E., & Leff, J.P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- Vella, G., & Loriendo, C. (1990). Comprensión y tratamiento del síndrome depresivo desde la perspectiva sistémica. *Revista de Psicoterapia*, 13, 53-65.
- 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. (2001). *The Great Psychotherapy Debate*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. (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.
- Webb, C., DeRubies, 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.
- Weerasekera, P., Linder, B., Greenberg, L., & Watson, J. (2001). The working alliance in client-centered and process-experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 11, 221-233.

- Weissman, M.M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, *77*, 445-451.
- Whisman, M. (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., & Bruce, M.L. (1999). Marital distress and incidence of major depressive episodes in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *108*, 674-678.
- Whisman, M., & Snyder, D. (1999). Evaluating and improving the efficacy of conjoint couple therapy. En W.K. Halford & H.J. Markman (Eds.), *Clinical Handbook of marriage and couples interventions*, (pp. 679-693). New York: Wiley.
- Whisman, M., & Snyder, D. (1999). Affective and Developmental Considerations in Couple Therapy: Introduction to the Special Series. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *6*, 345-347.
- Whisman, M., Uebelacker, L., & Weinstock, L. (2004). Psychopathology and marital satisfaction: The importance of evaluating both partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 830-838. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.830.
- 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.
- Whisman, M., Johnson, D., Be, D., & Li, A. (2012). Couple-Based Interventions for Depression. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, *1*, 185-198.
- Whitaker, C. (1999). *El crisol de la familia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Whitaker, C., & Bumberry, W. (1998). *Danzando con la familia*. Barcelona: Paidós.
- 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.
- Yin, R. (2003). *Case study research. Design and methods*. California: Sage Publications.
- Zetzel, E. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis, 37*, 369-37.
- Zuroff, D., Blatt, S., Sotsky, S., Krupnick, J., Martin, D., Sanislow, C.,... Simmens, S. (2000). Relation of therapeutic alliance and perfectionism to outcome in brief outpatient treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 114-124. doi:10.1037/0022-006X.68.1.114.
- 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.

10. Apéndice

Apéndice A: Certificación de la estancia de investigación en el Istituto Europeo di Formazione e Consulenza Sistemica (I.E.F.Co.S.) en Roma

Apéndice B: Descriptores conductuales de los clientes (SOATIF-o)

Apéndice C: Descriptores conductuales de los terapeutas (SOATIF-o)

Apéndice D: Análisis de un caso de terapia de pareja mediante el SOATIF-o

10. Apéndice

Apéndice A

Certificación de la estancia de investigación en el Istituto Europeo di Formazione e Consulenza Sistemica (I.E.F.Co.S.) en Roma



I.E.F.Co.S.

ISTITUTO EUROPEO DI FORMAZIONE E CONSULENZA SISTEMICA

Via Lovanio, 11 - 00198 R O M A
 tel (+ 39)068555131 / 068550214 Fax (+ 39)068551769
 Web: www.iefcos.it e mail:iefcos@iefcos.it

CERTIFICATO

Il sottoscritto Maurizio Coletti, presidente e direttore organizzativo dell'Istituto Europeo di Formazione, Consulenza Sistemica- I.E.F.Co.S. di Roma, certifico che Clara Mateu Martinez, dottoranda nell'università Ramon Llull di Barcelona (Spagna) con carta d'identità (DNI) 47877125-A, ha realizzato una stage con il nostro team durante un soggiorno di tre mesi (periodo: 16 settembre- 16 dicembre).

Il soggiorno é risultato utile per l'arricchimento della tematica della tesi dottorale e allo stesso tempo ha consolidato la collaborazione tra le linee di investigazione del Grup de Recerca de Parella i Família (GRPF) de la Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport (FPCEE, Blanquerna) e il nostro Istituto.

Nel trascorso di questo periodo, la dottoranda ha realizzato diverse attività nel nostro centro. In primo luogo, in relazione con le tematiche della sua tesi, ha ottenuto la registrazione di un caso clinico di terapia di coppia per analizzarlo tramite lo strumento Sistema para la Observación de la Alianza en Teràpia Familiar (SOATIF-o de Escudero & Friedlander, 2003).

Ulteriormente ha collaborato con il nostro centro e la università Libera Università Maria Ss. Assunta (LUMSA de Roma) nella creazione di un protocollo di adattamento del Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB; Ibáñez, Linares, Vilaregut, Virgili i Campreciós, 2012) sulla popolazione italiana.

Finalmente, la dottoranda, ha partecipato attivamente nelle pratiche cliniche del nostro centro, con l'obiettivo di aumentare e arricchire le sue nozioni di pratica clinica dal punto di vista della terapia sistemica.

Dall' Istituto Europeo di Formazione, Consulenza Sistemica- I.E.F.Co.S. affermiamo che la dottoranda Clara Mateu Martínez ha realizzato un soggiorno proficuo che gli ha permesso di regglungere gli obbiettivi proposti.



Maurizio Coletti

Presidente e Direttore organizzativo di I.E.F.Co.S.

Roma,



Apéndice B

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 comporte 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 dentro del 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 en 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

Ápndice C

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

Apéndice D

Análisis de un caso de terapia de pareja mediante el SOATIF-o

Caso de Mejora SESIÓN I (versión clientes)	
Manel (Paciente)	Magda
<p>ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 1)</p> <p>"Vamos a empezar desde el principio. Yo he sido comercial toda la vida. Yo estaba bien en una empresa y cogí un dinero que no era mío. No con intención de "voy y me lo quedo" sino que lo necesitaba, lo cojo y lo devuelvo. Eso se hizo una pelota y al final no podía hacer frente a devolverlo. Yo era comercial y hacía cobros a los clientes. Y ese dinero si no llegaba lo cogía y lo reponía. Y ese "cojo y lo repongo" vi que no podía. No te das cuenta y haces una pelota. Yo cogí el dinero porque no podía llegar a final de mes. Yo creo que cuando yo hice esto yo ya no estaba bien." (00:14:24)</p> <p>"Entré a trabajar donde trabaja ella (Magda). Es una administración de fincas y yo llevaba el tema de las comunidades. Es un tema estresante de por sí. Estaba su jefe, que es una persona que te menosprecia, que es un despota. Es decir, la situación en el trabajo era jodida. Siempre con la cosa que al mínimo error me echaba a la calle. Siempre con esta presión. Con toda esta presión llegó el día en que yo tenía la sensación de que en el trabajo ya no lo estaba haciendo bien. Yo salía de casa pronto porque antes de entrar en la oficina necesitaba tomarme un café, dar una vuelta a la manzana, con medio ataque de ansiedad. Llegó un momento en que ya no podía ir a trabajar y es cuando hago el segundo intento de suicidio." (00:29:12)</p> <p>"Yo en el momento en que a mí me den el alta, yo estoy en la calle y sin un duro. Sin cobrar absolutamente nada. No sé lo que vamos a hacer." (00:45:45)</p> <p>"A mí me gustaría que el tema funcionara. Yo tengo un problema. Hace cinco años que no tenemos relaciones. Es un factor añadido que a mí me cuesta de llevar." (00:55:02)</p> <p>"A mí me afecta mucho que algo me rompa la rutina. Por ejemplo, si viene gente a casa a comer me ilusiona pero me agobia porque tengo que hacer la comida, no sé si saldrá bien y todo se me hace una montaña." (00:57:12)</p>	<p>ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 1)</p> <p>"Yo veo que no estoy bien, porque últimamente vomito muchas veces y yo me lo noto. Esto me pasa desde que él está así. El cuando tuvo la crisis (refiriéndose a los problemas laborales de Manel que conllevan a dos intentos de suicidio) desapareció. Se marchó y no lo encontrábamos por ningún sitio. La primera vez lo pasé fatal, pero la segunda... (Llora y hace una pausa) (00:08:06)</p> <p>"Siempre he sido una persona muy activa y me gustaría tener más ganas de hacer cosas. Ahora tengo más apatía. Y ahora me cuesta hacer cosas. Me levanto tarde los fines de semana, no madrugo. Y por la noche no duermo." (00:56:47)</p> <p>Introduce un problema (+)</p> <p>Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo (+)</p> <p>"Yo he cambiado, yo antes nunca decía que estaba por baja por depresión. Y ahora no me importa decirlo. No me da miedo decirlo, ni me avergüenzo. Ahora soy una persona que me abro más." (00:10:39)</p>
CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 0)	
<p>SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 2)</p> <p>Revela un secreto o algo que otros miembros de la familia no sabían (+)</p> <p>Manel revela en sesión por primera vez a Magda que hubieron más intentos de suicidio de los que le había reconocido hasta entonces: "Faltan los intentos patéticos que ella no lo sabe, en casa..." (00:19:45)</p> <p>"Hay gente que se va a la cama a veces con miedo a morir. Pero yo me he ido a la cama con ganas de no despertarme. La otra opción es más positiva. En los peores momentos sigues teniendo ganas de vivir, no lo enfocas hacia el otro sentido como yo algunas veces he hecho." (00:51:04)</p>	<p>SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 2)</p> <p>Magda, explicando los intentos de suicidio de Manel, llora variando su tono emocional (00:09:13)</p> <p>"La primera vez tenía ideas de suicidio y la segunda también. En la segunda... (Llora desconsoladamente, sollozando pensábamos que no lo íbamos a ver más)." (00:10:20)</p> <p>"No sé lo digas a nuestra hija, me sabe mal hasta decirlo, pero el otro día cuando vino la Mireia (hija de la pareja) a comer, el momento de la sobremesa me sobraba. Estaba cansada, tenía ganas de dormir (llora)." (00:57:38)</p> <p>"Pero antes explica el porqué. Al por qué llegaste a esta situación. Creo que es mejor que les expliques el por qué pasó. Te intento echar un cable porque sé que te cuesta mucho decirlo." (refiriéndose a que Manel robó dinero a su empresa y después, al no ser capaz de gestionar la situación, intentó suicidarse) (00:30:40)</p>
CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 0)	
COMPARTIR EL PROPÓSITO DE LA TERAPIA (Puntuación Total = 1)	
<p>Validan mutuamente sus puntos de vista (+)</p>	<p>Magda explica: "El otro día cuando vino la Mireia (hija de la pareja) a comer, el momento de la sobremesa me sobraba. Estaba cansada, tenía ganas de dormir (llora)". Manel la acaricia y dice: "Esto también me pasa a mí, no eres tú sola. Es una lucha que a mí me preocupa que a ella le pase porque pienso que también está con una depresión." (00:57:42)</p> <p>Manel explica que cuando fue a trabajar a la empresa de Magda sufrió por el trato que recibía por parte de su jefe. Magda valida su opinión y dice: "Lo que le pasó a él, me pasó a mí. Por eso yo luego me sentía culpable porque lo metí allí a trabajar en su misma empresa). Con quien era tirano mi jefe antes de que entrara el era conmigo y estuve a punto de coger una depresión. Es normal que sufriera." (00:39:12)</p>

Caso de Mejora SESIÓN I (versión terapeuta)		Comentarios
ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 2)		
Describeores positivos y negativos	Explica cómo funciona la terapia (+)	<p>"Respecto a las cosas técnicas que se van a encontrar, verán que las sesiones se graban. Que tanto sirve para la investigación como metodología de trabajo. Los psicólogos, si luego queremos ver alguna duda, es un recurso para nosotros. A veces tomamos alguna nota. Y respecto al trabajo, trabajamos en equipo. Nosotros pensamos que los problemas en casa siempre influyen con las personas que tenemos más cerca. Por eso casi siempre citamos a las parejas o a veces a las familias. Creemos que es importante tratar las cosas desde el ambiente" (00:01:15)</p> <p>"Creo que los dos son personas con las que se puede hablar, son personas que tienen bastantes recursos personales. Yo veo que tú, Manel, eres un hombre que tiene las cosas muy claras y puedo ver que eres muy competente en tu trabajo" (00:51:41)</p> <p>"Por fortuna, se han tenido el uno al otro cuando ha habido problemas. Y aunque haya nubes, vemos como unos arcobris que representan el cariño que se tienen. Y creemos que esto es un recurso potentísimo para combatir todo lo que pueda pasar" (00:03:57)</p> <p>"Tenemos pilares importantes, hay una base sólida en vosotros. Los dos tenéis ganas y sois valientes con posibilidad y ganas de cambiar la situación y estar mejor" (00:06:25)</p>
	Expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir (+)	<p>"Como bien dices tú situación es un estado y se puede modificar. Que es lo maravilloso de los estados que se pueden modificar" (00:12:16)</p> <p>"¿Qué cambiarían o qué les gustaría cambiar, qué les gustaría mejorar a cada uno de ustedes?" (00:54:07)</p>
	Es tímida al cliente a definir sus metas en la terapia (+)	<p>"Quería decirte que los felicitemos hoy por tomar la decisión de estar aquí sentados. Creemos que se necesita mucho valor para hacer esto. Para decir, 'mira, no quiero que mi vida siga de este modo'. Entonces creemos que los dos son personas muy valientes al estar aquí" (00:00:43)</p>
	Elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar (+)	<p>CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 1)</p> <p>Magda llora al recordar los intentos de suicidio de Manel y la terapeuta expresa empatía: "Es normal, es un hecho doloroso. Y entendemos que es difícil hablar de ciertas cosas" (00:09:34)</p> <p>"Magda, entiendo que tú tuvieras el miedo de perder a Manel. Pero por otro lado, Manel, supongo que para llegar a pensar en el morir, habrán pasado muchas cosas que te hayan humillado a lo largo de tu vida. Ha habido unas circunstancias muy difíciles para que tú hayas llegado a pensar en esto" (00:10:45)</p> <p>"Ha habido una serie de circunstancias, en las cuales tú (Manel) te has sentido humillado, pero has seguido protegiendo a tu familia. Estoy convencida que han pasado muchas cosas para que te llegaras a sentir así de desesperado" (00:19:15)</p> <p>"Entiendo que la situación en un trabajo, durante un año, insostenible y con mucho estrés, genere una depresión grave, te puede pasar a ella (señala coterapeuta) o me puede dar a mí" (00:38:23)</p> <p>"El tema laboral es algo importante, en cuanto que se hace cada día y llena muchas horas al día. Entonces, os puede entender a los dos que si el trabajo es una fuente de gratificaciones que sea lo contrario cada día... no me extraña lo que te ha sucedido en un momento dado" (00:49:19)</p> <p>"Han tenido una etapa muy nublada y lluviosa, sobretodo en el terreno laboral, y el hecho de no sentirse suficientemente reconocidos o valorados en esto, deja huellas" (00:03:27)</p>
	Expresa explícitamente empatía (+)	<p>Magda intenta cuadrar el horario con la terapeuta para la próxima visita. La terapeuta le pide que lleguen un poco antes para rellenar los test de evaluación. La terapeuta bromea con ellos diciendo: "Pero bueno, no se preocupen, porque los contestaron muy rápido, ya están entrenados" (la terapeuta y la pareja se ríen) (00:09:50)</p>
	Comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente (+)	<p>SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 0)</p> <p>COMPARTIR EL PROPÓSITO DE LA TERAPIA (Puntuación Total = 1)</p> <p>Magda comenta que no comparte con Manel todo lo que llegó a sufrir con sus intentos de suicidio para que él no se sienta culpable: "A los dos os pasa lo mismo. Por un lado, tú no le dices cosas (Magda) porque le quieres, pero a él también le sabe mal hacer determinadas cosas porque te quiere. Frente al problema os intentáis proteger" (00:10:09)</p> <p>"El problema los ha llevado al medio del mar como si fueran naufragos. Y lo que han intentado para no a hogarse ha sido que uno ha querido salvar al otro y viceversa. Se han intentado proteger en diferentes momentos" (00:05:00)</p> <p>"La unión es un valor importante para los dos, además os entendéis perfectamente. Y no siempre hay la posibilidad de entenderse así en una pareja. Y a la vez en los momentos difíciles los dos os echáis una mano cuando se necesita" (00:52:49)</p> <p>"Vemos que son personas que tienen la capacidad de escucharse, de respetarse y el apoyo del uno al otro en esta historia, ha sido el anclaje a la vida" (00:02:58)</p>
	Destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos (+)	

Caso de Mejora SESIÓN 2 (versión clientes)	
Manel (Paciente)	Magda
<p>ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 1)</p> <p>“Las cosas me afectan muchísimo. Cualquier cosa que tengo que hacer es un esfuerzo para mí. Todo me agobia, todo se me hace una montaña ” (00:04:25)</p> <p>“Con los ataques de ansiedad que tengo yo no encuentro conexión. Hay veces que se me cruza un pensamiento o veo algo o te viene un recuerdo y te da pena. Pero hay momentos que estoy en la cocina trajinando y ya me da un ataque. No estoy pensando en nada, no está pasando nada. Me da un ataque de ansiedad, palpitaciones, una presión en el cuello, con una sensación de ahogo ” (00:37:22)</p> <p>“El tema de la impotencia es que empecé con más dificultades en la erección y no tenía apetencia sexual. Llega un momento en que te crea un agobio, un miedo al fracaso. A parte tuve un problema físico, me dolía porque tenía un problema de frenillo y me operaron. Luego me hice la vasectomía. Esto implicó durante un tiempo una mejora pero luego empeoró. Si tenemos una relación y ella llega, luego ella también se siente “He tenido ansiedad a bajo mientras esperaba, ahora mismo estoy con un semi ataque de ansiedad ” (00:01:12)</p> <p>Introduce un problema (+)</p> <p>Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo (+)</p> <p>“Antes no hacía ni lo imprescindible. Hace dos meses, desde que empezó el buen tiempo, hago más cosas. Por ejemplo, algo tan simple como limpiar la cocina ” (00:05:26)</p> <p>CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 1)</p> <p>La pareja explica que durante muchos años tuvo que ocuparse de los padres de Magda. La hija de ambos también tuvo un papel importante ya que cuidaba de sus abuelos. La terapeuta expresa que quizás Mireia (hija de la pareja) indirectamente, sin que nadie se lo pidiera, aprendió a cuidar a los demás. Manel se siente entendido y dice: “Sí, es posible, es posible, porque si Mireia no hubiera estado pendiente de la abuela, la abuela hubiera fallecido, ya que cuando se dio cuenta estaba cyanótica ” (00:30:11)</p>	<p>ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 1)</p> <p>“Mi madre estuvo 8 años con una embolia en cama, y nosotros dos vivíamos con mis padres, porque soy hija única y alguien se tenía que ocupar de ellos. Hubo una época al principio que lo pasamos mal, no nos separamos pero como pareja nos afectó mucho a los dos. Ser una pareja joven y convivir con mis padres fue complicado. Nosotros no los podíamos ayudar económicamente y unimos esfuerzos yendo a vivir con ellos. Para mí fue muy duro, porque yo ya había vivido que mi madre nunca tuviera intimidad porque también había cuidado de su padre y de su madre ” (00:08:00)</p> <p>Introduce un problema (+)</p> <p>“Yo creo que en esos años, en los que yo cuidaba de mis padres, sufrí una depresión. Tuve una época en que salía de trabajar y llegaba a mi casa y todo el camino lo hacía llorando y cuando llegaba tenía que hacer buena cara ” (00:15:37)</p> <p>“Me preocupa mi hija. Tenía pareja, estaba muy enamorada y un mes antes que a Manel le cogiera la crisis la dejó. Lo pasó fatal. Y además como a su padre le pasó esto, ahora necesita ir al psicólogo. Sintió que los dos pilares de su vida, los dos hombres de su vida, “Cuando él empezó a tener problemas (en el ámbito sexual) y se le quitó la apetencia yo me sentí insegura en la pareja, pensaba que era por mí, que no le gustaba ” (00:42:10)</p> <p>CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 0)</p> <p>SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 1)</p> <p>Varía su tono emocional (+)</p> <p>Magda, mientras recuerda lo que le generó el cuidado y la convivencia con sus padres, se emociona y llora (00:14:37)</p> <p>Anima a otro miembro familiar a abrirse o decir la verdad (+)</p> <p>“Yo creo que es bueno que haya explicado su problema de la impotencia. Si lo ha dicho es porque considera que aquí es un tema que se puede hablar, porque hasta ahora no lo ha explicado a nadie ” (00:55:48)</p> <p>COMPARTIR EL PROPÓSITO DE LA TERAPIA (Puntuación Total = 0)</p>

Caso de Mejora SESIÓN 2 (versión terapeuta)	
Comentarios	
ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 1)	
Es tímida al cliente a definir sus metas en la terapia (+)	<p>"Nos quedaron algunas dudas en la pasada sesión. Les preguntábamos si tendríamos una varita mágica que cambiarían. Los dos en la sesión pasada hablaron del 'tener ganas' y a nosotras nos gustaría saber 'el tener más ganas', 'más energía'. ¿En qué, cómo, para qué? ¿Qué esperarían ustedes? Esto nos ayudaría a saber hacia dónde vamos" (00:02:26)</p> <p>"Mi pregunta es ¿A día de hoy, les gustaría recuperar el espacio de la sexualidad?" (00:53:22)</p> <p>"Se muestra y se certifica que en su relación han habido cosas tan ricas y tan buenas que aunque lo hayan pasado mal hay posibilidades de hacer las cosas de manera diferente" (00:54:52)</p> <p>"Nosotros creemos que por fortuna, este periodo en que se han quedado con poca energía, o con la energía justa para vivir, este periodo está ya en la distancia. Y ahora nos encontramos con un panorama diferente. Han sido muy buenos hijos y han sido buenos padres. Ahora se merecen entrar a una especie de oasis o en un spa. Entrar en un spa y que haya un momento de relax, que se lo merecen. Ahora la vida ha puesto las circunstancias un poco mejores, los vemos ahora en una fase distinta" (00:05:14)</p> <p>"Nosotras solemos dejar algunos deberes porque sabemos que es importante lo que la gente hace en su casa. Habíamos pensado que de aquí a la próxima sesión, que hicieran una salidita en algo que a los dos les guste" (00:20:57)</p>
Expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir (+)	
Pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación/sugerencia o hacer una tarea en casa (+)	
CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 2)	
Expresa explícitamente empatía (+)	<p>"A esta familia (Manel y Magda) les ha tocado crecer muy rápido. En el momento de disfrutar de un niño pequeño, que ya supone de una reorganización enorme, han tenido que crecer muy rápido. Supongo que esto ha sido duro. Ya que da la sensación de tener 20 o 30 años, de repente han tenido que tener 40 o 50 años por lo que estaban viviendo (en relación a la familia de origen de Magda)" (00:19:35)</p> <p>"Entiendo que ha supuesto un desgaste, porque han tenido que estar tirando siempre por todo el mundo. Siempre por los otros, esforzándose, tratando de cuidarse y protegerse. Y no me extraña que en algún momento se puedan sentir cansados, agotados y sin ganas" (00:35:34)</p> <p>"Entiendo que para ti (Manel) el problema sexual sea mucha presión. Porque las mujeres tenemos la ventaja que pase lo que pase, disfrutes o no disfrutes, no se nota. Y con los hombres, es más evidente cuando algo no funciona. Lo cual no quiere decir que a las mujeres no nos pase también, pero no se puede apreciar tanto" (00:49:20)</p> <p>"Manel, se han dado una serie de situaciones y factores que no han ayudado a que no se diera la depresión. Sino que todo ha favorecido a que apareciera, por el tema del trabajo, presión laboral, presión familiar. Entiendo que como padre de familia hay cosas que te exigen y hay cosas que sino van bien en el trabajo te limitan como padre de familia. Todo eso genera una situación de mucha presión en que la depresión es fácil que aparezca y sino una sensación de tristeza y frustración en 'x' roles o en 'x' papeles que pueden ser pilares" (00:10:00)</p> <p>"Nosotras vemos que eres un hombre que ha sido capaz, al lado de su mujer, de sacar a una familia adelante, que has apoyado a Magda cuando lo necesitaba, que has podido seguir adelante en muchas ocasiones porque no lo han tenido fácil ninguno de los dos. Y has tirado con mucha fuerza" (00:12:24)</p>
Expresa confianza o que cree en el cliente (+)	
Reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir cuestiones privadas (+)	
SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 1)	
	<p>"Les agradecemos de verdad, de corazón, la confianza que han tenido sobre hablar de temas que son bastante difíciles. Lo apreciamos y nos sentimos muy contentas de que hayáis confiado en nosotras porque sé que es difícil hablar de temas privados con gente que no conoces o conoces muy poco" (00:00:12)</p> <p>La terapeuta asume que la estructura de la sesiones puede generar ciertas dificultades. Después de la sesión terapeuta y co terapeuta se reúnen a solas para luego dar una conclusión a la familia/pareja sobre lo que han trabajado en sesión: "Entendemos que no es fácil. Ustedes se van, nosotras nos quedamos hablando y hay temas que se han trabajado sensibles y estáis compartiendo vuestra vida con alguien que no conocéis mucho y eso puede generar nerviosismo" (00:01:39)</p>
COMPARTIR EL PROPÓSITO DE LA TERAPIA (Puntuación Total = 1)	
Destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos (+)	<p>Manel comenta que sus abuelos y sus padres vivían juntos al igual que sucedía con la familia de Magda. La terapeuta destaca que es una experiencia que tienen en común: "Se parecen mucho los dos modelos de familia que tenéis" (00:13:24)</p>
Subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución (+)	<p>"Tú, Magda, cuando hay cosas que te preocupan o son difíciles a nivel personal, tiendes a vivirlos en silencio como en el caso de Manel. Sería algo que comparten cuando hay dificultades" (00:14:48)</p> <p>"Los dos han llegado a un punto en el cual están hablando de los mismo. Están diciendo que para el terreno sexual, que ahora genera conflicto, se puede disfrutar de otra forma. Y eso lo habéis dicho los dos. Los dos están hablando de lo mismo para buscar alternativas" (00:49:50)</p>

Caso de Mejora SESIÓN 3 (versión clientes)	
Mánel (Paciente)	Magda
<p>ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 1)</p> <p>Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo (+)</p> <p>"Yo ya dejo de ponerme la careta. Yo me siento como me siento y me preocupa lo que me preocupa y me fastidia lo que me fastidia. Porque es la mejor manera. Yo antes intentaba hacer buena cara, pero no me funcionaba" (00:21:21)</p> <p>"El miércoles pasé tres ataques de ansiedad. Uno por la mañana, uno por la tarde y uno por la noche. Tuve reunión de vecinos, por la mañana hablé con dos vecinas y cuando salí de allí tuve un ataque de ansiedad. No me pregunté por qué, porque tampoco me discutió con ellas. Fue una conversación normal y agradable pero yo me atacué. Por la tarde, me empecé a repasar los presupuestos de la escalera y otra vez. Y cuando acabó la reunión de vecinos otra vez. Esto me ha llevado a estar toda la semana hecho polvo. Después del ataque me empecé a sentir triste, triste y triste. Me joraba y me fastidia muchísimo porque lo que pasó en la reunión me demuestra mi..., o me hace sentir incapaz. Si una cosa que tengo más o menos controlada me desarma y me representa unas consecuencias.... No me veo incapaz de hacer bien algo, sino que el hecho de pensar en hacer algo es lo que me incapacita, el efecto anterior y posterior en mí" (00:22:58)</p> <p>"El peor día de la semana es el lunes. Lo paso fatal. Porque el lunes me siento especialmente solo. Hemos pasado el fin de semana juntos y el lunes me siento solo y la echo en falta (a Magda)" (00:53:00)</p> <p>Introduce un problema (+)</p>	<p>ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 1)</p> <p>"Llevo 15 días que no duermo. Cuando estoy nerviosa me cuesta dormir mucho. Me cuesta mucho dormirme y luego me despierto con el vuelo de una mosca. Estoy más nerviosa de lo normal. Supongo que anímicamente no estoy muy bien y llevo unos días en el trabajo que no estoy muy bien y supongo, que todo se junta. La persona que lo substituye a él (Manel) en el trabajo es un poco especial y tuve una discusión con mi jefe" (00:03:44)</p> <p>"El tipo de estrés que tengo ahora es distinto del que tenía antes. Antes tenía un estrés más positivo y ahora tengo un estrés más negativo (dentro del ámbito laboral)" (00:46:07)</p> <p>La terapeuta pregunta en estas dos últimas semanas si han tenido algún episodio positivo. Magda dice: "Si, este fin de semana que vino mi hija a casa con su pareja e hicimos la 'Castanyada'. Estuvo muy bien, nos lo pasamos bien" (00:48:30)</p> <p>Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo (+)</p> <p>Expresa interés en aspectos de la vida personal del terapeuta (+)</p> <p>Magda comenta que para celebrar la 'Castanyada' tuvo atenciones con la pareja de su hija. La terapeuta valora la entrega y dedicación que la pareja tiene hacia los demás. Magda se siente entendida y dice: "Entiendo lo que quieres decir, que se nota que nos gusta que haya un ambiente agradable y que la gente disfrute. Y hay personas que no son así y les da igual" (00:51:22)</p> <p>CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 1)</p> <p>"¿Te vas a casar en tu país o te casarás aquí?" (00:00:06)</p> <p>SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 0)</p> <p>Varía tono emocional (+)</p> <p>La terapeuta comparte un momento humorístico con la pareja y Magda rie variando su tono emocional (00:03:29)</p> <p>COMPARTIR EL PROPÓSITO DE LA TERAPIA (Puntuación Total = 0)</p>

Caso de Mejora SESIÓN 3 (versión terapeuta)		Comentarios
ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 2)		
<p>Describe factores positivos y negativos</p> <p>Pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea para casa asignada previamente (+)</p> <p>Estimula al cliente a definir sus metas en la terapia (+)</p> <p>Expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido i puede ocurrir (+)</p> <p>Pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación/sugerencia o hacer una tarea en casa (+)</p>	<p>La terapeuta, en la sesión pasada, había propuesto a la pareja que hicieran una salida los dos solos: "¿Cómo han ido los deberes? ¿Los han podido hacer?" (00:01:13)</p> <p>"Manel, con la ansiedad ¿Qué haces para intentar estar mejor?" (00:26:05)</p> <p>"Magda, cuando Manel se siente mal, ¿Tú qué haces?" (00:27:53)</p> <p>"Manel, a ti te gustaría que Magda te contara más lo que le preocupa, ¿te gustaría que fuera diferente? ¿Cómo intentas ayudarla?" (00:42:00)</p> <p>"Nosotras pensamos, que dentro de las soluciones que habéis intentado ¿Qué soluciones pueden explotarse más, qué más se podría hacer?" (00:04:49)</p> <p>"A mi me gusta y creo que es muy positivo que reconozcas que lo haces bien y eres eficaz en ello (en relación a la gestión que hace como presidente de su escuela de vecinos)" (00:40:47)</p> <p>"Cuando estáis juntos, estáis menos tristes. Y esto es un poquito más potente y positivo en vez de usar pastillas, ¡muy bien!" (00:54:18)</p> <p>"Creemos que vosotros sois dos personas que tienen muchas ganas de que las cosas cambien. Que cambien para sentirnos mejor. Y que en esta línea de intentar estar mejor, han hecho algunos intentos de solución. Dentro de estos intentos vemos que hay algunas estrategias en que cada uno se lo va currando. Si tít (Manel) estás nervioso pues intentar unas técnicas que te puedan funcionar, y si tít (Magda) "La tarea que os proponemos consiste en que durante esta semana podáis haceros una sorpresa el uno al otro, vosotros os conocéis, son muchos años... Haced algo que sepáis que le gusta al otro, hacédele un detalle, una sorpresa. Tiene que ser una sorpresa, no podéis decirle al otro lo que vais hacer y una vez lo hayáis hecho tampoco le podéis decir al otro que era esa la sorpresa. No podéis hablarlo hasta la sesión, prohibido hablar del tema. Algo sencillo, como más sencilla es la sorpresa, mucho mejor." (00:12:30)</p>	
CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 2)		
<p>Desvela algún aspecto personal de su vida personal (+)</p> <p>Comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente (+)</p> <p>Expresa explícitamente empatía (+)</p>	<p>"No, me caso en Cadaqués, porque mi pareja es muy catalana" (00:00:11)</p> <p>La pareja comenta que no ha realizado la tarea. La terapeuta, bromeando con ellos, dice: "Quizás hoy les pediríamos una tarea más complicada para pensar" (La terapeuta y la pareja ríe) (00:03:23)</p> <p>Magda comenta que su primo este año no los ha incluido en algunas fiestas navideñas que con anterioridad celebraban juntos. Ella se siente un poco dolida con la situación y la terapeuta expresa empatía: "Tít, Magda, itenes una cercanía emocional con tu primo. Y entiendo que te supiera mal que no fueran tomados en cuenta como en otras ocasiones" (00:11:33)</p> <p>"Entiendo que ser presidente de la escalera sea estresante. Estás solucionado los problemas de los demás y además es un trabajo sacrificado y no hay ningún reconocimiento" (00:38:42)</p> <p>"Los dos habéis sufrido. Y no importa quien tenga más sufrimiento. Tít, Magda, también lo has pasado mal y no es fácil lo que te ha tocado pasar. Porque siempre tener que estar bien es muy duro, o tener que estar siempre mal es muy duro también. O sea, todos en algún momento estamos a veces bien o mal, por lo tanto entiendo que a veces tít (Magda) puedas tener momentos más bajos" (00:10:15)</p> <p>"Aparece el fantasma de las dificultades que has tenido en el trabajo, de todas las cosas duras que han tenido que vivir y está allí el fantasma. Y aparecen ciertas situaciones que te hacen sentir nervioso porque evidentemente cuando uno tiene que afrontar algo nuevo, es normal que pase, todos nos ponemos nerviosos, esto es adaptativo, está bien" (00:32:33)</p> <p>Manel dice que se siente incapaz porque las situaciones estresantes le generan mucha ansiedad. Incluso las situaciones que controla le generan mucho malestar. Cuando se siente así a veces llora, para desahogarse, y le da miedo que esto le pueda pasar en el ámbito laboral. La terapeuta muestra confianza en él y dice: "Tú mismo has dicho, que cuando notas el nerviosismo, Cuando estoy solo. Me pongo a llorar". Eso quiere decir que cuando hay alguien no lo haces. Entonces si estás en un trabajo por ejemplo, hay gente y puedes como has hecho hasta ahora gestionarlo" (00:34:24)</p> <p>"Los dos disfrutáis de la familia y, de lo que comparten con su hija. Y se nota que vosotros sois muy buenas personas y tenéis mucha calidad humana. Y les gusta hacer disfrutar a los demás" (00:50:39)</p>	
SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 0)		
COMPARTIR EL PROPÓSITO DE LA TERAPIA (Puntuación Total = 2)		
<p>Subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución (+)</p> <p>Destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos (+)</p> <p>Alienta acuerdos de compromisos (+)</p> <p>Alimenta a los clientes a mostrar afecto, preocupación o apoyo de unos por otros (+)</p>	<p>"Cuando pasan cosas difíciles, los dos en diferentes etapas de la vida, lo que hacen para ayudarse, es vivirlo en silencio y proteger al otro" (00:20:00)</p> <p>"A los dos os han pasado muchas cosas que os han hecho llevar mucho ritmo y marcha" (00:44:58)</p> <p>"Aquellos momentos en los que estáis compartiendo cosas, los dos pensáis ¿Qué vida es la vida, pero estoy a tu lado! Los dos valoráis el tiempo que pasáis juntos. Y vemos que son los momentos donde os sentís mejor los dos. No sentís tanto el estrés o la tristeza" (00:05:15)</p> <p>"Puede ser un buen momento para que se cuiden los dos. Implicaría que Manel esté bien. ¿Qué hacer para que ella esté bien? ¿Y qué hacer para que ella esté bien? Pensar que en esa energía que tenéis invertirla ahí (señala a los dos). No sólo invertirla fuera sino en la pareja" (00:52:15)</p> <p>"Cuando estáis juntos os sentís mejor. Juntos sentís menos la tristeza. Esto puede ser una vía de solución. Os animamos a quereros, a seguirlos queriendo, porque se necesita calor cuando hace frío. Un abrazo de él es reconfortante y un abrazo de ella también. Os merecéis tener un poco de calor." (00:06:29)</p>	

Caso de Mejora SESIÓN 6 (versión clientes)	
Manel (Paciente)	Magda
ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 1)	
<p>"Con mi hermana no me hablo. No sé ni dónde está. No sé nada de ella y realmente tampoco me preocupa. A mi hija cuando hizo 12 años le regaló un montón de cosas. Mi hija tenía pasión por ella. Le hizo un montón de regalitos y le dejó una carta. Y en la carta decía que como ya tenía 12 años, que de su tía se olvidara. Nosotros decimos que es el gen loco de la familia. Con mi hermana no se podía ir a ninguna parte porque montaba el número donde fuera" (00:17:56)</p> <p>"El problema está en que me encuentre bien y también el problema está en la situación económica en general. Es un tema que prefero no pensar mucho porque entonces bajo un escalón en mi estado de ánimo" (00:53:45)</p> <p>"Las fiestas (de Navidad) son malas pero también son malas cuando se acaban porque viene la vuelta, otra vez la rutina. Y entonces ella (Magda) se va a trabajar, yo me veo solo y me da el bajón. Moralmente estoy bajo" (00:55:14)</p> <p>En la última sesión, la terapeuta propuso una tarea a la pareja durante las fiestas de Navidad. Consistía en hacer algún ritual que demostrara que inician una nueva etapa y que se despiden de todo aquello negativo. Por ejemplo dibujar aquello que les ha ocasionado conflictos y quemarlo. Era una tarea a realizar solos y ambos incluyeron a su hija en la tarea. Manel dice: "Lo que hicimos fue ponernos un billete en el zapato y estuve buscando información con mi hija. Lo hicimos en Noche Vieja. Escribimos en un papel todo lo negativo y lo quemamos" (00:50:26)</p>	<p>"Estas fiestas hemos estado los dos muy bajos de ánimo. Entre que no estábamos muy animados y que tenían que venir personas a casa y luego vinieron menos, han sido unas Navidades tristes" (00:01:10)</p> <p>"Manel está mal animadamente y yo llevo unos meses que estoy fatal animadamente. Y también físicamente. Si tú animadamente no te encuentras bien, no tienes ganas de hacer nada" (00:07:41)</p> <p>En la última sesión, la terapeuta propuso una tarea a la pareja para Navidad. Consistía en realizar algún ritual que para ellos demostrara que inician una nueva etapa, despidiéndose de los conflictos. La tarea había de incluir solamente a la pareja y ambos hicieron participar a su hija en el ritual. Magda dice: "Yo levamé el mierdago para que me diera suerte e hicimos con mi hija lo que propuso Manel" (00:52:12)</p> <p>"Yo noté una mejoría cuando empezó a tener ganas de hacer cosas (Manel). Y yo no tenía que decir 'Oye ¿Por qué no haces esto?'" (00:55:44)</p>
Introduce un problema (+)	Introduce un problema (+)
Indica que ha hecho una tarea o que la ha visto como útil (+)	Indica que ha hecho una tarea o que la ha visto como útil (+)
Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo (+)	Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo (+)
CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 0)	
Comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta (+)	-
SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 1)	
Varía su tono emocional (+)	Varía su tono emocional (+)
COMPARTIR EL PROPÓSITO DE LA TERAPIA (Puntuación Total = 1)	
Validan mutuamente sus puntos de vista (+)	Validan mutuamente sus puntos de vista (+)

Caso de Mejora SESIÓN 6 (versión terapeuta)	
Descriptores positivos y negativos	Comentarios
ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 2)	
	"Os veo a los dos y veo que están muy unidos y que se tienen el uno al otro. Eso es algo muy grande. El tenerse y el haberse encontrado entre miles de personas" (00:48:58)
Expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir (+)	"Me gustaría que se imaginaran que los dos están escuchando un tango o un baile de salón, estos bailes que son cogidos, muy cerquita. Ponemos esa música y los dos están bailando esta música juntos. Nosotras somos las espectadoras y vemos qué maravilla que estén bailando al mismo ritmo y que estén juntos, queriéndose. Nosotras pensamos que disfrutan mucho bailando pero que ahora están ante la posibilidad otros ritmos, otros bailes." (00:00:50)
	"Ustedes están ante una nueva posibilidad de llenar aquellos vacíos y aquellas cosas que se sienten que faltan desde que ya no hacen tantas cosas con su familia" (00:07:13)
	"Yo me pregunto si por ejemplo hubiera algún festejo, ¿Cómo les gustaría, por ejemplo la próxima Navidad, cómo creen que lo podrían pasar mejor los dos?" (00:49:17)
	"Magda, ¿A ti te ayudaría que algo estuviera diferente en casa? ¿Que algún día Manel hiciera algo en casa?" (00:57:45)
Estimula al cliente a definir sus metas en la terapia (+)	"Ahora pensamos que quieren hacer. ¿Qué ritmo quieren elegir? ¿O cómo llenamos aquí el nido vacío sin necesitar llenarlo con más personas de la familia?" (00:05:50)
	"Magda, ¿Qué cosas crees que te podrían ayudar? ¿Crees que hay algo que pueda hacer Manel para ayudarte en esta situación, para encontrarte mejor animicamente?" (00:12:32)
	"Con la situación que hay ahora, intenten pensar juntos qué cosas creen que mejoraría la situación, ¿qué cosas creen que podrían mejorar el día a día de cada uno?" (00:21:40)
Pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea para casa asignada previamente (+)	Respecto al tema de la tarea que les dijimos ¿Qué han hecho? ¿Cómo les ha ido?" (00:50:15)
Pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación/sugerencia o para hacer una tarea en casa (+)	"Nos gustaría que los dos nos apunten qué cosas o en qué momentos se han sentido mejor durante el día. Tenemos que detectar cuándo se han sentido mejor. Lo apuntan cada uno por separado y lo traen a la próxima sesión. ¿Cómo lo ven?" (00:17:22)
CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 2)	
Señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias (+)	"Yo te puedo entender (A Manel en referencia a la diferencia de edad que tiene con su hermana) porque tengo una hermana con la que me llevo 15 años y eso influye mucho en las vivencias" (00:27:45)
Comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente (+)	Manely Magda explican como anécdota que comparten parentesco. La terapeuta bromea con ellos: "Entre millones de personas se han elegido el uno al otro y encima comparten familia!" (Todos ríen) (00:40:08)
Desvela algún aspecto de su vida personal (+)	"Cuando habéis ido explicando las fiestas, he pensado que han pasado las fiestas con más personas que yo, que más de un día he estado con poca familia" (00:40:40)
	"Ver cómo pasaron las Navidades, a nosotros nos permite entenderos más, ya que las personas más jóvenes están acostumbradas a pasar las Navidades con sus hijos y ya está, y vosotros no. Ahora nos hacemos a la idea de la vivencia que habéis tenido al no estar tan acompañados durante las fiestas por la familia" (00:42:51)
Expresa explícitamente empatía (+)	"Las primeras que nos sorprendemos de todas las cosas que han ido pasando en los últimos años, lo que ha pasado con sus padres, los cambios que ha habido con la familia, que se va Mireia (hija), están ante otra realidad, ante situaciones nuevas. Y nosotras entendemos la sensación de cansancio y de haber cuidado tanto de la familia. Esto requiere mucha energía y ahora requiere un parón y un descanso para recargar las pilas" (00:10:44)
Normaliza la vulnerabilidad emocional del cliente (+)	"Magda, las circunstancias no lo han puesto nada fácil. Y entendemos que cada uno tiene que echarse un cable y cuidar un poco del otro" (00:16:28)
	"Es normal, nadie humano va a tener ganas de hacer nada, después de trabajar 12 horas. Con tanto esfuerzo descansa. Yo no conozco a nadie que trabaje 12 horas y tenga ganas de hacer cosas" (00:19:50)
SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 0)	
COMPARTIR EL PROFÓSITO DE LA TERAPIA (Puntuación Total = 1)	
Destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos (+)	"Los dos habéis tenido modelos familiares en que les han asegurado el cuidado y la protección como valores importantes" (00:33:20)

Caso de Mejora SESIÓN 9 (versión clientes)	
Manel (Paciente)	Magda
ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 1)	
<p>Introduce un problema (+)</p> <p>"A mí me gustaría que fuera más cariñosa. Yo lo echo de menos. Necesito más contacto físico y no me lo da. El otro día me pasó. Me llamó del trabajo y me dice 'ya vengo'. Tardó una hora en llegar. Yo ya estaba en el balcón que no sabía qué hacer. Yo acabé llorando. Hacía una hora que me había llamado y está a veinte minutos de casa. Y cuando llegó yo estaba hecho polvo y cuando llegó ni me abrazó." (00:59:16)</p>	<p>Introduce un problema (+)</p> <p>"He ido al especialista. Estoy asustada. Al final no tengo una hernia de hiatos, es el colon. El especialista no se mojó y me hizo una exploración y me dijo que era el colon. El dolor aquí (se señala el costado) pueden ser divertículos o un tumor. Estoy muy afectada." (00:01:50)</p> <p>"<i>Toda mi vida yo he tenido de tirar del carro y tengo ganas que el tambón tire. Y quiero sentir que el carro lo llevas tú también. Porque yo muchas veces voy a comer al mediodía (a casa) porque así le doy una obligación. Así le doy una obligación, tiene que hacer la comida. Porque realmente si yo no viniera a comer, comería cualquier cosa, se tiraría en el sofá y se pasaría la tarde durmiendo."</i> (00:48:38)</p> <p>Magda le entrega a la terapeuta una libreta con sus anotaciones sobre la tarea asignada a la pareja en la última sesión (01:28:08)</p>
CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 0)	
<p>Indica que ha hecho una tarea o que la ha visto como útil (+)</p> <p>Manel le entrega a la terapeuta una libreta con las anotaciones referentes a la tarea que ella le sugirió en la sesión anterior (01:21:24)</p>	<p>Indica que ha hecho una tarea o que la ha visto como útil (+)</p>
CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 1)	
<p>Comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta (+)</p> <p>Magda dice que una de las cosas que le ayudaría para sentirse mejor es que Manel colaborara más en las tareas del hogar. Manel, bromeando con la terapeuta, dice: "¡Esto es chantaje emocional!" (Manel y la terapeuta se ríen) (00:45:16)</p> <p>Magda, desde que está con la menopausia, se siente muy irritable y sensible debido al cambio hormonal. Manel bromea con un chiste: "En Twitter hay uno que es Dios y dice que si Dios fuera mujer, habría un ciclo cada 28 días." (01:17:42)</p>	
SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 1)	
<p>Abre su intimidad (+)</p> <p>Manel explica que siente temor por los resultados médicos que puedan salir de la prueba realizada a Magda. Emocionado dice: "Yo no podría vivir sin Magda." (00:24:19)</p>	<p>Abre su intimidad (+)</p> <p>"Yo creo que también me he hecho una coraza pero después de tantos años sin tener ningún tipo de sexualidad, yo me he puesto una coraza porque cuando haya algún contacto y no haya nada más yo me frustro mucho y me siento mal. Y posiblemente me he puesto una coraza y estoy más arisca (se emociona al decirlo)." (01:06:39)</p>
<p>Varía su tono emocional (+)</p> <p>Mientras abre su intimidad comentando lo mal que lo pasa sólo al imaginar que le pasara algo grave a Magda, varía su tono emocional y llora (00:24:21)</p>	
COMPARTIR EL PROPÓSITO DE LA TERAPIA (Puntuación Total = -1)	
<p>Hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia (-)</p> <p>Devalúan la opinión o perspectiva de otros (-)</p>	<p>Magda explica su preocupación por una prueba pendiente que le tienen que hacer y tiene miedo de que pueda ser algo grave. Manel empieza comentando que su miedo es totalmente irracional porque el médico no le ha dado a entender que fuera nada grave y Magda no le deja dar su punto de vista. Manel, con enfado, dice: "Hosstia puta, vols deixar-me parlar? Anem a parlar clar? Vols callar? Puc parlar? Deixa'm parlar!" (00:05:35)</p> <p>Magda, hablando sobre el temor que siente por la prueba de colon y el resultado que obtenga, dice: "Yo siempre miro por Internet y ponía que podía ser cualquier enfermedad del colon". Manel niega con la cabeza y Magda dice: "Manel, ¿Qué pasa? No seas así. Yo soy más pragmática que tú". Manel responde: "¡Això no és ser pragmàtic, això és ser pessimista. El mèdic diu que eren diverticulosis i no diu altra cosa. A partir de allí busco la informació per Internet i le aïllado los síntomas que tiene, los que cree tener o los que ha dejado de tener. Hace una mezcla y está convencida de que tiene un tumor". Magda añade: "¡No es verdad, estás cargado de puñetas! Además, me conozco yo más a mí que tú. Yo no soy como tú." (00:05:00)</p>

Caso de Mejora SESIÓN 9 (versión terapeuta)	
Descriptores positivos y negativos	Comentarios
Expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir (+)	<p>ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 2)</p> <p>"Tú, Manel, querías entrar con ella en la consulta (en la visita que Magda tuvo al dicista). Tú, Magda, querías hacer ese paso sola. Pero en el tema más importante (la visita con el estomatólogo) sí que ha estado Manel. Cuando has necesitado alguien con el que apoyarse, él ha estado." (00:11:40)</p> <p>"A mí me parece fantástico que te hayas apoyado en él. Porque él es el hombre de tu vida y me parece fantástico. Estamos seguros que si concretáis en qué cosas puede ayudarte, él podrá hacerlo." (00:27:14)</p> <p>"Me gusta tu actitud, Manel, y si puedes mandar estos mensajes a Magda de que estás con ella en los momentos difíciles aunque sufras, seguro que también le ayudará. Le tranquilizará el verte más fuerte." (01:11:25)</p> <p>"El hecho de que puedan hablar de estas cosas es un paso muy grande. Y es muy enriquecedor. Tú das un voto de confianza a él y él te da un voto de confianza a ella. Que piensen diferente es bueno." (01:14:00)</p> <p>"Tenéis la oportunidad de vivir las cosas de manera diferente a como estáis acostumbrados a hacerlo. Esta es una oportunidad para vivirlo de manera diferente." (01:19:17)</p> <p>"Magda ¿Qué cosas crees que te podrían ayudar en estos momentos? ¿Qué cosas crees que podría hacer Manel que a ti te ayudaran? ¿Qué cosas crees que te podrían ayudar o qué cosas le podrías pedir a él?" (00:25:52)</p> <p>"¿Tú qué cosas has tratado de hacer para ayudarla estos días?" (00:28:52)</p> <p>"¿Magda, cómo piensas que a ti te podría ayudar él en esta situación? ¿Cómo crees que te puede ayudar como pareja en esta situación? ¿Alguna situación, por ejemplo de salir a hacer un paseo ¿A ti te sirve? ¿Eso te ayudaría?" (00:43:36)</p> <p>"¿Tú, Manel, podrías hacer algo para tranquilizarla?" (00:54:44)</p> <p>"Manel, ¿Qué crees que a ti te ayudaría a llevar mejor esta situación? ¿Qué crees que podría hacer Magda en esta situación?" (00:59:03)</p> <p>"He visto vuestra tarea, porque hemos preferido tratar temas que han salido y que nos han parecido importantes, pero lo vamos a retomar la próxima sesión." (01:21:15)</p>
Estimula al cliente a definir sus metas en terapia (+)	<p>CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 2)</p> <p>En la sesión anterior, se habló sobre los preparativos que la pareja tenía para el cumpleaños de Magda. Al iniciar la sesión, la terapeuta pregunta: "Magda, ¿Cómo ha ido el cumpleaños?" (00:00:35)</p> <p>En el cumpleaños de Magda, Manel preparó la comida preferida de su mujer. La terapeuta, bromando, dice: "¿Ya me gustaría a mí que me hicieran una comida!" (La pareja ríe) (00:01:17)</p> <p>"Magda, que te preocupes por los resultados (de la prueba del colon) es una respuesta completamente natural, lo comprendemos." (00:17:24)</p> <p>Magda le pide a Manel que como le puede ayudar a ella es si se deja de obsesionar con los resultados de la prueba de colon. La terapeuta expresa empatía hacia él: "Está pasando por un proceso. El tema de lo que siente no se puede tapar. Él está preocupado como tú. El miedo es de los dos y el que uno pueda pensar un montón de cosas, está ahí." (00:26:03)</p> <p>Magda pide a Manel que no se obsesione con el resultado de la prueba y la terapeuta muestra empatía: "Que no se coma el tarro y que no tenga presente a su madre (murió de cáncer de colon) es muy difícil porque es la vivencia de él. Eso está presente." (00:27:33)</p> <p>"Esta situación va removiendo cosas y genera preocupación. Y estas cosas no se pueden encajar rápido, es un proceso. Y hemos visto que esta tensión está presente en los dos, aunque cada uno lo exprese de manera diferente." (00:40:50)</p> <p>"Estáis viviendo una situación (la prueba que Magda tiene pendiente) que no es fácil de asimilar y de asumir, porque es una situación de espera. Y con la espera llegan muchas emociones y pensamientos y es difícil de manejar. Es un proceso natural, la normalidad es que se pase así y es una situación que a los dos les tensiona por que les da miedo diferentes cosas. A ti te da miedo el qué será (a Magda) y a ti te da miedo (Manel) volva a ella sufrir y que pueda ser algo grave." (01:12:00)</p> <p>"Yo he trabajado durante un tiempo de mi vida en el clínico con médicos, y si ven algo grave lo pasan a urgencias." (00:38:52)</p> <p>"Creo que Manel se merece un voto de confianza, en que podrá ayudarte más en casa como pides. Que en estos días, Magda, puedas dejarte ir y decir 'él podrá con esto.'" (01:09:25)</p>
Pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea asignada previamente (+)	<p>SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 0)</p> <p>COMPARTIR EL PROPÓSITO DE LA TERAPIA (Puntuación Total = 2)</p> <p>"Magda, a Manel le da miedo (el resultado que se obtenga de la prueba de colon). Míralo, míralo a los ojos, mírense a los ojos los dos. ¿Por qué no se dan un abrazo los dos?" (La pareja se abraza y se besa) (00:24:27)</p> <p>Manel considera que Magda está más preocupada de lo que dice. La terapeuta dice: "Tú piensas que ella está totalmente ocojonada, pero pregúntale tú mismo cómo se siente." (00:32:05)</p> <p>"A mí me parece muy enriquecedor que haya algunos matices y desacuerdos. Porque cada uno reacciona de una manera diferente y no es mejor tu forma que la mía. Cada uno reacciona como puede. Lo importante es que os escuchéis y os respetéis. El hecho de que tengáis esta diversidad de opiniones, aunque en un primer momento haya un choque, creo que es enriquecedor y beneficioso." (00:33:09)</p> <p>"Magda, has dicho cosas como por ejemplo que ordenes el más la casa te puede apoyar. Y si tú, Manel, haces alguna de estas cosas que ella te pide, pues seguramente verás que también hay un efecto en ella, que sea contigo más cariñosa. Tú necesitas apoyarte en el hombre de Manel y que Manel quiera ya pasará..." (00:52:09)</p> <p>"Pensando en el aquí y ahora ¿Qué cosas pueden hacer para ayudarte? Si él pide sentirte cerca a ti, Magda ¿Tú crees que podrías hacerlo? ¿Y tú, Manel, qué crees que puedes hacer para que ella se acerque?" (01:03:28)</p> <p>"Estamos intentando encontrar el punto de encuentro. Que no sólo sea tensión por tensión. Y cuando uno está tensionado, a veces sin querer uno le da un golpe al otro, que es lo que hemos presenciado en un momento de la sesión. Pero en el fondo lo que dice esto es que los dos lo están pasando mal y los dos están dispuestos a encontrar una vía de solución." (01:14:35)</p> <p>"Lo que ocurre es que los dos se quieren ayudar. Pero a veces vivís como una crítica cuando el otro os pide que hagáis algo y lo importante es quedarse con la demanda que el otro hace." (01:16:12)</p>
Expresa interés en el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha (+)	
Comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente (+)	
Expresa explícitamente empatía (+)	
Desvela algún aspecto de su vida personal (+)	
Expresa confianza o que cree en el cliente (+)	
Anima a los clientes a mostrar afecto, preocupación o apoyo de unos a otros (+)	
Anima a los clientes a pedir confirmación y opinión (feedback) por parte de otros (+)	
Elogia a los clientes por respetar los puntos de vista de los otros (+)	
Alienta acuerdos de compromiso (+)	
Subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución (+)	

Caso de Mejora SESIÓN 12 (versión clientes)	
Manel (Paciente)	Magda
ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 2)	
<p>"Estoy muy cabreado. A mí me pagaba la baja la mutua, porque la empresa lo tiene a través de la mutua. La mutua me mandó a un psiquiatra y a un psicólogo externo. El psiquiatra súper antipático, me hizo dos preguntas y miró el informe de mi psiquiatra. Con la psicóloga estuve 5 o 6 minutos. El informe que hizo valió para que me dieran el alta. La razón para darme el alta es que no estaba peor. Me dijo 'si estás triste y fastidiado pues también puedes trabajar triste y fastidiado'. Me cabrearon las maneras, porque que me diga 'te damos el alta porque no estás peor'... Usted misma, me está diciendo que no estoy bien. Y que no estoy peor, no que estoy mejor. Y aunque esté triste y fastidiado pues también puedo trabajar. Y eso me cabrea porque no son formas. O sea una psicóloga ha de ser una maravilla para que en 5 minutos sepa cómo estás." (00:01:44)</p>	<p>"Quizás no veo tanto la mejoría de él porque veo que se ha puesto metas, pero no le he oído decir 'a lo mejor puedo encontrar trabajo'. No ha dicho 'trabajar media jornada, si que me veo capaz'. Entonces que yo vea que él no se siente capaz para trabajar, es lo que me preocupa." (00:45:30)</p>
Introduce un problema (+)	Introduce un problema (+)
<p>"No sé si estoy preparado para trabajar. Porque si yo encuentro un trabajo y tengo un jefe tan capullo como el de ella, duro dos días. Porque si con ella cualquier tontería o si me habla en un tono determinado, ya me echo a llorar, pues imagínate delante del jefe. No sé cómo reaccionaría, quizá me hundo en la miseria o lo mando a la mierda." (00:27:45)</p> <p>"Yo estaba con la comida preparada. Y entonces, por costumbre cuando ella está punto de llegar me llama. Porque entonces yo acabo la comida, pero estaba escuchando música y no oí el teléfono ni el timbre. Entró asustada porque no la había contestado. Ella creía que yo había hecho algo (intento de suicidio) y el día que deje de pensar así ganaremos mucho." (00:35:26)</p> <p>"El lunes estuve mal y me tuve que tomar una pastilla. Últimamente estoy más nervioso, voy más alterado. Por la noche necesito media pastilla porque si no, no me duermo." (00:41:00)</p>	<p>"Él habla mucho en la terapia de grupo y aquí pero el problema es que en casa no habla y no lo sabe transmitir y a su hija tampoco." (00:52:44)</p>
Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo (+)	Menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto (+)
<p>"El psiquiatra del grupo me dijo '¿Tú estás mejor, verdad? Y yo le dije: 'Sí, es verdad, me siento mejor'." (00:26:18)</p> <p>"Magda, porto més d'un any de terapia de grup. S'ha parlat molt, la situació i les coses han canviat cap a millor." (00:44:57)</p>	<p>"Quizás aquí, en terapia, habla más porque se siente más protegido para decir las cosas. Aquí como os tenemos a vosotras que lo veis objetivamente y nos apoyáis a los dos por igual, me imagino que te sientes más respaldado." (00:55:02)</p> <p>"De verdad, desde que estoy en terapia, desde que he venido aquí con vosotras, las cosas han mejorado mucho." (01:05:26)</p>
CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 1)	
Verbaliza su confianza en el terapeuta (+)	Verbaliza su confianza con el terapeuta (+)
<p>"Yo aquí vengo a abrirme, aquí me siento muy apoyado por vosotras. Porque si expreso algo, que por ejemplo no es correcto, pues vosotras me dais una visión diferente de las cosas." (00:53:27)</p>	<p>Manel comenta que una funcionaria le dio una estrategia para poder alargar la baja, pero dice bromeando que lo contará con detalle cuando no estén grabando. Magda verbaliza confianza en la terapeuta y dice: "No, jo tinc confiança en elles." (00:31:37)</p>
SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 1)	
Abre su intimidad (+)	Abre su intimidad (+)
<p>"Me duele mucho que Magda piense así (que en situaciones de tensión, Manel pueda hacer otro intento de suicidio). Yo soy incapaz de hacer algo tan grave, como para provocar el daño que ya hice. No lo puedo repetir, lo tengo muy claro." (00:38:00)</p>	<p>"La mayoría de mejicanos y mejicanas son muy guapos" (La terapeuta agradece el comentario) (00:14:00)</p> <p>"Manel, jo estava angostada i vaig pujar perquè vaig pensar 'aquest li ha agafat una altra vegada l'angoixa per la situació i un altre cop estem amb les mateixes'. Yo siempre llamo abajo y me está esperando en el balcón y no me abría, pues subí corriendo porque pensaba que otra vez se le habían cruzado los cables. A mí me da miedo, porque siempre que ha habido problemas, a la hora de gestionar el estrés pues a él le ha pasado lo que le ha pasado, entonces me da miedo." (00:36:35)</p>
COMPARTIR EL PROPOSITO DE LA TERAPIA (Puntuación Total = 0)	

Caso de Mejora SESIÓN 12 (versión terapeuta)	
Comentarios	
ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 2)	
	<p>"En momentos estresantes que han vivido, por ejemplo lo del dinero o los intentos de suicidio, son situaciones estresantes y de riesgo. Pero a la vez esta situación no sé si puede ser una nueva oportunidad para ti y para Magda de hacer cosas diferentes" (00:30:08)</p> <p>"Que tú, Manel, tengas dudas es normal. Y tú has dicho que te sientes capaz de trabajar, pero dices que es muy difícil encontrar trabajo. Y hasta ahora esto no había aparecido. Esto es un paso enorme" (00:48:02)</p> <p>"Tú, Manel, dices 'ahora la situación es diferente'. Tienes a la espalda un año de terapia de grupo. Y tú sin duda has cambiado y tienes recursos. Ahora no solamente eres capaz de saber cuándo estás mal, sino también de identificar cuándo te sientes mejor. Esto quiere decir que tienes un bagaje de expresar los sentimientos diferente a hace años y estás haciendo unos progresos increíbles" (00:51:00)</p> <p>"Estoy de acuerdo con ustedes con los grandes pasos que han dado los dos" (01:06:37)</p> <p>"Yo creo que tú, Manel, con esto del alta no te has quedado sólo con el sentimiento. Sino que estás dando pasos para hacer cosas diferentes. Es increíble. Estás pensando en posibilidades. Asumes cómo te sientes pero haces cosas" (01:07:41)</p> <p>"Ahora tenéis una oportunidad de ajustar todo lo que han vivido juntos" (01:12:47)</p> <p>"Tú crees que aquí se pueden hablar las cosas. ¿Y en casa? ¿Este clima de poder decir las cosas, qué crees que le favorecería? ¿O qué crees que te ayudaría a ti para abrirte con Magda?" (00:54:33)</p>
CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 2)	
Estimula al cliente a definir sus metas en la terapia (+)	<p>Manel explica que le han dado el alta médica y no se sintió suficientemente bien tratado por el médico que valoró que ya podía trabajar. Según él, las enfermedades mentales no están tan reconocidas como las físicas. La terapeuta dice: "Yo también me sentiría cabreada con la situación. A mí si me lo dicen como a ti te lo han dicho, y una funcionaria, me llegaría a lo más hondo, de cabrear. De decir 'pero si ni siquiera me ha visto, ni me conoce'" (00:14:15)</p> <p>"Ahora ha habido este evento (el alta médica de Manel) que durante gran parte de la sesión hemos hablado. Y es natural que tú te sientas más movido. Es natural porque hace unos años que estás en esta etapa de transición del trabajo. Y entonces ahora que te movices, que te pongas nervioso, que tengas dudas, es algo que le pasaría a Magda, a Elena (coterapeuta) o a mí si no hubiéramos trabajado por un tiempo" (00:43:12)</p> <p>"Veo muy comprensible que en este momento se sientan muy enfadados los dos por diferentes motivos. Pero los dos se sienten enojados por una situación que viven de injusticia por parte de las instituciones y por el trato que han recibido. Entiendo que te enfada que alguien diga que no estás peor" (00:23:22)</p> <p>Debido a que a Manel le han dado el alta médica, Magda siente temor a que Manel se descompense ante la nueva situación. La terapeuta muestra empatía: "Entiendo que en este momento Magda se alarme más, porque Magda tiene muchísimo miedo a perder. Tiene un miedo enorme a perder" (00:44:12)</p> <p>"A mí de las cosas que me preocupan y que pienso que afecta a la pareja es que me da la sensación, Magda, es que en esta situación de los intentos de suicidio se ha sentido muy culpable a veces de no saber identificar cuándo es que tú (Manel) te ibas, que ahora tiene un sistema de alarma muy alto. Aunque tú, Manel, des un paso positivo como ahora, ella no sabe identificar si esto es por bien o es por mal" (00:48:48)</p> <p>"Por un tema de mi mano estuve un tiempo sin trabajar y después me costó mucho reengancharme en el trabajo. Te da miedo, tienes dudas, y es un proceso natural por el que yo pasé" (00:43:45)</p>
SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 0)	
COMPARTIR EL PROPÓSITO DE LA TERAPIA (Puntuación Total = 1)	
Alienta acuerdos de compromiso (+)	<p>"Manel, yo entiendo que te apetece tener esa normalidad y calma cuando estás con ella, sin hablar de problemas. Pero Magda te hace una petición para sentirse más tranquila, y es que le cuentes lo que te preocupa. Pero esto no funcionará si tú, Magda, no haces un esfuerzo de estar tranquila cuando te las cuente" (00:59:48)</p> <p>"Lo único que faltaría en este momento es el paso que ella te pide para estar más tranquila, que es 'habla conmigo de nosotros fuera de aquí'. Y por otro lado, a la vez que tú, Manel, haces esto, tú, Magda, tienes que hacer el esfuerzo de darle un voto de confianza" (01:08:18)</p> <p>"Pienso que a los dos lo que les pasa es que intentan estar protegiendo al otro y aunque sientan una cosa, muestran otra. Porque es como si tuvieran una doble cara. Como si vivieran dos personas en un mismo cuerpo" (01:04:47)</p>
Subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución (+)	

Caso de Mejora ÚLTIMA SESIÓN (versión clientes)	Magda
<p>Manel (Paciente)</p> <p>ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 1)</p>	<p>ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 2)</p>
<p>"Yo siento que estoy mejor pero me noto más nervioso. Ahora cada noche para dormir me tengo que tomar medio Lormetazepam" (00:06:43)</p>	<p>"Estos días hemos estado un poco estresados, nos cuesta dormir, porque ahora él ya no cobra nada. El lunes tiene que presentar los papeles por si le dan la ayuda, pero no sabemos cómo irá." (00:06:27)</p> <p>"Me siento mal, porque me siento responsable. Si no hubiera delegado en él la economía de casa, pues no hubiera habido el problema. Porque si las cuentas las llevo yo, si gastas tanto y entra tanto, no puede ser, aquí pasa algo. Yo lo hubiera detectado. Estoy muy enfada porque yo no me puedo sacar de encima que cuando vivía mi padre las cuentas las llevaba yo. Pero en el momento que faltó mi padre, es cuando empezó haber problemas porque no se llegaba tal y como él (Manel) administraba las cuentas. Y en vez de decir, 'Magda, no llego', empezó a coger dinero de la empresa. Tiene que pasar mucho tiempo para que yo ponga todo mi sueldo en la cuenta, en vez de quedarme esos 300 euros" (00:21:12)</p>
<p>Introduce un problema (+)</p>	<p>Introduce un problema (+)</p>
<p>"Magda si me ve mal lo tiene claro. Pero cuando estoy mejor y a lo mejor estoy canturreando, es decir, tengo momentos bajos y también altos. Pero yo creo que ella piensa que cuando tengo momentos buenos estoy fingiendo" (00:13:41)</p>	<p>"Yo veo que el problema no es tanto que él tenga iniciativa de hacer cosas. Si no que yo necesito apoyarme en él. Porque ahora mismo estoy muy cansada de tirar yo siempre del carro" (01:40:45)</p> <p>Manel considera que se siente mal porque Magda no confía en él y porque ella cree que hay que llevar la economía del hogar de otra manera. Ella propone un plan para mejorar la situación: "Això té una solució. Perquè si agafem i aquest cap de setmana ens asseiem, parlem del tema del deute. I dem 'aquest mes no es pot pagar'. Però es podria enviar un mail i dir 'en el moment que pugui, començaré a pagar-ho'. O inclús pagar encara que siguin 50 euros, que es vegi que la voluntat de pagar està. I alhir et vaig dir que tindriem que portar un control dels gastos que tenim cada dia. Per saber el que gastem" (00:16:31)</p>
<p>Introduce un problema (+)</p>	<p>Describe o discute un plan para mejorar la situación (+)</p>
<p>"Que me esconda el dinero me toca mucho los cojones. Ella cobra una parte en efectivo, en negro, y lo esconde. Y cuando yo ya no llego, cuando la caja está a cero, entonces le tengo que pedir dinero a ella. Que a veces pone buena cara y a veces pone mala cara. Lo tiene en un monedero y lo tiene escondido. El tema es que ella cree que no sé dónde lo tiene, pero sí lo sé. Para mí es una falta de confianza de la hostia. Y el tema es que ahora ya me río. Primero lo tenía en la mesita de noche, luego lo puso en un cajón de la cómoda y ahora lo tiene en el armario. Y cuando me da el dinero siempre dice la frase, que a mí me revienta 'tè, administra-te 'is'" (00:22:34)</p>	<p>"La manera que tú lo planteaste (refiriéndose a la terapeuta), que lo dijiste la última sesión era muy claro. Es decir, como hubo dos intentos y las luces de alarma no se encendieron, ahora es como que en cualquier momento estás alerta. Es lo que dijiste tú, mi alarma de peligro está por encima" (00:19:14)</p>
<p>Menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto (+)</p>	<p>Menciona el tratamiento, el proceso de terapia o una sesión en concreto (+)</p>
<p>Magda comenta que en los primeros años de matrimonio Manel cometió una infidelidad con una compañera de trabajo. Y Manel dice: "Yo creo que ella ha perdonado pero no olvida. Y me lo hiciste pasar muy mal. Y sufrí mucho. Creo que el problema está en que ella no ha recuperado la confianza" (01:20:19)</p>	<p>"El otro día lloré y le pedí que no podía más que le pedí por favor que buscara trabajo. Y creo que le fue bien porque se empezó a mover a partir de esto. No empezó a buscar trabajo pero por lo menos empezó hacer cosas de casa" (01:35:44)</p>
<p>Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo (+)</p>	<p>Expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo (+)</p>

Caso de Mejora ÚLTIMA SESIÓN (versión clientes) - Continuación	
Manel (Paciente)	Magda
CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 0)	CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 1)
<p>Revela un secreto o algo que otros miembros de la familia no sabían (+)</p> <p>“¿Saps el què et diré? I em molesta molt i em fa mal, el que passa és que ja passo i això no ha sortit mai aquí ni tampoc t'ho he dit mai. Però em molesta molt que m'amaguis els diners a casa.” (00:22:14)</p> <p>“Això, Magda, no t'ho he dit mai. Però yo durante muchos veranos lloraba. Porque hasta que sus padres no se pusieron enfermos, entonces empecé a sentir que estaba en mi casa. Yo antes no estaba en mi casa, estaba en la casa de mis suegros y ya se encargaban de recordármelo.” (01:05:57)</p> <p>“El solo hecho de que me descubrieran (que robaba dinero de la empresa) todos los días se me hacía insoportable por lo que pudieran pensar de mí. Me sentía como una mierda. Por eso pensé en el primer intento y pensé que todo se acabara.” (00:58:30)</p> <p>“Yo estaba muy mal. Si lo pienso fríamente, yo he estado muy mal. Estábamos volviendo del viaje de Italia y estábamos al lado de la puerta de emergencia y pensé ‘hostia, si pudiera abrir la puerta y saltar yo solo, lo haría.’” (00:59:50)</p>	<p>En algún momento de la sesión Manel y Magda se dirigen entre ellos en catalán. Como la terapeuta es mejicana, Magda expresa interés en la terapeuta y dice: “¿Tú, entiendes el catalán, verdad?” (00:17:35)</p> <p>La terapeuta expresa empatía diciendo que Magda se siente molesta con ella misma por como delegó en Manel la economía de casa. Y Magda se siente entendida y dice: “Claro, es que es eso. Estoy molesta conmigo por no haberme dado cuenta de la situación y llegar a ese extremo. Porque si yo llego a llevar la economía de casa, ‘¡vosotras (terapeuta y co terapeuta) me habéis ayudado mucho!’” (00:49:44)</p>
SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 2)	SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 1)
<p>Abre su intimidad (+)</p> <p>“Primero lo tenía en la mesita de noche, luego lo puse en un cajón de la cómoda y ahora lo tiene en el armario.” y Magda responde: “¡Perquè ho saps?”. Manel dice: “Perquè un dia em vaig emportar un ensurt. Perquè vaig anar a buscar-los i no els trobava”. Magda contesta: “No és normal això que fas”. Y Manel, enfadado, dice: “El que no és normal és el que fas tu.” (00:24:42)</p> <p>Manel explica una anécdota divertida que les pasó mientras ambos dormían. Ambos ríen y comparten un momento gracioso (01:34:37)</p> <p>Manel comenta que un día se asustó, porque aun sabiendo el lugar donde Magda esconde el dinero en casa (dinero que ella administra de su sueldo) no lo encontró y se asustó pensando que les habían robado. Magda devalúa su opinión y dice: “¡Inga va Manel, no m'ho crec, no diguis tonteries!” (00:27:48)</p>	<p>“Cuando pasa algo tan gordo es inevitable que busques explicaciones y te sientas culpable (Magda empieza a llorar). Si toda mi vida he estado cuidando de mis padres y resulta que la pareja que tengo al lado no me dice ‘pasa esto’ ¿De quién es la culpa?”. (00:38:15)</p> <p>“Mireia (hija de la pareja) y yo llegamos a la conclusión que las dos nos sentimos culpables. Pero realmente el único culpable era él. Pero cuando dos personas te quieren, es muy duro asumirlo. Asumir que la única persona culpable de sus actos fuiste tú, que por mucho que te quiera, no puedo culpabilizarme y responsabilizarme es muy duro.” (00:49:52)</p> <p>“Manel, tu no recordes que vas estar a punt de posar-me les banyes amb una companya de feina? I vam estar a punt de separar-nos? Fue a raíz de convivir juntos, yo he pagado factura de todo. La convivencia era difícil y él no estaba a gusto en casa. Cogí el toro por los cuernos y le dije que estaba raro, hasta cuando hacíamos el amor estaba raro. Yo la conocía a esta chica y me daba cuenta de cosas, lo miraba, le empecé hacer regalos y se le notaba a leguas. El estaba pasando una mala época y la relación no se adaptaba a vivir con mis padres.” (01:13:02)</p>
CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = -1)	CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = -1)
<p>Abre su intimidad (+)</p> <p>“Yo estaba muy mal. Si lo pienso fríamente, yo he estado muy mal. Estábamos volviendo del viaje de Italia y estábamos al lado de la puerta de emergencia y pensé ‘hostia, si pudiera abrir la puerta y saltar yo solo, lo haría.’” (00:59:50)</p>	<p>Manel dice: “Primero lo tenía en la mesita de noche, luego lo puse en un cajón de la cómoda y ahora lo tiene en el armario.” y Magda responde: “¡Perquè ho saps?”. Manel dice: “Perquè un dia em vaig emportar un ensurt. Perquè vaig anar a buscar-los i no els trobava”. Magda contesta: “No és normal això que fas”. Y Manel, enfadado, dice: “El que no és normal és el que fas tu.” (00:24:42)</p> <p>Manel explica una anécdota divertida que les pasó mientras ambos dormían. Ambos ríen y comparten un momento gracioso (01:34:37)</p> <p>Manel comenta que un día se asustó, porque aun sabiendo el lugar donde Magda esconde el dinero en casa (dinero que ella administra de su sueldo) no lo encontró y se asustó pensando que les habían robado. Magda devalúa su opinión y dice: “¡Inga va Manel, no m'ho crec, no diguis tonteries!” (00:27:48)</p>
COMPARTIR EL PROPÓSITO DE LA TERAPIA (Puntuación Total = -1)	COMPARTIR EL PROPÓSITO DE LA TERAPIA (Puntuación Total = -1)
<p>Los miembros de la familia se culpan unos a otros (-)</p> <p>Los miembros de la familia comparten una broma o momento gracioso (+)</p> <p>Devalúan la opinión o perspectiva de otros (-)</p>	<p>Manel dice: “Primero lo tenía en la mesita de noche, luego lo puse en un cajón de la cómoda y ahora lo tiene en el armario.” y Magda responde: “¡Perquè ho saps?”. Manel dice: “Perquè un dia em vaig emportar un ensurt. Perquè vaig anar a buscar-los i no els trobava”. Magda contesta: “No és normal això que fas”. Y Manel, enfadado, dice: “El que no és normal és el que fas tu.” (00:24:42)</p> <p>Manel explica una anécdota divertida que les pasó mientras ambos dormían. Ambos ríen y comparten un momento gracioso (01:34:37)</p> <p>Manel comenta que un día se asustó, porque aun sabiendo el lugar donde Magda esconde el dinero en casa (dinero que ella administra de su sueldo) no lo encontró y se asustó pensando que les habían robado. Magda devalúa su opinión y dice: “¡Inga va Manel, no m'ho crec, no diguis tonteries!” (00:27:48)</p>

Caso de Mejora ÚLTIMA SESIÓN (versión terapéutica)		Comentarios
ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 2)		
Pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea para casa asignada previamente (+)	La terapeuta sugirió en sesiones anteriores que Manel conversara con su hija acerca del temor que ella tiene acerca de que su padre haga otro intento de suicidio: "¿Cómo ha ido la conversación padre e hija?" (00:04:34)	"¿Los deberes los han hecho?" (01:50:07)
Pregunta al cliente acerca de qué quiere hablar en la sesión (+)		"Tenemos que hablar algo importante en la sesión, pero no sabemos si ustedes querían hablar de algo importante antes" (00:06:02)
Expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir (+)		"Yemos una evolución muy importante en ti, Manel. Estamos muy contentas. Y también en Magda, no quitamos los méritos. Y nos ha extrañado muchísimo una cosa, y es que la última vez que pasamos los cuestionarios. Y curiosamente, es la vez que Manel puntúa menos de todas las veces y de todo el tiempo que llevamos aquí" (00:10:52)
		"Se ha pasado página y por eso es que ha habido un avance importante y ha habido una conciliación y un 'vamos a tirar adelante'" (00:34:34)
		"Sabemos, Manel, que las cosas son ahora muy diferentes y que tú tienes una fuerza muy distinta y que puedes apoyar a Magda" (01:02:25)
		"¿Qué relación más sólida tienen! Porque han pasado una serie de turbulencias y estos actos que los dos han hecho de perdonarse no cualquier pareja lo consigne. Me parece una muestra de muchísimo amor." (01:25:54)
		"Los invitamos a que esta relación de tres (ellos dos y los síntomas depresivos) ya no sirvan. Es la oportunidad. Ahora tienen la oportunidad que nunca han tenido para estar los dos solos" (01:41:40)
Pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión (+)		"¿Por qué no giran las sillas? Para teneros en frente. Y ahora, Manel, te pediría que le explicaras a ella por qué eres que ella está alarmada y que sientes. Manel, explícale cómo te sientes en este momento cuando ves que ella no te cre" (00:14:27)
CONEXIÓN EMOCIONAL (Puntuación Total = 2)		
Expresa interés en el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha (+)	La terapeuta muestra interés en la visita del médico que Magda comentó que tenía pendiente en la última sesión: "Primero, Magda, ¿cómo han ido los resultados del médico?" (00:00:33)	
Desvela sus reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o la situación (+)		"Yo con mi pareja vivo con él y es que aunque yo no quiera, yo me doy cuenta si guarda algo. Porque vivimos juntos. Esto no lo puedes evitar." (00:29:12)
Expresa explícitamente empatía (+)		"Magda, tú te sientes molesta contigo" (00:37:34)
Normaliza la vulnerabilidad emocional del cliente (+)		"En ese momento, Magda, cómo iba a saber cómo estaba Manel si estabas tan triste. ¿Cómo uno no va a estar triste si se va la gente que uno quiere tanto? ¿Cómo uno puede tener los ojos mirando a los demás?" (00:53:47)
Comparte un momento humorístico o chiste con el cliente (+)		"Han vivido muchas circunstancias que yo en su lugar no sé qué hubiera hecho. Quizás hubiera hecho algo peor" (01:02:43)
SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO (Puntuación Total = 2)		
Intenta contener, controlar o manejar la hostilidad abierta entre los clientes (+)	Magda y Manel están discutiendo sobre que Magda cada mes guarda una parte de su sueldo para administrarlo por su cuenta. Según Manel, a él no le molesta que administre ella esa parte del dinero sino que se lo escondo. La pareja discute sobre esto y la terapeuta contiene la hostilidad existente entre ellos: "Magda, es legítimo lo que tú dices, quieres tener una parte de ese dinero para ti, es legítimo. Y si se lo dijeras a él, seguro que él también estaría de acuerdo. Pero me da la impresión que es el hecho de esconderlo lo que a él le molesta" (00:26:45)	
Protege activamente un miembro de la familia de otro (+)	Magda le hace preguntas a Manel sobre decisiones del pasado que a este le molestan e incomodan en exceso. La terapeuta maneja la hostilidad abierta entre ellos: "Manel, Magda a veces hace estas preguntas porque está muy enfadada por la situación y también con ella. Ya a veces hace estas preguntas porque quiere entenderlo. Pero estas preguntas a ti te hieren porque te parecen un reproche, pero en el fondo no es un reproche, sino que a ella la situación le ha dolido mucho y le ha costado mucho entenderlo. Y se siente responsable y por eso hace estas preguntas" (00:59:15)	
Reconoce que la terapia implica aceptar riesgos y discutir de cuestiones privadas (+)	Manel dice que se siente peor ahora que al iniciar la sesión, ya que ha hablado sobre los errores que cometió al robar dinero de la empresa y ocultárselo a Magda: "A ver, ya sé que a veces en sesión hay cosas que son difíciles de hablar, pero si las hablamos no es para estarlas sacando ni para que en casa estén hablando cada día del tema, porque es algo que ya pasó. Simplemente lo estamos hablando porque nos hemos dado cuenta que eran cosas que estaban deteniendo tu avance y tenían que ver también con Magda" (01:01:39)	
Antina a los clientes a preguntarse entre ellos por sus respectivos puntos de vista (+)		"A ver, Magda, deja que Manel termine, porque que te digas que se monta él una historia... Tenemos que ver cómo vivió él la situación y cómo lo percibe él, y vamos a oír lo que opine él, porque esto bloquea" (00:35:14)
COMPARTIR EL PROPÓSITO DE LA TERAPIA (Puntuación Total = 3)		
Subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución (+)	La terapeuta señala que ninguno de ellos tenía en sus manos la posibilidad de prevenir las consecuencias de los actos de cada uno de ellos en la conflictiva de pareja. Manel, por su parte, no vio que una solución errónea el gastar desmesuradamente para contentar a Magda. Y Magda no fue consciente de la gravedad animica de Manel: "Lo que es un hecho es que si él lo hubiera visto, lo hubiera evitado. Y también si tú lo hubieras visto, lo hubieras evitado" (00:50:50)	"Magda, preguntarle a Manel cómo se siente" (00:22:12)
Destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos (+)	Manel introduce el problema de que cada mes Magda autoadministra y esconde a Manel 300 euros en casa. Una vez dicho, Magda muestra su desaprobación en dejar de hacerlo y está molesta por el hecho de que Manel haya buscado dónde ella guarda el dinero. La terapeuta recoge la parte que comparten sobre el mismo problema: "Magda, a ti te ha molestado cuando él cogió el dinero y no te lo dijo. A ti te ha molestado que te lo escondiera y a él también le molesta que te escondas algo" (01:46:03)	"En los dos ha estado muy presente el no querer hacerle daño al otro cuando han aparecido problemas, de no tocarlo física ni emocionalmente para protegerlo" (01:27:47)
		"Los dos están de acuerdo en que no era fácil siendo una pareja joven ir a vivir con sus padres, Magda" (01:09:56)
		"Ahora veis la solución muy diferente, pero podéis encontrar una solución intermedia. Por ejemplo, tú (Magda) administrar la gran parte del dinero y dar 300 euros a Manel para que administre esos gastos él. Hay soluciones intermedias. No es que se haga la propuesta de Manel o la tuya. Esto os da más. El punto es considerar la propuesta de él y también la tuya" (01:42:48)



Universitat Ramon Llull

Aquesta Tesi Doctoral ha estat defensada el dia ____ d _____ de 20

al Centre _____

de la Universitat Ramon Llull

davant el Tribunal format pels Doctors sotasignants, havent obtingut la qualificació:

President/a

Vocal

Secretari/ària

Doctorand/a
