



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y
SOCIALES

**Ruptura y Restauración de la Alianza Terapéutica
en Terapia Familiar**

Autor: Cristóbal Martín Ortiz Vargas

Directora: Belén Garayoa Molpeceres

Madrid

2018/2019

Tabla de contenido

Introducción.....	3
Justificación y Objetivos.....	4
Metodología.....	5
Desarrollo	6
Discusión	16
Conclusión	18
Bibliografía.....	20

Introducción

A lo largo de las últimas décadas, numerosos estudios han investigado sobre la importancia y eficacia de la Alianza Terapéutica (Gelso y Carter, 1994, citado en Botella y Corbella, 2011). Si bien es una variable intrínseca y presente en toda psicoterapia, este trabajo se centra en los efectos y consecuencias que tiene en la Terapia Familiar.

Estudios al respecto muestran que la Terapia Familiar busca otorgar las habilidades de las que carece una familia para que aprendan cómo solucionar las situaciones de enfado, estrés y preocupación entre otras (Minuchin, Fishman y Etcheverry, 1984). La presencia de dos o más terapeutas en la corriente sistémica no es inusual (Hentschel, 2005), ya que se trabaja con más de un cliente. Es esencial que todos los profesionales se muestren imparciales y neutros frente a cada uno de los clientes para preservar la alianza terapéutica, por lo que los terapeutas adquieren un rol de mediador (Minuchin et al., 1984). Junto con la capacidad para analizar y detectar los conflictos de manera objetiva, los terapeutas separarán a la familia en subsistemas, discutirán por separado la percepción del problema y posteriormente juntarán a la familia para exponer el conflicto con un reencuadre. De esta forma, se asegura que un subsistema entienda lo que le ocurre al otro y viceversa también.

En relación a la AT, concretamente desde un enfoque Familiar, Minuchin et al. (1984) explican el proceso que un terapeuta debe seguir para lograr identificar y tratar el problema que trae el núcleo familiar. Los autores hacen referencia a la AT, detallando los pasos a seguir por parte de los terapeutas sistémicos para llevar una buena sesión. Entre ellos se encuentran la planificación de cómo intervenir, el cambio a realizar y el reencuentro del problema. Para ello, comprender el significado del sistema puede resultar de ayuda.

La familia, según Minuchin et al. (1984), es comparable a un sistema, donde la convivencia puede funcionar correctamente hasta que un miembro adquiere una conducta desfavorable que provoca un desequilibrio. Esta persona, por la que se pide asistencia terapéutica, es la que en Psicología Sistémica se denomina “paciente identificado”. Minuchin et al. (1984) resaltan la relevancia de la correcta funcionalidad del sistema, por lo que la disfunción de una de las personas afecta negativamente al resto de la familia.

Sin embargo, no es siempre el paciente identificado el origen del problema, sino aquel que presenta la conducta desadaptativa por otro problema dentro del núcleo familiar.

A veces es más de un cliente que trae consigo conductas desadaptativas. Aznar-Martínez, Pérez-Testor, Davins-Pujols, Aramburu y Salamero (2014) afirman que la Terapia Sistémica se caracteriza por la presencia de al menos dos individuos que requieren ayuda y asisten a sesión. Esto conlleva una serie de demandas y retos que reúnen características distintas a las sesiones individuales. Esto tiene como inevitable consecuencia que la formación y el mantenimiento de la AT sea más exigente y complejo.

Uno de estos retos es el fenómeno exclusivo de la Terapia Familiar de las “alianzas divididas” o “desequilibradas” (Friedlander, 2016). La definición original de este término hace referencia a “la diferencia significativa en la actitud de diferentes miembros de la familia hacia la terapia, específicamente las metas, tareas o el vínculo con el terapeuta” (Pinsof y Catherall citado en Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006, p.161). Sin embargo, y ayudándose del método de evaluación Sistema de Observación de Alianza Terapéutica en Intervención Familiar, el SOFTA-SOATIF, del que se hablará más adelante, Friedlander et al. (2006) resignifican este concepto. La alianza dividida pasa a significar a “diferencia de niveles de conexión con el terapeuta por parte de los clientes, dañando así la dimensión de ‘sentido de compartir el propósito’” (Friedlander et al., 2006, p.162). Esta redefinición destaca dos aspectos importantes. El primero es que ya no se habla de actitudes, sino de niveles de conexión, por lo que la comprensión de la ruptura de la AT queda más clara. El segundo es que se hace mención al SOFTA-SOATIF, método de evaluación con el que se mide de forma más precisa el estado de la AT.

Justificación y Objetivos

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo principal determinar las razones de las rupturas de la alianza terapéutica en Terapia Familiar. Dichas rupturas, de las que se hablará más adelante, entorpecen el proceso terapéutico y pueden resultar en el abandono definitivo del tratamiento (Cibanal, 2006). Al ser un elemento clave en toda psicoterapia,

considero de vital importancia atender al mayor número de variables posibles que permitan mantener una adecuada relación terapeuta-paciente. Cabe destacar la relevancia de un papel activo por parte del profesional y del cliente para la resolución de estas rupturas, estando ambos- aunque sobre todo el terapeuta- dispuestos a reparar el vínculo (Salgado, 2014). La revisión sobre este tema busca aglomerar las indicaciones recogidas hasta ahora, tanto para mantener una buena AT como para reparar una ruptura ya existente. Los objetivos específicos son los siguientes:

- Explicar el concepto de alianza terapéutica en contexto de Terapia Familiar
- Atender a las variables que ponen en riesgo la alianza terapéutica en el contexto de Terapia Familiar
- Identificar posibles estrategias que ayuden a restaurar una damnificada relación terapéutica
- Analizar las causas de las rupturas de alianza en Terapia Familiar con hijos adolescentes

Metodología

Se ha realizado una búsqueda tanto en libros sobre psicología como en artículos electrónicos. Tras haber leído 47 artículos, la selección total final ha sido de 31 artículos y dos libros. De los primeros, 17 son en lengua inglesa, 14 en lengua española y 2 en lengua alemana. Ambos libros están en español.

El método para encontrar los artículos ha sido mediante el uso de base de datos utilizadas. Así, artículos esenciales de este trabajo se hallan en PsycINFO, Anales de Psicología, Psychomed, Dialnet, ResearchGate y Hogrefe entre otras.

En la búsqueda de artículos, las palabras clave fueron: alianza terapéutica, terapia familiar, ruptura, restauración, familias con hijos adolescentes.

La búsqueda de las mismas palabras se realizó en los idiomas inglés y alemán. La primera parte de la búsqueda se realizó con estas palabras clave, mientras que la segunda fue una indagación más profunda en aquellos artículos que aparecían en la bibliografía de los primeros.

Desarrollo

DEFINICIÓN DE ALIANZA TERAPÉUTICA

La definición de la Alianza Terapéutica (AT), también denominada Alianza de Trabajo, ha estado cambiando y evolucionando desde su primera conceptualización. La primera vez que se hace mención de este fenómeno es en 1940 por Sigmund Freud, donde habla de la AT como la “Transferencia Negativa” (como se citó en Delgado, 2011). Freud la describiría entonces como el “movimiento de sentimientos hostiles y de enfado hacia el psicoanalista” (como se citó en Delgado, 2011, p.53), a diferencia de la “Transferencia Positiva”, donde se expresarían sentimientos de cercanía y de afección hacia el profesional.

Si bien el concepto está en continua transformación a lo largo de los años, la siguiente fecha importante para la AT sería 1973. Strupp (1973) publica sus investigaciones, y la define como un constructo que afecta e influye a todo terapeuta independientemente de las técnicas que emplee o la formación recibida. Es a partir de este momento donde se asume que la AT no es exclusiva de la terapia psicoanalítica o psicodinámica, sino que es un concepto inespecífico a toda corriente psicológica.

Sin embargo, la definición más extendida y utilizada es la que debemos a Bordin en 1979 (como se citó en Escudero, 2009). El autor distribuye en tres unidades interdependientes los componentes de la AT:

1. Acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los objetivos a alcanzar.
2. Acuerdo entre paciente y terapeuta acerca de las tareas para lograr dichas metas.
3. Lazos afectivos entre paciente y terapeuta.

Esta formulación transteórica implica que la adherencia al tratamiento depende, esencialmente, de que estas tres necesidades se vean cubiertas en todo momento.

La complejidad de este concepto deja notar el porqué de una reelaboración de su definición, y no debe asumirse que la definición de Bordin sea la última ni la definitiva. Botella (2011) añade un punto importante sobre la alianza terapéutica, donde resalta que “no es curativa por sí misma, sino que es un ingrediente que hace posible la aceptación y el seguimiento del trabajo terapéutico” (p.21).

Por último, cabe destacar que Luborsky (1976) sugirió que la AT es “una entidad dinámica que evoluciona con los cambios de las demandas de las diferentes fases de la terapia” (como se cita en Botella y Corbella, 2003, p.208). Luborsky establece dos tipos de alianza, dependiendo de la etapa terapéutica en la que se hallen psicólogo y paciente:

- Alianza tipo 1 (en las primeras fases de la terapia): medida en la que el paciente considera al terapeuta como un funcional y útil “contenedor”
- Alianza tipo 2 (en sesiones posteriores): se da en fases posteriores del proceso terapéutico y consiste en la sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los impedimentos y el malestar del paciente.

Mientras que estas investigaciones se han centrado en la psicoterapia individual, cabe destacar que otros estudios (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006) han demostrado que la AT es igual de esencial en la terapia de familia. Los autores descubren por tanto que tanto la adherencia al tratamiento como el éxito en terapia suele guardar estrecha relación con una buena AT.

El establecimiento de un contexto seguro puede parecer un requisito esencial dentro de cualquier tipo de intervención psicológica, aunque en la Terapia Familiar se pone especial hincapié en este punto (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006). En las familias, se debe limitar las interacciones negativas entre los miembros, al igual que clarificar los límites de confidencialidad, del tratamiento, de los objetivos y del rol de cada uno en esta intervención terapéutica (Friedlander et al., 2006).

El siguiente paso importante para los terapeutas, es averiguar cómo nutrir las alianzas con cada uno de los clientes, ya que las necesidades de cada uno pueden ser muy variadas. Es complejo y pocas veces equitativo para cada miembro de la familia. Al relacionarse con uno de los clientes, todos los demás observan como se establece el vínculo con ellos, y esto les afecta directamente (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006).

Estudios de Hovarth y Symonds (1991, citado en Friedlander et al., 2006) han evidenciado cómo la percepción de los clientes sobre su alianza con el terapeuta es altamente más relevante que al contrario. Por esto, no todas las intervenciones se hacen con la familia entera, sino que se dividen parte de las sesiones en subgrupos para no causar situaciones de tensión añadidas.

ESTRATEGIAS PARA MANTENER UNA BUENA AT EN TERAPIA FAMILIAR

Gelso y Carter citado en Botella y Corbella, (2011), establecieron que mantener una AT positiva era imprescindible para intervenir de forma eficaz, tanto en la primera concepción psicoanalítica de la AT como la que se maneja a día de hoy.

Una vez se tiene una concepción global sobre lo que es la AT, es igual de importante saber cómo poder evaluarla. Según Hentschel (2005), existen numerosos instrumentos que miden la alianza de trabajo en psicoterapia individual: el HAq-II, el WAI, el CALPAS etc. Sin embargo, a nivel de psicoterapia sistémica o familiar, hay un sistema de evaluación que es de gran utilidad. No sólo se ha demostrado su fiabilidad, sino que además se constata que es un “robusto predictor de éxito en terapia” (Escudero, 2009): el SOFTA-SOATIF.

Este modelo, denominado en español como Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención de la Familia, permite evaluar tanto la alianza en la terapia de familia, como en la de pareja. Consta de dos instrumentos de evaluación (Escudero, 2011):

1. Sistema de observación (el SOATIF-o): El evaluador puntúa dimensiones del -3 al 3, valorando el estado en el que se encuentra la pareja/la familia.
2. Cuestionario (el SOATIF-s): Tanto los profesionales como los clientes realizan un autoinforme en el que expresan cómo se han sentido durante la sesión.

El SOFTA se apoya en un modelo teórico que define la AT en intervención familiar con cuatro dimensiones (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006), mientras que Escudero (2011) desarrolla cada una de ellas:

1. Enganche en el proceso de intervención: hace alusión al sentimiento de cooperación entre terapeuta y pacientes a la hora de poner objetivos en común.
2. Seguridad en el sistema de intervención: implica sentirse contenido y escuchado por parte del profesional para poder compartir pensamientos y vivencias.
3. Conexión emocional del usuario con el profesional
4. Sentido de compartir el propósito en la familia: es el nivel de alianza intra-grupo que valora como útil o no la terapia para el sistema.

El SOFTA es un modelo altamente eficaz para evaluar la AT de la familia o pareja que acude a consulta. Ver el resultado de esta evaluación es de gran ayuda para el psicólogo, para saber si se mantiene o disminuye la AT (Friedlander, 2016).

El SOFTA-SOATIF puntúa alto cuando la actitud de los pacientes es positiva y se muestra como una familia cohesionada. Sin embargo, Escudero (2009) elabora un listado

las actitudes iniciales con las que los pacientes puedan llegar a sesión. El trabajo del profesional será afrontar adecuadamente estas posturas de la familia hacia el problema, al igual que cambiar el clima de conflicto y emociones negativas, que se deben al conflicto interno, o también a la desconfianza hacia la terapia. Escudero (2009) hace una distinción entre las siguientes actitudes:

- Solícita/Responsable: Suele ser aquel familiar que pide la ayuda, consciente del problema persistente. Su actitud destaca por la disposición y honestidad, compartiendo la información que considere pertinente con tal de facilitar la asistencia de los profesionales.
- Demandante: Esta actitud asume la existencia del problema. A diferencia de la solícita o responsable, el demandante no se considera parte del conflicto. Puede subdividirse en otros cuatro tipos de familiares:
 - o Señala: El que ve el problema en los demás y no en sí mismo. Aun así, se puede trabajar su compromiso fácilmente.
 - o Se queja: Suele ser muy insistente, y esto dificulta enormemente que se solucione cualquier aportación sobre el conflicto que éste sujeto perciba.
 - o Acusa: Se caracteriza por querer establecer una coalición, junto al equipo terapéutico, hacia el miembro de la familia que consideran origen del problema. Correlaciona con altos niveles de conflicto.
 - o Se victimiza: Aquel miembro familiar que acarrea emociones similares a la desesperanza, no cree que se pueda solucionar nada y que se exhibe como el que ha más ha sufrido.
- Visitante: Suelen asistir obligados a terapia, y consideran que requerir ayuda es innecesario. Esta postura parece ser la más común en adolescentes.
- Rehén: Son parecidos al visitante, aunque estos consideran que reciben un trato injusto. Traen hostilidad y barreras a la sesión.
- Fugitiva: Persona o personas que rehúyen del contacto con los profesionales. Queda en manos de estos últimos decidir hasta qué punto van a insistir en citarlos y cuándo desistir de establecer el contacto.

RUPTURAS EN LA AT: TERAPIA INDIVIDUAL Y FAMILIAR

Safran y Muran (2011) defienden que en los últimos 20 años ha reemergido la investigación en AT. No sólo se enumeran los factores que preservan el cuidado de la relación terapeuta-paciente, sino que además se está prestando mayor atención a cómo sobrellevar las rupturas de la misma. Sin embargo, las razones por las que ocurre no son las mismas en terapia individual y en terapia familiar (Pinsof, 1994, citado en Botella y Corbella, 2003).

En lo que respecta a la terapia individual, los mismos investigadores (Safran y Muran, 2011) consideran ya en 1996 las rupturas de la AT como una oportunidad crítica. Estos autores mantienen que una ruptura puede ayudar a explorar y comprender procesos que sostienen esquemas interpersonales negativos (como se citó en Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011), que evidentemente, variarían en intensidad, frecuencia y duración a nivel topográfico. Es decir, la razón por la que un cliente se pueda distanciar de su terapeuta puede resultar exagerada o aparentemente injustificada al comienzo. Si el profesional llega a la raíz del descontento de su paciente no sólo podrá decidir cómo abordar la ruptura en sí misma, sino que también aprende de los particulares procesos básicos que sigue su cliente.

Safran et al. (2011) recogen los tres criterios interdependientes de la definición de la AT creada por Bordin (1979), y explican que las rupturas pueden darse en cualquiera de los tres ámbitos:

1. Desacuerdos acerca de los objetivos a alcanzar.
2. Desacuerdos entre paciente y terapeuta sobre las tareas.
3. Tensiones en la relación terapéutica.

Se añade, con posterioridad a estos desacuerdos y tensiones, la aparición de una “interrupción de la colaboración por parte de uno de los dos miembros de la terapia” (como se citó en Safran y Muran, 2011).

Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham, y Stiles (2008), simplifican el significado de “ruptura” como el deterioro en la relación terapeuta-paciente. En el mismo estudio, Aspland et al. (2008) divisan una serie de desconexiones que afectan a nivel emocional e interrelacional, que empeoran marcadamente la calidad del vínculo. Como ha sido

previamente explicado, estos obstáculos pueden derivar en la hibernación del proceso terapéutico, al igual que en la finalización del mismo.

Ackerman y Hilsenroth (2001) hallan en sus investigaciones aquellas características del terapeuta que hacen peligrar el sano mantenimiento de la AT y que pueden llevar a ruptura. Las características de los terapeutas que afectaban de manera mas negativa al establecimiento de la AT, fueron: ser críticos, moralistas, faltos de calidez, respeto o confianza, mostrarse inseguros, tensos, distraídos, cansados, aburridos, rígidos, discutidores, culpadores, observadores, manejadores y distantes y estar a la defensiva.

Ambos autores (Ackerman y Hilsenroth, 2001) incluyeron otro tipo de acciones llevadas a cabo por los profesionales que nuevamente recomendaban evitar: tener una estructura rígida, realizar observaciones personales inapropiadas, errar considerablemente en interpretaciones y el uso inapropiado del silencio entre otras.

Baillargeon (2012) describe dos tipos de rupturas; las de distanciamiento y las de confrontación. El paciente actuará de una u otra forma en función de sus propias características:

- Distanciamiento: Retraimiento y desconexión parcial, ya sea del terapeuta, de sus sentimientos o de otros aspectos del proceso terapéutico
- Confrontación: Expresión directa de enfado o resentimiento, ya sea por insatisfacción en relación al terapeuta o por aspectos específicos o inespecíficos de la terapia

Del mismo modo, el autor (Baillargeon, 2012) resalta las diferentes respuestas que suele dar un paciente ante estas rupturas, ocasionadas generalmente por tensión en el vínculo terapeuta-paciente:

- Distanciamiento: El paciente lucha por la relación con su terapeuta.
- Confrontación: El paciente lucha por su necesidad de individualización.

La terapia familiar también tiene en consideración estas características, aunque existen matices que la distinguen de la terapia individual.

Horvath y Bedi (2002) llegaron a la conclusión de que, en una terapia individual, el cliente puede sentirse incómodo o incluso agredido cuando el terapeuta adquiere un rol más autoritario, haciéndose cargo de la intervención desde una posición superior a la del paciente. Sin embargo, es esta actitud de “hacerse cargo” de la sesión la que las familias

y parejas buscan como requisito. La posición de poder es necesaria para una visión integrativa de la problemática que presenta la familia, que acude con diversas necesidades a terapia.

Sin dejar de lado a los individuos como personas independientes, Andolfi y Angelo (1988, citado en Friedlander, Escudero y Heatherington, 2006) consideran que el trato hacia la familia como un sistema, favorece la habilidad del terapeuta para comprender y sentirse identificado con el grupo. Dirigirse de esta forma al grupo evita que el psicólogo incurra en el error de establecer mejor rapport con un cliente concreto, dejando de lado a los demás. Resulta especialmente útil para que la familia se sienta incluida y atendida por partes iguales, y previene las luchas de poder intragrupo para obtener mayor aceptación del profesional que tienen delante.

Otro predictor de ruptura de la AT en terapia familiar es la contraposición de percepciones dentro del grupo. Bennun (1989) descubrió que cuanto más difería la imagen entre el padre y la madre sobre el progreso de la terapia, más probable sería el abandono de la misma.

RESOLUCIÓN DE RUPTURAS DE LA AT

Al igual que el interés por los componentes del mantenimiento de la AT ha sido objeto de estudio, varios autores han investigado sobre cómo reestablecer el vínculo. Escudero (2011), por ejemplo, presenta en su “Guía práctica para la intervención familiar” una tabla con una serie de dificultades a la hora de establecer la AT con una familia, acompañadas con sus directrices para afrontarlas. Son las siguientes:

- Desmotivación: Trabajar individualmente la motivación de la familia, atender y cambiar las actitudes iniciales e incrementar la dimensión de Conexión Emocional con los integrantes.
- Conflicto: Reencuadre y análisis del motivo del conflicto e incrementar la dimensión de Seguridad.
- Prejuizar un trato no igualitario: Hacer ver la unión familiar y ser transparente con la familia. Posibilidad de realizar entrevistas conjuntas para fortalecer el “espíritu de equipo”

- Secretos o tabúes: Incrementar la dimensión de Seguridad destacando la importancia de la confidencialidad y la confianza en el área de trabajo entre otras. Posibilidad de realizar entrevistas separadas con los diferentes subsistemas.
- Jerarquía de poder: Saber de las necesidades de cada individuo. Conviene establecer buena AT con el líder de la familia, al igual que esmerarse en proteger al participante más vulnerable.
- Consecuencias negativas de lo que se dice: Atender y medir escrupulosamente la información de las entrevistas conjuntas, reasegurar el mantenimiento de la confidencialidad y procurar un correcto cierre al finalizar la entrevista
- Temor a lo que puedan decir: Incrementar la dimensión de Seguridad en las entrevistas y prestar especial cautela en aquellas señas que muestran indicios no verbales de miedo o temor.
- Diversidad madurativa: Incrementar habilidades de comunicación con los miembros de diferentes edades, con especial atención a las intervenciones de los más pequeños (niños y adolescentes). Aprovechar las sesiones individuales con los subsistemas de los jóvenes.
- Rehenes: Mostrar atención e interés por posibles sentimientos de rabia o contrariedad del “rehén”, explicar que los comentarios que expresa no serán tomados de forma personal, comunicar disposición y acompañamiento al otro.
- Triangulaciones: Preservar el balance en la AT con cada miembro, incrementar la dimensión de Conexión Emocional y el sentido de Unión para evitar situaciones problema.
- Expectativas sobre ganancias o pérdidas: Construir un enfoque colectivo e involucrar a todos los familiares en el proceso. También sirve hacer uso del plural “nosotros” para dotar a todos del sentimiento de unión en el proceso.

Para preservar la adherencia al tratamiento de los pacientes, se han elaborado una serie de pautas para cuidar y mantener la AT, que también sirven a la hora de restaurarla. Greenberg (1984) estudió las secuencias de reparación de rupturas, y dio pie al inicio del estudio de la reparación de la relación terapeuta- cliente.

Aspland y colaboradores (2008) desarrollan un esquema a seguir para afrontar la ardua tarea de reconciliación interrelacional con el paciente:

1. Abordar el marcador de ruptura
2. Explorar la experiencia de ruptura
3. Validar la afirmación del Yo
4. Reconocer el ciclo cognitivo- interpersonal en que el terapeuta y su paciente se encuentran, incluyendo sus propios sentimientos, y el movimiento para salir de ese ciclo.

Según los estudios de Ackerman y Hilsenroth (2001) previamente mencionados, se ha detectado que es preferible que el profesional sea cálido, abierto, respetuoso y que muestre confianza y seguridad. Ayuda, también, que su disposición sea de estar centrados, que sean flexibles, cercanos y seguros de sí mismos. Hay situaciones en las que, incluso sin quererlo, un terapeuta puede resultar rígido o hacer comentarios inapropiados, y cualidades de esta índole hacen peligrar la resistencia de la alianza terapéutica. Por esta misma razón, será tarea del terapeuta cuidar y medir sus palabras para no herir a su paciente. Safran et al. (2011) afirman que sólo un ambiente de empatía y acogida ayudará al paciente a que se abra y que hable sobre el nuevo conflicto en terapia.

Baillargeon (2012) constata en sus investigaciones que aquellas rupturas que han sido exitosamente trabajadas con el terapeuta traen consigo consecuencias muy positivas.

Muran y Safran (1998) toman los dos tipos de ruptura que presenta Baillargeon, y crean dos modelos diferentes de resolución, dependiendo de la razón por la que se ha dado la ruptura; por distanciamiento y por confrontación:

- Resolución de rupturas por distanciamiento:
 1. Marcadores de rupturas por distanciamiento: Respuesta del paciente cuando percibe que el terapeuta ignora su deseo. Puede darse cuando el paciente presenta una actitud demasiado pasiva o sumisa como para que el terapeuta lo vea de forma evidente.
 2. “Desembarazarse”: Una vez observado el daño, el terapeuta hará consciente la gravedad del momento terapéutico. En cuanto pueda, éste deberá explorar las evasiones del paciente, prestando especial atención al momento presente de la relación terapéutica.
 3. Aserción cualificada: Aquí, el paciente comienza a expresarse mediante ideas y sentimientos. Verbaliza contenido asociado a la ruptura, pero a

pesar de formular deseos de manera asertiva, todavía pide ayuda en un sentido demandante (similar a la actitud inicial “demandante”, de Escudero, 2009). El terapeuta deberá actuar de forma empática y curiosa, y evitando el juicio de los sentimientos negativos.

4. Evitación: El profesional deberá atender a los procesos internos del paciente, como las actitudes defensivas que reprimen la expresión de sentimientos y pensamientos. Estos estarán relacionados con la ruptura por parte del cliente.
5. Auto-asección: Es de gran relevancia que el terapeuta persista con actitud empática y ausente de críticas, ya que el paciente comenzará a expresarse de forma auto-assertiva. Será él quien exprese la responsabilidad de sus deseos y necesidades subyacentes.

– Resolución de rupturas por confrontación

1. Marcadores de la confrontación: Debido al abandono percibido, el cliente responderá de forma habitual agresivamente. Si el terapeuta contesta se escuda de esta actitud con defensas o críticas, el paciente experimentará una profecía autocumplida.
2. “Desembarazarse”: En este momento, y dada la carga de hostilidad en la relación, el terapeuta deberá verbalizar lo que están viviendo el paciente y él. A lo largo de las siguientes sesiones, habrá que abordar el tema de la agresividad del paciente. Si bien esto es útil para que el paciente tome distancia de sus sentimientos y vea sus acciones, lo esencial en este paso es destacar la interacción entre terapeuta y paciente.
3. Exploración de los procesos internos: El terapeuta ayudará al paciente a formular su disconformidad con la interacción, y saldrán usualmente la rabia, el enfado o la decepción. Dado que el profesional es consciente de cómo influye en la interacción su tarea es animar al paciente a evaluar la misma. En ocasiones, este es el último paso necesario para restituir la AT. Otras veces, las habilidades y técnicas no ayudan a la comprensión de sentimientos y pensamientos del paciente.
4. Evitación de la agresión: Según Safran y Muran (1998), hay pacientes que mediante la expresión de hostilidad pueden sentir tensiones de tipo ansioso o culpable. Esto puede llevarlos a arrepentirse y a querer reparar el daño que

han hecho; en ese caso, el terapeuta podrá explorar el correcto funcionamiento del paciente, e indagar en los procesos que experimenta cuando se siente agresivo.

5. Evitación de la vulnerabilidad: También la vulnerabilidad puede enmascararse tras hostilidad o agresión. Si el terapeuta focaliza la atención hacia estas actitudes, puede ser el propio paciente quien estudie los procesos internos que movilizan estos cambios.
6. Vulnerabilidad: Para que esta vulnerabilidad aflore, es vital que el paciente sienta que puede depositar su confianza en el terapeuta. Al expresar sentimientos negativos, tales como la tristeza, la desesperación, o el aislamiento, el terapeuta podrá responder de una forma mucho más certera, al saber qué es lo que realmente se mueve en el cliente que tiene delante. De la misma manera que puede aportar contención y cercanía. También puede reforzar positivamente los deseos del paciente en aquellos casos en los que el profesional lo vea factible y conveniente.

Discusión

Esta revisión bibliográfica tiene como objetivo principal la definición de la AT, al igual que el estudio de los factores que facilitan las rupturas y las estrategias que promueven la restauración de la misma. Además de haber sido contrastadas, otros objetivos concretos han podido ser resueltos, y su explicación ha sido desarrollada a lo largo del cuerpo argumentativo del trabajo.

La evolución del concepto de la AT se debe al intento de encontrar una descripción comúnmente aceptada, ya que no es una característica fácilmente comprensible. Si bien, existen numerosas y útiles definiciones de la AT, es Bordin (1979) quien condensa los puntos más importantes para trabajarla: Acuerdo en metas, acuerdo en objetivos y una buena vinculación emocional con el cliente.

Estos tres puntos no sólo aclaran las partes esenciales de las que se compone la AT, sino que además permiten ver fácilmente las consecuencias de no mantenerla correctamente. El descuido de cualquiera de estos puntos puede derivar en la ruptura de la AT, y no siempre se dan los mismos escenarios si se compara la terapia individual con la familiar. En la individual, los desacuerdos en metas u objetivos son dañinos, al igual que la desconexión con el terapeuta. Esta desvinculación con el profesional se puede dar por actitudes del mismo, tales como mostrar desinterés, frialdad o distanciamiento hacia el cliente.

En vista de los datos expuestos, se ha podido comprobar que para construir y mantener una sana AT con familias se requiere atender a múltiples factores. Hay varias necesidades entre los miembros de la familia, y el terapeuta deberá luchar por conseguir atender y respetar a cada uno de ellos.

Tras la elaboración de esta revisión bibliográfica, se puede establecer que la mayoría de los objetivos han sido contestados. Destaca, del mismo modo, la relativa unanimidad con la que se emplea el término de “Alianza Terapéutica” en las diferentes corrientes psicológicas. Sólo parecen surgir diferencias al distinguir la AT a nivel individual y familiar.

Resultados de la investigación de Friedlander, Escudero y Heatherington (2009) muestran que una terapia de familia buscará en la persona del terapeuta un componente de alta responsabilidad, donde sea el profesional quien se “haga cargo” de ella. De no ser así, el fracaso en la intervención puede preverse, y vaticinar el fin de la terapia. Del mismo modo, si en la familia hay un claro desacuerdo sobre cómo afecta- positiva o negativamente- el contexto terapéutico sobre los clientes, es posible que las sesiones no tengan el éxito esperable.

Como demostraron Safran, Muran y Eubanks-Carter (2011), la AT ha resultado ser un firme predictor del éxito terapéutico. Un estudio del National Institute of Mental Health (NIMH) ya hablaba en 1996 de un 21% de varianza de éxito terapéutico exclusivamente por una AT fuerte y positiva (Escudero, 2009). Parece razonable que una buena relación con el profesional conlleve a una alta probabilidad de adherencia al tratamiento, pero el reto reside, dentro de la terapia familiar, en mantener la imparcialidad y la equidad con todos.

Muran y Safran (1998) desarrollan una relevante y detallada plantilla para restaurar estos conflictos basados en qué tipo de ruptura se ha dado: distanciamiento o confrontación. Ambos enfoques cuentan con la verbalización por parte del terapeuta de la presencia de una ruptura importante en el proceso terapéutico, y Baillargeon (2012) descubre en sus investigaciones que este modo de intervenir resulta altamente beneficioso a la hora de reestablecer la AT. Los resultados indican que una vez se discute y se trabaja la razón del conflicto, la relación no sólo vuelve al estado de la previa, sino que incluso tiende a mejorarse.

Conclusión

Un último objetivo de esta revisión bibliográfica era el poder atribuir causas concretas a los problemas que se presentan en Terapia Familiar cuando asisten familias con hijos adolescentes. Esta población parece ser muy concreta como para encontrar resultados en diferentes artículos, y por ello no está profundamente estudiada. Cabe destacar que este trabajo tenía como foco inicial la AT exclusivamente en familias con hijos adolescentes. Debido a la escasa bibliografía encontrada respecto a esta área en concreto, el trabajo fue reformulado, y se centró en las rupturas en la alianza terapéutica en el contexto de Terapia Familiar, es decir, a nivel más global. Parece interesante seguir por este camino, ya que puede que haya autores se estén pasando por alto puntos clave en estas familias. Estas limitaciones están tomadas en cuenta por Escudero (2009), pero es el único autor que parece haberse centrado en el tema. Tal vez en el futuro surjan diferentes líneas de investigación al respecto.

Las familias con hijos adolescentes pasan por un complejo momento evolutivo (Cibanal, 2006). Esta etapa es la plataforma de lanzamiento para la autonomía del mismo, y donde las normas y límites de los padres deben reorganizarse para que tengan sentido para el adolescente. Cabe destacar que, generalmente, la entrada a esta fase evolutiva suele coincidir con la crisis de la mitad de la vida de los padres, quienes comienzan a plantearse las decisiones y conductas que han hecho hasta el momento.

Tiene sentido que las tareas sean aceptar la independencia del adolescente, disminuir el control sobre él, depositar más confianza en sus capacidades y finalmente no cuestionar

todo lo que diga o haga. Sin embargo, aun queriendo proporcionar a su hijo el mejor futuro posible, hay sesgos en los que los padres pueden incurrir inevitablemente. Por ejemplo, puede estar presente la necesidad de mantener pequeño al hijo, y no considerar su edad ni sus capacidades.

En lo que respecta al control, unos padres confusos pueden decidir intensificarlo para verificar que todo en su vida sigue en orden, mientras que otros pueden creer que ya no es necesario. Esto último puede considerarse negligente, y provocar mayores problemas que tener a los padres constantemente encima.

Finalmente, hay un estudio que puede ser útil para seguir líneas de investigación futuras. Watzlawick, Beavin y Jackson (2016) denominan los niveles de contenido y las relaciones de la comunicación. La teoría de Watzlawick sobre la comunicación humana se compone de cinco axiomas, dónde el segundo reza que “en cualquier mensaje intervienen dos aspectos: el contenido que se transmite y la relación que existe entre los interlocutores, de modo que el segundo influye en el sentido del primero”. Esto, aplicado a las familias adolescentes, hace mención a que los padres pueden confundir los mensajes del hijo a nivel relacional, cuando únicamente está trasmitiendo un contenido. Pueden aparecer problemas cuando los contenidos del adolescente se interpretan como hostiles o depresivas, dado que pueden llevar a los padres a tomar medidas innecesarias o exageradas.

Bibliografía

- Ackerman, S. & Hilsenroth, M. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy, 38*, 171-185.
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G., Barkham, M., & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research, 18*(6), 699-710.
- Aznar-Martínez, B., Pérez-Testor, C., Davins-Pujols, M., Aramburu, I. & Salamero, M. (2014). La alianza terapéutica en tratamiento conjunto de parejas: evaluación de la alianza y análisis de los factores influyentes en el triángulo terapéutico. *Subjetividad y procesos cognitivos, 18*(1), 17-52.
- Baillargeon, P., Coté, R. & Douville, L. (2012). Resolution Process of Therapeutic Alliance Ruptures: A Review of the Literature. *Psychology, 3*, 1049-1058.
- Baylis, P., Collins, D. & Coleman, H. (2011). Child alliance process theory: A qualitative study of a child centred therapeutic alliance. *Child and Adolescent Social Work Journal, 28*, 79-95.
- Bennun, I. (1989). Perceptions of the therapist in family therapy. *Journal of Family Therapy, 11*(3), 243-255.
- Bordin, E. (1976). The generalization of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252-260.
- Botella, L. & Corbella, S. (2003). La Alianza Terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología, 19*(2), 205-221.
- Cibanal, L. (2006). *Introducción a la Sistémica y Terapia Familiar*. España: Editorial Club Universitario.
- Delgado, O. & Irrazábal, E. (2011). Reacción terapéutica negativa: caída de la regla de abstinencia. *Anuario de investigaciones, 18*, 39-42.

- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27, 247-259.
- Escudero, V. (2009). *Guía práctica para la intervención familiar*. Junta de Castilla y León.
- Escudero, V. (2011). *Adolescentes y familias en conflicto. Terapia familiar centrada en la alianza terapéutica. Manual de tratamiento*. Disponible en: http://uiicf.net/wpcontent/uploads/2014/06/ManualTFAdol_VEscudero_UIICF_FMeni%C3%B1os.pdf
- Escudero, V. (2013). *Guía práctica para la intervención familiar II. Contextos familiares cronificados o de especial dificultad*. Junta de Castilla y León.
- Espíndola, I., Roussos, A. & Waizmann, V. (2009). Acerca de las rupturas de alianza terapéutica. *Acta Académica*. Universidad de Buenos Aires
- 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 (Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar)*, 25, 32-36.
- Friedlander, M. (2016). La Alianza Terapéutica en la Psicoterapia. Disponible en: <https://www.avntf-evntf.com/wp-content/uploads/2016/06/La-Alianza-Terapéutica-en-la-Psicoterapia.-Friedlander-y-otros.pdf>
- Friedlander, M., Escudero, V. & Heatherington, L. (2009) La Alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja. Barcelona: Paidós.
- Friedlander, M., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 25.
- Gómez, B. (2010). La relación terapéutica en Terapia Cognitiva. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*, 1.
- Greenberg, L. (1984). Task analysis: The general approach. En L. S. Greenberg (Eds.), *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process* (pp. 124-148). New York: Guilford Press.
- Henschel, U. (2005). Die Therapeutische Allianz. *Psychotherapeut*, 50(5), 305-317.

- Hilsenroth, M., Peters, E. & Ackerman, S. (2004). The development of therapeutic alliance during psychological assessment: Patient and therapist perspectives across treatment. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 332-344.
- Horvath, A. & Bedi, R. (2002). The alliance. En J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*. Nueva York: Oxford University Press.
- Krupnick, J., Sotsky, S., Simmens, A., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J. & Pilkonis, P. (1976). The role of alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- 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(3), 438-450.
- Minuchin, S., Fishman, H. & Etcheverry, J. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Muran, J. & Safran, J. (1998). Negotiating the therapeutic alliance in brief psychotherapy: An introduction. En Safran, J. & Muran, J. (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association
- Pinsof, W., & Wynne, L. (1995). The efficacy of marital and family therapy: An empirical overview, conclusions, and recommendations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 585-613.
- Safran, J. & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, impasses, and enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381-387
- Safran, J., Muran, J. & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80-87.
- Salgado, M. (2014). Resolución de rupturas en la alianza terapéutica. Una revisión bibliográfica. *Acta Académica*. Universidad de Buenos Aires

Shirk, S., Caporino, N. & Karver, M. The alliance in adolescent therapy: Conceptual, operational, and predictive issues. En Castro-Blanco, D. & Karver, M. (Eds.), *Elusive alliance: Treatment engagement strategies with high-risk adolescents*. Washington, DC: American Psychological Association; 59-93.

Strupp, H. (1973). The interpersonal relationship as a vehicle for therapeutic learning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 13-16.

Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (2016). Menschliche Kommunikation. *Formen, Störungen, Paradoxien*, 13.