

**La mediación de las variables “conexión emocional” y “seguridad” en la Terapia Familiar Basada en el Apego con adolescentes con trastornos de la vinculación.**

Informe final del Proyecto ganador del Premio de ayuda a la Investigación de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF) 2012.

## ÍNDICE

Introducción y marco conceptual.....	página 2
Contexto de la investigación.....	página 6
Metodología.....	página 7
Análisis de resultados.....	página 16
Discusión.....	página 31
Síntesis.....	página 32
Bibliografía.....	página 32

## INTRODUCCIÓN A LA INVESTIGACIÓN Y MARCO CONCEPTUAL

### Adolescentes “sin historia”

La intervención con adolescentes y jóvenes con graves trastornos de conducta y con rasgos pronunciados de trastornos de personalidad supone un reto de primera línea para los terapeutas familiares:

A menudo los adolescentes llegan a la terapia en una posición poco colaboradora, sin atribuirse responsabilidad sobre lo que ocurre, con poca capacidad para medir las consecuencias de sus actos y poniéndose en situaciones de riesgo o poniendo en riesgo a otras personas. Los familiares, especialmente los padres, suelen oscilar entre declaraciones de impotencia y situaciones de escalada de enfrentamientos con ellos, en un patrón que todavía genera más distancia entre generaciones y un agravamiento de las dificultades de sus hijos. En los casos más graves, en los que hay una intervención de los servicios de protección al menor que conlleva la separación temporal de la familia, puede ocurrir que las dificultades de convivencia del adolescente se manifiesten en su relación con los profesionales que le cuidan, contribuyendo a cristalizar la “identidad negativa” de éste (Escudero, 2013). Además, la vivencia tan polarizada entre padres e hijos convierte en un reto de gran magnitud el evitar caer en una alianza partida (identificándose mayoritariamente con las dificultades de los padres o con las de los adolescentes) lo que pone en riesgo la continuidad de la terapia (Escudero, 2009).

Los adolescentes a los que nos referimos son aquellos que pueden entrar en la consideración “adolescentes sin historia” (Aznar, 2012): 1) explican los acontecimientos biográficos sin filiación narrativa (esto es, describen los hechos sin establecer relaciones causales - temporales entre ellos y con gran dificultad para describir de forma compleja las motivaciones de sus protagonistas); 2) les resulta una tarea muy difícil de llevar a cabo el describirse a sí mismos y aportar alguna idea sobre quiénes y cómo son; 3) a menudo desconocen acontecimientos cruciales de la historia reciente de su familia; 4) al ahondar con la familia en su historia aparecen con frecuencia elementos biográficos de alta intensidad en la vida de los padres y/o los abuelos (emigraciones muy difíciles y con pocos recursos sociales y relacionales, episodios de violencia familiar y/o conyugal, separaciones, duelos sin elaborar, etc.); y 5) funcionan como “adolescentes clandestinos” (muestran la tendencia a no compartir con sus cuidadores más cercanos las situaciones las de dificultad por las que pueden pasar). Por contra, llevan sus actuaciones al límite, reaccionan frente al intento de ayuda como si fuera algo amenazante, suelen producir intensas reacciones tanto en su familia como en la red profesional; cuando conviven con otros chicos (hospital de día, centro residencial, escuela, etc.) también producen reacciones intensas en los otros adolescentes. Pero quizá el rasgo más pronunciado es que actúan en contra de su propio interés (su impulsividad y dificultad para modular su conducta les hace perder aquello que

ellos mismos consideran valioso o importante). Estas dificultades son una clara manifestación de dificultades en la regulación emocional e interpersonal, así como de la capacidad de tener una representación mental compleja de las acciones y de las motivaciones de quienes participan en ellas (incluyéndose a sí mismos).

### **La perspectiva de la teoría del apego**

La perspectiva que nos ofrece la teoría del apego sobre las dificultades de conducta graves de los adolescentes es la de que forman parte de una trayectoria del desarrollo en la que aparecen como una forma de afrontar las dificultades de sus padres para ayudarlos en la regulación de sus emociones y en la organización de su conducta (Causadias y Coffino en Torres Gómez de Cádiz, Causadias y Posada, 2014). Las dificultades conductuales en los adolescentes se han conceptualizado como estrategias secundarias de apego, esto es, la tendencia a negar la importancia de las relaciones de apego para apartarse de unos padres que no se muestran sensibles a sus necesidades; como una forma de llamar la atención y reclamar el cuidado de las figuras de apego; y como la manifestación de la dificultad para internalizar las normas parentales y el resto de las normas sociales a partir de la desconfianza y hostilidad generada por la frustración que produce la falta de atención de sus figuras de apego (Torres Gómez de Cádiz, Causadias y Posada, op. cit.). Nuestra experiencia trabajando con las familias de estos chicos es la de que la conducta agresiva del adolescente y su falta de regulación es casi siempre el emergente de un trato agresivo, distante y negativo (y en ocasiones sobreimplicado simultáneamente) del que éste ha sido víctima directa o, cuando menos, ha sido víctima secundaria de la observación de conductas agresivas en su entorno familiar. Peter Fonagy explica que los chicos que han sufrido o sido testigos de violencia doméstica sufren un “trauma en el apego” que comporta una dificultad importante para pensar sus experiencias, porque pensar en ellas, sin un entorno seguro, significa verse librados a revivir escenas que les resultan intolerables (Lacasa et al, 2014).

Un trabajo pionero en la introducción de la perspectiva del apego en el trabajo con adolescentes y sus familias es la investigación de Jeri A. Doane y Diana Diamond (Bertrando y Toffanetti, 2004). En un estudio longitudinal con cincuenta familias con un miembro con dificultades psicopatológicas graves (incluyendo adolescentes y jóvenes con graves problemas de conducta) señalaron que el apego padres-hijos es un importante mediador en la forma que los padres contribuyen a la creación de los mundos emocionales de sus hijos, que la hostilidad, el criticismo y la intrusión son difíciles de afrontar por la forma en la que las historias de apego dificultan la adaptación de los padres a las necesidades de sus hijos, y que afrontar la relación entre sus dificultades y sus historias de apego es una tarea terapéutica fundamental (Doane y Diamond, 1994).

Estas familias suponen, además, un reto para el establecimiento y mantenimiento de la alianza terapéutica. Los patrones repetitivos de falta de sincronización entre las necesidades de los hijos y

la capacidad de afrontarlas los padres lleva a una exacerbación de las posturas que muestran en las primeras entrevistas. Los “malentendidos” en la interpretación de las dificultades de unos y otros aumentan el riesgo de comprometer al terapeuta en una alianza partida (Friedlander, Escudero y Hearethington, 2009). Además, cada miembro de la familia explica lo que ocurre en relación a sus propias experiencias de apego, de manera que sus dificultades se manifiestan en la forma en que pueden regular su reacción ante las dificultades de sus hijos. Esto puede suponer un reto para el diagnóstico del problema: cuándo los niños viven situaciones traumáticas o una dificultad alargada en el tiempo en la accesibilidad emocional de sus padres o cuidadores, éstas pueden afectar a su desarrollo y a sus capacidades cognitivas y al control de sus reacciones emocionales y, simultáneamente, pueden hacer considerar sus problemas como una condición interna. Esto puede resultar tranquilizador para adultos agotados y frustrados (familiares y profesionales), pero resultar confuso cuando estos síntomas son manifestación de dificultades en el apego, y puede provocar una restricción en la capacidad de reacción de los terapeutas forzando a los adolescentes a seguir repitiendo las mismas estrategias que se manifiestan como el problema (Vetere y Dallos, 2012). A su vez, el incremento de las dificultades de los hijos refuerza la cristalización de las respuestas poco adecuadas de los padres. Se genera una transmisión intergeneracional en la que los padres quedan atrapados por las distorsiones que pudieron sufrir en su propia experiencia en sus familias de origen y que modulan la forma en la que pueden entender y atender las necesidades y motivaciones de sus hijos (Aznar, 2012).

Todas estas consideraciones conllevan decisiones operativas que es necesario tomar en el curso de la terapia sobre el ritmo de las intervenciones, sobre qué aspectos deben priorizar los equipos terapéuticos, y sobre cómo evitar que haya una transmisión de las dificultades relacionales de estas familias al contexto de la intervención. La bibliografía nos orienta a considerar, a este respecto, que la alianza terapéutica tiene un papel fundamental.

### **La alianza terapéutica**

La investigación empírica sobre el proceso terapéutico ha puesto de relieve la importancia de la alianza terapéutica, entendida como la colaboración entre terapeuta/s y cliente/s para compartir las metas y las tareas de la terapia, para el resultado del tratamiento con independencia del enfoque terapéutico (Horvath y Symonds, 1991), especialmente cuando se evalúa desde el punto de vista del usuario (Horvard y Bedy, 2002). La literatura sobre el proceso de la psicoterapia familiar basada en el apego ha puesto también de relieve la importancia y complejidad del equilibrio en las alianzas que se establecen entre terapeutas, padres e hijos (Diamond, Diamond y Liddle, 2000).

Estos hallazgos permiten presuponer que la relación entre la alianza terapéutica y el intento de reparar el vínculo estriba en que son procesos isomórficos: ambos comparten la necesidad de la validación de la experiencia de todos los implicados, un entorno seguro que permita la expresión

emocional y un sentido de pertenencia (que se halla representado, en la terapia, por el hecho de compartir un propósito común). El mismo Bowlby llamó la atención sobre la relación entre ambos procesos: *“La alianza terapéutica aparece como una base segura”*, y más adelante: *“el paciente es estimulado a creer que, con apoyo y una guía ocasional, puede descubrir por sí mismo la verdadera naturaleza de los modelos que subyacen en sus pensamientos, sus sentimientos y sus acciones y que, al examinar la naturaleza de sus primeras experiencias con sus padres, o padres sustitutos, comprenderá qué lo llevó a construir los modelos actualmente activos en su interior, y así ser libre para reestructurarlos”* (Bowlby, 1989, pp. 174-175). Bowlby está hablando desde la perspectiva de una psicoterapia individual en la que se hace una “reescritura” presente del desarrollo del apego bajo el paraguas de la alianza terapéutica. Pero en la terapia familiar este proceso reviste una complejidad única: los vínculos de apego que se han tejido a lo largo de la historia compartida por la familia se hacen presentes en el aquí y ahora de la entrevista conjunta poniendo en juego, en el establecimiento de las alianzas, la complejidad de los motivos que conducen a los clientes y a la red de sistemas profesionales a la terapia (Friedlander, Escudero y Hearethington 2009).

### **Alianza terapéutica y apego**

Harris (citado en Yárnoz, 2008) ha analizado el impacto del estilo de los pacientes en la construcción de la alianza terapéutica sugiriendo que las diferentes disposiciones hacia el apego implican flexibilidad por parte del terapeuta para cambiar el foco al aspecto de la relación más vulnerable. Desde este punto de vista podemos inferir una relación circular entre la alianza y las dinámicas de apego en la familia: la disposición insegura al apego implica estrategias específicas por parte del terapeuta para recoger la vulnerabilidad de las personas con las que trabajamos, y el establecimiento de una sólida y flexible alianza les permite a su vez ensayar nuevas formas de relación.

La literatura científica sobre la Terapia Familiar Basada en el Apego (TFBA) parece confirmar la importancia y complejidad del equilibrio en las alianzas que se establecen entre terapeutas, padres y adolescentes para el desarrollo de la reparación del apego (Diamond, Diamond y Liddle, 2000) poniendo de relieve la importancia de estudiar las diferentes dimensiones de la alianza terapéutica y su peso específico en el esfuerzo de reparación del vínculo en el desarrollo del proceso terapéutico de manera que permita priorizar el foco de la intervención y plantear estrategias terapéuticas.

El objetivo que se propone nuestra investigación es, en consonancia con todas estas consideraciones, plantear el inicio de una serie de investigaciones sobre la incidencia específica

de las dimensiones de la alianza terapéutica, como variables mediadoras en el proceso de reparación del vínculo con estos adolescentes y sus familias en un proceso de TFBA.

## **CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN**

La formulación inicial de la investigación se produce en la unidad de terapia familiar basada en el apego del Hospital de Día para adolescentes Miralta que la Fundación Orienta tiene en Hospitalet de Llobregat (Barcelona), pero su desarrollo íntegro se da en la Unidad de Investigación en Intervención y Cuidado Familiar (UIICF) de la Universidad de A Coruña.

La UIICF es un servicio de atención familiar e investigación orientado a responder a demandas y necesidades socio-sanitarias y psicológicas desde un enfoque centrado prioritariamente en los recursos y funcionamiento de los sistemas familiares. Ofrece atención gratuita a familias y personas con problemas diversos. La UIICF tiene también la función de formar profesionales y realizar investigaciones para mejorar la calidad de la atención familiar. La UIICF está ubicada en la primera planta (Zona C) del Hospital Básico de la Defensa, San Pedro de Leixa. Ferrol.

Las familias que han sido seleccionadas para la investigación forman parte del Programa de Evaluación y Tratamiento Terapéutico de Menores en Situación de Riesgo y Desamparo, diseñado en la UIICF para el tratamiento terapéutico de niños, niñas y adolescentes que tienen un expediente abierto por el Servicio de Protección de Menores y que muestran desajustes emocionales y conductuales severos originados o relacionados con algunas de estas circunstancias: (a) la situación de desprotección y/o maltrato que han sufrido, (b) las adversidades asociadas a la medida de separación de su familia, y (c) la existencia de dificultades severas o cronificadas en la convivencia dentro de su familia de origen.

El Programa es una apuesta por la creación y aplicación de un servicio especializado y de calidad para la atención terapéutica a los menores que se encuentran en el contexto de Protección a la Infancia. Es una iniciativa pionera en nuestro país que se ha desarrollado mediante un convenio entre la Consellería de Trabajo e Benestar y la Universidad de A Coruña a través de la Fundación Universidad de A Coruña. El programa ha constituido una red profesional de atención con 7 dispositivos de atención terapéutica especializada distribuidos en toda la Comunidad Autónoma (A Coruña, Ferrol, Lugo, Santiago, Ourense, Pontevedra, y Vigo) y 20 terapeutas especialistas en psicología clínica, terapia familiar, y psicoterapia infantil y adolescente. Esta red, bajo la dirección científica y técnica de la UIICF, integra recursos públicos (equipo de la Universidad de A Coruña y de la Universidad de Santiago, colaboración de profesionales del SERGAS) junto con gabinetes privados que cumplen unos requisitos de excelencia (tanto en su personal como en su trayectoria profesional). El modelo de tratamiento común, el trabajo en equipo, la supervisión clínica y la investigación, son los mecanismos que permiten homogeneizar y mantener la calidad del tratamiento.

## **METODOLOGÍA**

### **Task Analysis**

El Task Analysis es una metodología cualitativa, de carácter observacional, que se aplica para estudiar el cambio terapéutico (Greenberg, 2007).

El task analysis estudia el proceso psicoterapéutico en términos de las acciones y/o procesos cognitivos que se deben acometer para completar una tarea, en este caso la reconstrucción del vínculo de apego entre padres e hijos. Para ello la divide en microacciones (un estudio “momento a momento” de los procesos de cambio) de las que analiza la secuencia interactiva (la interacción terapeuta-adolescente, terapeuta-familia y familia-adolescente), los change events o momentos de cambio (donde se producen rupturas o el restablecimiento de la seguridad y de la conexión emocional en nuestra investigación) y la consecución o no de la tarea de revinculación.

En general, el task analysis procede en dos fases: una primera fase centrada en la construcción de un modelo ideal, basado en la experiencia de los clínicos y en la literatura científica para describir la tarea a realizar, un mapa conceptual que describa el proceso tal y como esperamos que sea, y segunda fase de validación que incluye el análisis teórico, la validación de los componentes del modelo y ajuste del mapa según los resultados obtenidos.

### **Selección de casos:**

Se seleccionan por orden de derivación los cuatro primeros casos que corresponden al prototipo de familias con adolescentes con dificultades conductuales y elevado nivel de conflictividad familiar y en los que el informe de derivación expone dificultades afectivas y conductuales importantes, y en las que la afectación de vínculo con sus familiares parece afectar a su desarrollo evolutivo y mejora. Los adolescentes son una chica de diecisiete años que acude a terapia con su madre (viuda y diagnosticada de trastorno bipolar), su hermana y su abuela materna; un adolescente de catorce años que acaba de ingresar en un centro del servicio de protección de menores por la impotencia de la madre para controlar los episodios de agresividad en el contexto familiar y que acude con su madre; un adolescente de quince años derivado de la Fiscalía de Menores por la interrupción de la convivencia con su madre (por episodios de agresividad en el contexto familiar según ésta) y que acude con su madre, la pareja actual de ésta, el hijo pequeño de ambos, su padre (con e que convive actualmente) y su hermana también adolescente; y un joven de diecinueve que convive con su madre, la pareja de la madre (diagnosticado de esquizofrenia residual) y la hija de ambos, y que relatan una larga historia de maltratos entre todos los miembros de la familia cronificada. Después de una revisión exhaustiva de los casos decidimos analizar en profundidad las tres primeras entrevistas dado que en ellas se juega con mayor intensidad el establecimiento de la alianza terapéutica.



## Tarea

La tarea a analizar con el Task Analysis queda definida así: promover narrativas de apego y cuidado de manera que reflejen e incrementen las necesidades y sentimientos relativos al cuidado y el apego entre padres y adolescentes con la mediación de la alianza terapéutica, específicamente de las dimensiones “conexión emocional” y “seguridad”.

La idea de la que partimos para elaborar el proceso de la investigación es que hay una relación isomórfica entre el vínculo de apego y la alianza terapéutica. Es decir, el que la alianza terapéutica promueva el sentido de seguridad en la familia, que potencie el sentimiento de pertenencia a través de compartir el propósito, que alimente el enganche en el proceso y que propicie la conexión emocional es un paralelo de lo que los padres hacen, en su relación de cuidado, con sus hijos: mantener la disponibilidad, estimular la exploración (tanto la física adecuada a su momento evolutivo como la de sus propios pensamientos y emociones como los de los demás) y mantener una relación de confianza y seguridad. Como primer paso ponemos el foco en dos dimensiones de la alianza terapéutica, la de seguridad y la de conexión emocional, tal y como son definidos por Friedlander, Escudero y Hearethington (2009) por su cercanía semántica al concepto de “base segura” de Bowlby (1989):

- Conexión emocional: El usuario ve al profesional como una persona importante en ese momento de su vida, le trata con familiaridad; tiene la sensación de que la relación se basa en la confianza, el afecto, el interés y el sentido de pertenencia; de que más allá de reconocer su función profesional al terapeuta le importa de verdad, y que «está ahí» para el usuario, de que el profesional puede entender o compartir la visión del mundo o las experiencias del usuario; para éste, la sabiduría y experiencia del profesional (de manera individualizada, no sólo como miembro de una institución) son importantes.
- Seguridad: El cliente considera el contexto de intervención (entrevistas, participación en actuaciones educativas, etc.) como un ámbito donde asumir riesgos y mostrarse abierto, vulnerable y flexible; tiene una sensación de comodidad y la expectativa de que habrá nuevas experiencias y aprendizajes; de que el resultado de aceptar la ayuda será para bien; de que se puede manejar el conflicto familiar sin que haya daños; y de que no hay necesidad de estar a la defensiva

El segundo paso implica resolver los aspectos del vínculo de apego en los que poner la atención: Se ha verificado que una importante parte del éxito de los los tratamientos basados en el apego dependen de que los síntomas de los adolescentes queden reencuadrados como trastornos del vínculo de apego entre cuidadores y adolescentes (Krauthamer-Ewing, Diamond y Levy, 2015).

La bibliografía ha propuesto diferentes puntos sobre los que poner el foco de la intervención: La formulación inicial de Bowlby (1989, op. cit.) lo ponía en revisar los modelos operativos internos de los adultos; Ainsworth enfocó el cambio de los modelos operativos internos de los cuidadores buscando incrementar su sensibilidad hacia las necesidades de apego de los niños (Bretherton y Mulholland, 2008); Berlin, Zeanah y Liberman (2008) proponen que los programas de tratamiento y de prevención deben tener como primera tarea la revisión los modelos operativos internos del self de los cuidadores revisando sus propias experiencias infantiles o actualizando los modelos operativos internos con los que los cuidadores representan a los niños que tienen a su cargo. Las intervenciones que ponen como diana los modelos operativos internos de los cuidadores tratan de poner el foco en la historia de apego de los cuidadores, especialmente aquellas asociados con la pérdida y el trauma sin resolver (Madigan, Vaillancourt, McKibbin y Benoit, 2015) o en la representación que tienen del adolescente en sus modelos operativos internos, tratando de proveer al cuidador de un modelo de apego alternativo, más positivo (Moretti, Obsouth, Craig y Bartolo, 2015; Scharf, Mayseless y Kivenson-Baron, 2015). También se ha propuesto poner el foco en la conducta de cuidado y en la habilidad de los cuidadores para incrementar la sensibilidad y contingencia de las respuestas de los adultos a las señales de los niños a su cargo (Dozier, Meade y Bernard, 2013). Estas propuestas se asientan sobre la opinión compartida por los expertos de que los cambios en la comunicación y conducta de los cuidadores pueden afectar a los modelos operativos internos de los adolescentes, que permanecen abiertos al cambio (Kobak, Cassidi, Lyons- Ruth y Ziv, 2006).

Todas estas propuestas apuntan a que hay una estrecha relación entre los modelos operativos internos de los padres, la forma en la que estos interpretan las necesidades de sus hijos y la forma en la que responden ante ellas, problemas que se manifiestan en el desarrollo de las sesiones como dificultades de ajuste cognitivo y emocional entre padres e hijos y han sido conceptualizadas en dos dimensiones: la función reflexiva y la sensibilidad (“insightfulness”) con la que los cuidadores se representan de forma profunda los estados mentales de sus hijos, dificultades que pueden registrarse tanto en la narración de la familia como en su comunicación no verbal (Berlin, Zeanah y Lieberman, 2008, op. cit.). La función reflexiva (o mentalización) es una habilidad psicológica crítica que emerge dentro de un contexto de apego seguro en la infancia y establece los fundamentos para que el sujeto pueda leer sus propios estados mentales y los de los demás. El resultado de este proceso es la capacidad de regulación de las propias emociones y el poder negociar en lugar de pelear (Herreman, comunicación personal).

En nuestra investigación el foco, en consecuencia, queda puesto en el cambio en la narrativa con la que los padres describen su disposición para con sus hijos, la forma en la que describen sus motivaciones y estados mentales, y el tono emocional de su interacción.

La tarea “promover narrativas de apego y cuidado” queda, por tanto, conceptualizada así:

Figura 1:

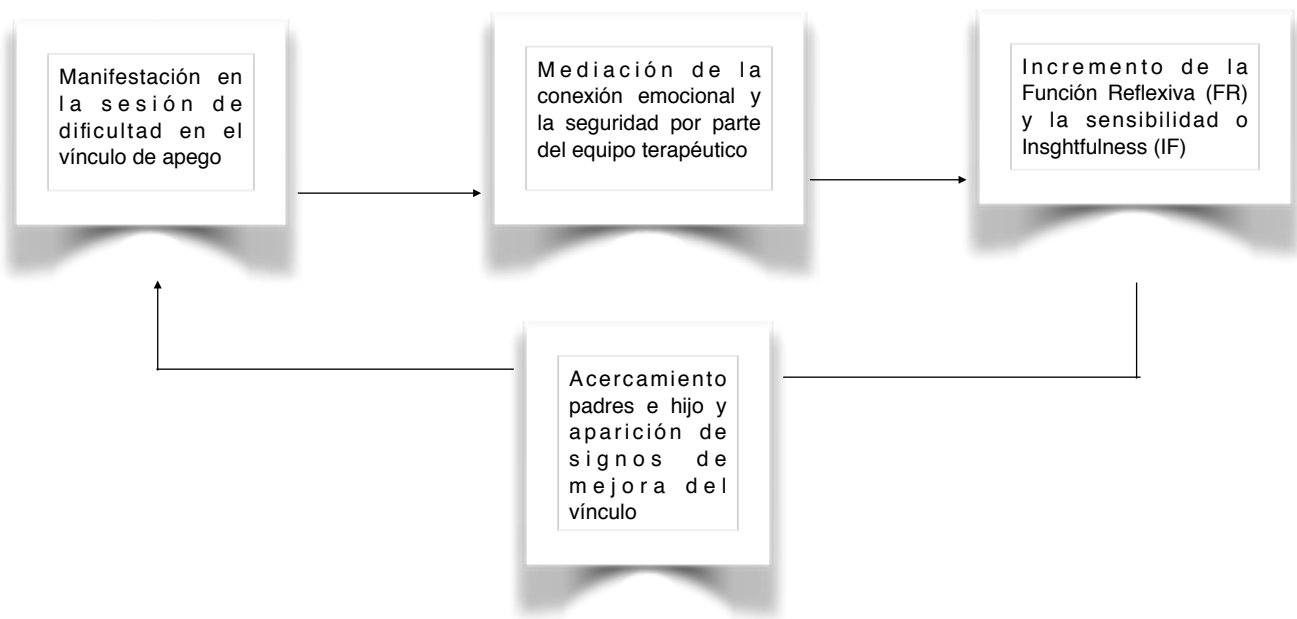
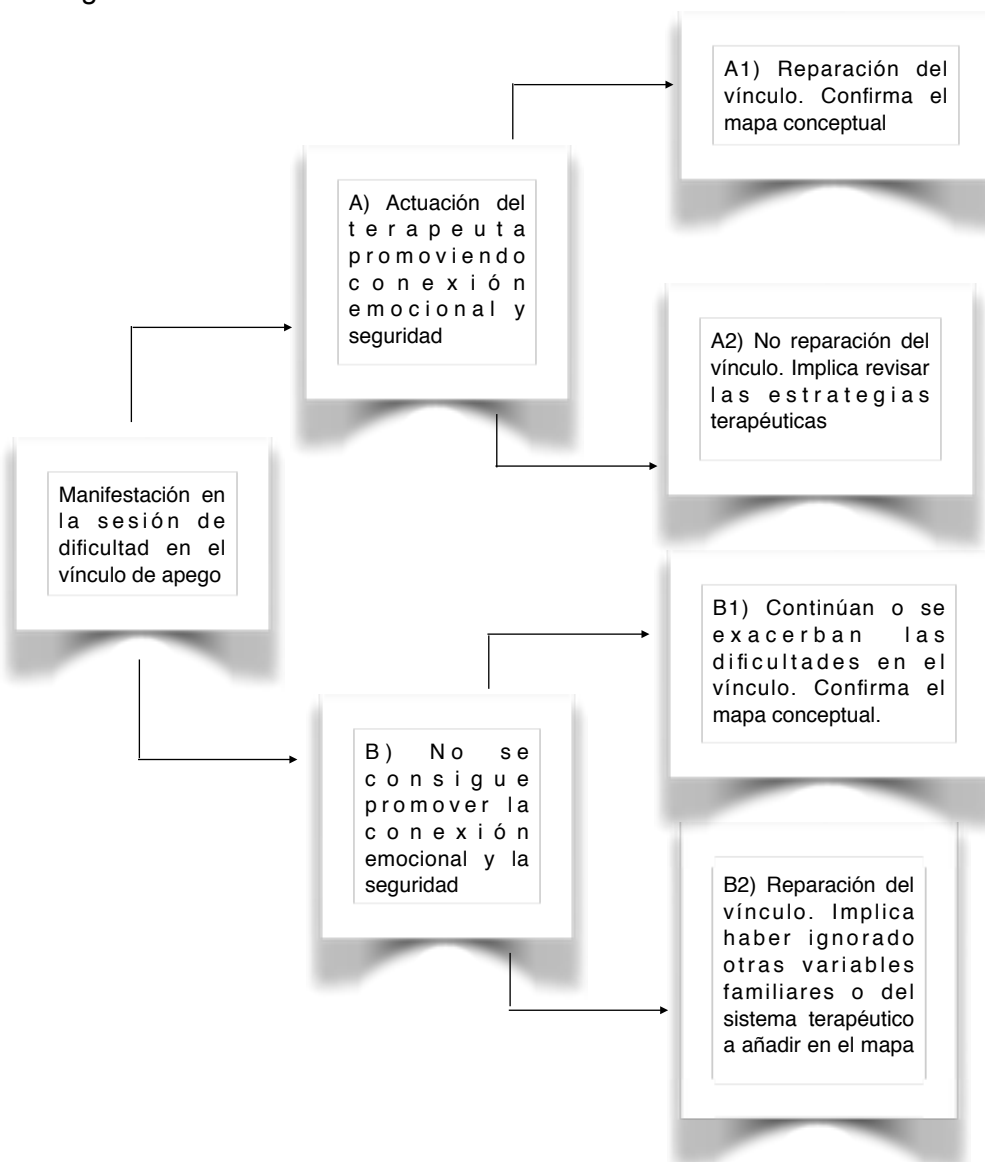


Figura 2:



Además, un avance en el proceso de revinculación implicará un menor número de indicadores de trastorno del vínculo y narrativas con un incremento de FR e IF.

### **Instrumentos de medida.**

- Manual de codificación del apego de Doane Y Diamond. Diana Diamond desarrolló para su investigación un sistema de codificación de las narrativas del apego (Diamond y Doane, 1994). Con él se analiza el contenido de la conversación de los padres sobre sus propios cuidadores y del adolescente sobre la relación con sus padres. Tiene la ventaja de haber sido desarrollado dentro del modelo sistémico y de tener sensibilidad a fenómenos relacionales como la triangulación. Contempla seis categorías:

- Sobreinvolucración emocional (SE): implica intentar proveer a los hijos de cuidado y atención en formas no apropiadas para su momento evolutivo, o con un control excesivo de los chicos.
- Parentalización (PA): los límites entre generaciones son traspasados de forma que afectan a las tareas que son apropiadas según la edad de los hijos.
- Triangulación del apego (TA): el adolescente está en el medio del conflicto entre dos miembros, y el vínculo con cada uno de ellos se ve amenazado en el momento en que se acerca al otro.
- Apego negativo (AN): expresiones de odio, antipatía, disgusto, aversión o sentimientos negativos extremos, retener o retirar la atención y el afecto.
- Apego ambivalente (AB): presentan en proporción parecida cualidades o aspectos positivos y negativos de apego.
- Intrusión (IN): los padres expresan un “conocimiento definitivo” de los estados internos, actitudes, estados emocionales, intenciones, sentimientos y preferencias del adolescente.
- Confusión de los límites entre sí mismos y los otros (CLS): casi idéntica descripción de los sentimientos de padres e hijos, rápida vacilación entre las descripciones de los sentimientos del adolescente y la de los padres, a menudo resulta confuso dilucidar de quién son los sentimientos de los que se están hablando, los padres atribuyen al adolescente sentimientos o acciones que claramente emanan de ellos.

Este manual no ha sido publicado y ha sido cedido gentilmente por las autoras para su uso específico en esta investigación.

- SOATIF: herramienta observacional para evaluar la alianza terapéutica. La medida de la alianza se realiza a través de la observación de sesiones en vivo o en videograbaciones con jueces entrenados y marcando la frecuencia e intensidad de conductas específicas, positivas y negativas, en referencia a definiciones operacionales de cada comportamiento. Además, el SOATIF nos permite la definición operacional de las dos variables conexión emocional y seguridad (como queda señalado más adelante en el mapa conceptual).

- Indicadores de contribución del terapeuta a la conexión emocional:

A. Positivos:

- Comparte un **momento humorístico** o una broma con el cliente?
- **Expresa confianza** o que cree en el cliente?
- Expresa **interés en el cliente** al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha?
- **Expresa afecto** o toca afectivamente al cliente? (dentro de lo apropiado al contexto profesional, por ej., darle la mano)
- **Desvela reacciones o sentimientos personales** hacia el cliente o hacia la situación?
- Desvela algún aspecto de su **vida personal**?
- Señala o describe **similitudes** con el cliente en sus **valores o experiencias**?
- **Expresa explícitamente empatía** (verbal o no-verbalmente) con las dificultades que sufren los cliente? (por ejemplo, “Se lo duro que debe ser”, “Siento tu dolor”, o llorar con el cliente)
- **Normaliza** o acoge la **vulnerabilidad emocional** del cliente? (por ej., llorar, mostrar sentimientos dolorosos)

B. Negativos:

- Tiene **interacciones hostiles o sarcásticas** con el cliente?
- **No responde a expresiones de interés personal** o afecto hacia él por parte del cliente?

- Indicadores de contribución del terapeuta a la seguridad:

A. Positivos:

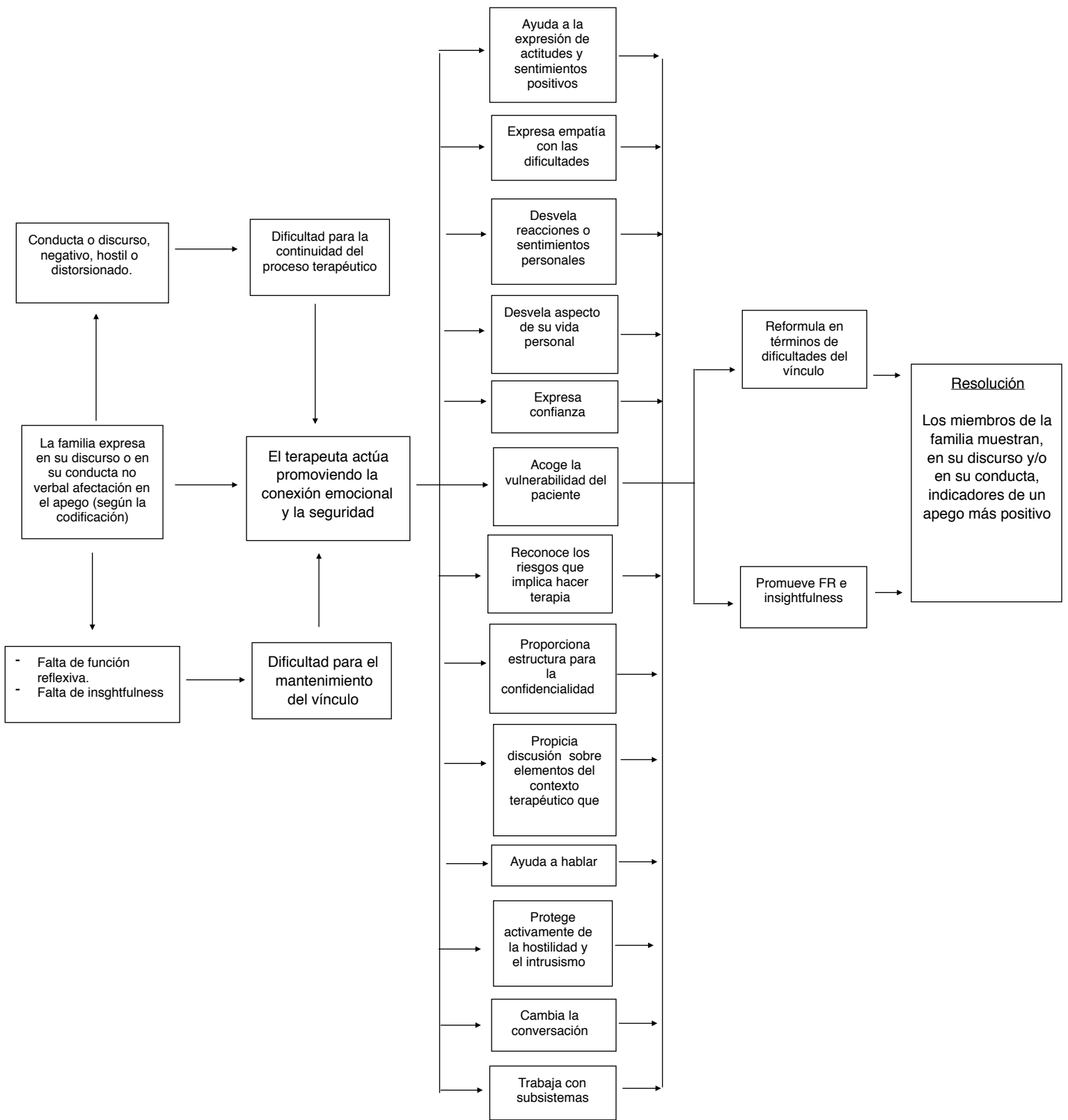
- Reconoce que la **terapia implica aceptar riesgos** o discutir cuestiones privadas?
- Proporciona estructura y directrices de **confidencialidad y seguridad?**
- Propicia la **discusión sobre elementos del contexto** terapéutico que pueden intimidar al cliente? (por ej., equipos de grabación, espejo unidireccional, investigaciones, etc.)
- **Ayuda** al cliente a hablar sinceramente y a **no estar a la defensiva con los demás.**
- **Intenta contener**, controlar, o manejar la **hostilidad abierta entre clientes?**
- **Protege** activamente a un miembro de la familia de otro? (por ej., de acusaciones, hostilidad, o intrusismo emocional)
- **Cambia la conversación** hacia algo agradable o que no genera ansiedad? (programas de la tele, elementos de la sala, etc.) cuando parece que hay tensión o ansiedad
- **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?

B. Negativos:

- **Permite que el conflicto familiar se escale** hacia el abuso verbal, amenazas, o intimidación?
- **Desatiende a expresiones claras de vulnerabilidad** de un cliente/usuario? (por ej., llanto, defensividad, etc.)

**Procedimiento:**

1. Desarrollo del proceso de TFBA con las familias seleccionadas.
2. Diseño del mapa conceptual (describe el proceso cuando la mayoría de indicadores son positivos y se avanza hacia la resolución positiva de la tarea):



### 3. Selección de los «momentos de cambio» («change events»):

Marcador:

Acción:

Resolución:



En el desarrollo del esfuerzo terapéutico, la manifestación de estas dificultades en la FR y en “insightfulness”, tal y como mostró la investigación de Doane y Diamond, son una dificultad para el avance de la terapia (Doane y Diamond, 1994). Kobak sugiere que la revisión de los MOI de los que parten estas dificultades implica activar conversaciones que promuevan narrativas de apego y cuidado; identificar, etiquetar y validar emociones que acompañan a esas narrativas; e identificar expectativas que organizan narrativas y reevaluar las experiencias negativas en contraste con un modelo seguro. Bajo la premisa que hemos propuesto de que la construcción y mantenimiento de la alianza terapéutica es un proceso isomórfico al del mantenimiento y reconstrucción del vínculo de apego hipotetizamos que respuestas por parte del terapeuta que generen un mayor sentido de seguridad y una mayor conexión emocional son factores que propician la generación de estas nuevas narrativas.

4. Revisión por dos jueces formados en la teoría del apego y en el uso del manual de codificación de Diamond de las dificultades de apego que se muestran en el desarrollo de la sesión.

5. Evaluación de la contribución que hace el terapeuta a la alianza en las dimensiones de conexión emocional y seguridad mediante el SOATIF Observacional por parte de dos jueces experimentados. Se evalúa la cumplimentación de las tareas mediante la revisión de los videos y las transcripciones. Los jueces que evalúan la alianza no tienen acceso a la codificación del vínculo de apego para poder evaluarla con independencia.

6. Cruce de las dos codificaciones y revisión del mapa empírico del proceso.

7. Valoración de los resultados y aplicación en el mapa empírico del proceso de la intervención terapéutica.



## ANÁLISIS DE RESULTADOS

Caso 15001 Sesión 1ª	Tiempos Codificación apego	Conexión Emocional	Seguridad	Resolución tarea
	8:50 a 10:00 SE	13:20 y 15:55 Comparte momento humorístico.		Se suaviza el tono de la comunicación.
	34:00 a 36:40 PA		34:45 Cambia conversación a algo agradable. 39:25 Protege activamente a otro miembro.	Se metacomunica sobre las necesidades de la adolescente y se suaviza el tono hacia la adolescente.
	50:00 a 55:00 PA	57:05 Comparte momento humorístico.		Se expresa afecto y preocupación por la adolescente.
	41:20 a 45:00 AN/IN		42:00 Protege activamente a otro miembro.	La madre reformula la expresión de la adolescente en términos positivos, con una interpretación que la adolescente acepta como adecuada.
	18:56 a 20:00 IN	18:35 Expresa empatía. 25:35 Comparte momento humorístico.	19:13 Protege activamente a otro miembro. 23:00 Reconoce que la terapia implica riesgos.	Se expande la conversación al duelo por el fallecimiento del padre y el dolor causado (conducta de apego). La paciente identificada expresa su sufrimiento.
		+2	+2	Resolución positiva de la tarea. Incremento de expresiones de FR e IF.

Caso 15001 Sesión 2ª	tiempos Codificación apego	Conexión Emocional	Seguridad	Resolución tarea
	16:40 a 25:08 PA			Las intervenciones no llevan aun cambio en la forma en la que la familia interactúa con la adolescente.
	13:45 a 25:08 AN			Las intervenciones no llevan aun cambio en la forma en la que la familia interactúa con la adolescente.
	26:19 a 35:00 AN	39:25 Comparte momento humorístico.	33:50 Protege activamente a otro miembro.	La adolescente expresa lo que necesita del vínculo de su madre, y esta expresa interés por entenderla bien. Se desarrolla complicidad entre las hermanas y rescatan aspectos positivos.
	39:48 a 41:50 AN	39.25 Comparte momento humorístico.  40:50 Desvela sus reacciones o sentimientos.		Se rescatan aspectos positivos de la relación con las hermanas, y más adecuada a su momento de ciclo vital.
	1:04:03 a 1:19:00 AN	1:14:40 Comparte un momento humorístico. 1:17:20 Expresa explícitamente empatía.	1:22:25 Intenta contener, controlar la hostilidad entre clientes.	La madre toma una posición clara con respecto a la terapia, en función de que cree que todos son co-responsables de lo que ocurre con la adolescente.
		+2	+1	Resolución positiva de la tarea. Incremento de expresiones de FR e IF.

<b>Caso 15001 Sesión 3ª</b>	<b>Tiempos Codificación apego</b>	<b>Conexión Emocional</b>	<b>Seguridad</b>	<b>Resolución tarea</b>
	11:10 a 14:00 AN/IN			No hay reacción ni de mejora ni de empeoramiento en la interacción.
	27:00 a 35:00 SE		33:50 Protege activamente a otro miembro.  39.25 Comparte momento humorístico.  40:50 Desvela sus reacciones o sentimientos.	La adolescente explora su forma de sentirse con los demás (conducta de apego).
		0	+1	Resolución positiva de la tarea, pero con menor intensidad que en las dos anteriores. Incremento de FR.

Caso 14043 Sesión 1	Tiempos Codificación apego	Conexión Emocional	Seguridad	Resolución tarea
	07:00 a 08:34 IN			
	27:50 a 34:30 AN	29:35 Expresa explícitamente empatía. 31:47 Expresa explícitamente empatía.		La familia acepta que los hijos han pasado por situaciones difíciles y se frena la escalada de expresiones negativas.
	35:30 a 37:20 AN			
	46:00 a 58:00 IN	56:30 Expresa explícitamente empatía.	48:25 Proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad. 56:45 Proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad.	Los padres reconocen la necesidad de evitar las situaciones de inseguridad de los hijos. Reconocen la necesidad de entender mejor lo que sienten los hijos.
	1:04:20 a 1:12:15 CLS	1:12:20 Expresa interés en el cliente.		
	1:18:00 a 1:21:40 CLS	1:20:30 Acoge la vulnerabilidad emocional del cliente.		La familia valora la necesidad de mantener el mejor ambiente posible para cuidar de los hijos.
		+2	+1	Resolución positiva de la tarea: Se muestra mayor IF hacia las dificultades que han vivido los hijos y el impacto de la violencia en ellos, se explicita la necesidad de protegerlos y se desarrolla la FR al poder pensar en el adolescente como alguien que ha sufrido por las dificultades que ha pasado la familia.

Caso 14043 Sesión 2	Tiempos Codificación apego	Conexión Emocional	Seguridad	Resolución tarea
	28:50 a 57:00 AB		51:00 Proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad.	La elevada ambivalencia de la madre dificulta la intervención y hace que la tarea se extienda durante buena parte de la sesión. Pero permite introducir progresivamente la diferenciación entre el discurso defensivo que ha ido generando y las consecuencias de la violencia familiar sobre los hijos. Reconoce que no han atendido a lo que ha sufrido su hijo.
	56:14 a 1:18:00 CLS	1:00:00 Expresa explícitamente empatía. 1:26:05 Desvela sus reacciones o sentimientos.		
	1:18:00 a 1:29:00 AN	1:29:00 Expresa explícitamente empatía.	1:19:35 Intenta contener, controlar o manejar la hostilidad. 1:23:30 Proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad.	El adolescente puede expresar sus sentimientos de inseguridad y dolor con respecto a los acontecimientos vividos.
		+1	+1	Resolución positiva: El adolescente se siente recogido para poder expresar en que no ha sentido cuidado y seguridad por sus familiares. A pesar del discurso desorganizado de la madre puede reconocer la carga de sufrimiento que han vivido todos y en especial el impacto sobre sus hijos. Incremento de IF.

Caso 14043 Sesión 3	Tiempos Codificación apego	Conexión Emocional	Seguridad	Resolución tarea
	07:50 a 1:08:00 AN	10:45 Desvela reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación.		El discurso del adolescente expone extensamente la falta de seguridad y protección que ha sentido en casa. No hay cambio en lo negativo que es la forma en la que se describe.
	22:00 a 1:08:00 IN	43:45 Desvela reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación.		Acepta la reformulación de sus dificultades actuales como forma de protegerse y entenderlo en el marco de las dificultades familiares y no tanto como aspectos de una identidad deficitaria.
	53:50 a 1:08:00 AB		58:45 Reconoce que la terapia implica acertar riesgos o discutir cuestiones privadas.	
	1:05:00 a final PAR/CLS		1:07:25 Pide que a un cliente que salga de la sala (verlos por separado en el siguiente sesión)	A pesar de las reticencias iniciales a la terapia, comenta que no ha hablado con nadie de las dificultades que pasa y se muestra dispuesto a seguir.
		+1	+1	Resolución positiva moderada. El adolescente se muestra más abierto y capaz de comentar las situaciones de sufrimiento que ha vivido. Incremento de IF.

Caso 14018 Sesión 1	Tiempos Codificación apego	Conexión Emocional	Seguridad	Resolución tarea
	04:43 a 06:00 INT			
	08:00 a 20:00 AN	19:35 20:16 22:00 23:25 Desvela algún aspecto de su vida personal.  20:00 Comparte un momento humorístico.  16:30 Expresa explícitamente empatía.	11:10 Protege activamente a otro miembro de la familia.  15:26 Pide a un cliente que salga de la sala  19:40 Cambia la conversación hacia algo agradable.	Terapeuta frena escalada de AN. Disminuye la tensión del adolescente, le ayuda en su regulación emocional, y frena la instigación por parte de la madre.
	47:19 a 51:00 AN			
		+2	+1	Resolución tarea moderadamente positiva. Frente a la escalada de AN se consigue generar un modelo de regulación y contención emocional ausente en la familia. Incremento de IF.

Caso 14018 Sesión 2	Tiempos Codificación apego	Conexión Emocional	Seguridad	Resolución tarea
	05:45 a 10:00 AN			
	09:30 a 12:00 INT	17:50 Desvela algún aspecto de su vida personal.	18:50 Proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad.	El adolescente expresa el elevado nivel de dificultad de contención de su impulsividad que padece y lo hace integrándolo en la historia de interacción con su madre.
	20:19 a 29:00 AN	21:00 Desvela relaciones o sentimientos personales hacia el cliente o situación. 24:55 Desvela relaciones o sentimientos personales hacia el cliente o situación. 27:27 Desvela algún aspecto de su vida personal.		Reconoce su dificultad para pensar en las consecuencia de sus actos y lo relaciona con la falta de consistencia por parte de sus padres.
	20:30 a 29:00 INT	21:00 Desvela relaciones o sentimientos personales hacia el cliente o situación. 24:55 Desvela relaciones o sentimientos personales hacia el cliente o situación. 27:27 Desvela algún aspecto de su vida personal.		Alienta al adolescente a expresar sus dificultades de incrementado IF.
	32:00 a 35:00 PAR			
	32:00 a 37:00 TA			
	34:00 a 48:00 AN	41:55 Desvela algún aspecto de su vida personal. 43:10 Expresa explícitamente empatía. 46:45 Expresa interés en el cliente.		Ayuda al adolescente a expresar la falta de cuidado de sus padres hacia él y entender sus dificultades de forma relacional.



Caso 14018 Sesión 2	Tiempos Codificación apego	Conexión Emocional	Seguridad	Resolución tarea
		+2	+1	Resolución positiva de la tarea: Incremento de la IF del adolescente hacia sus propias dificultades, reencuadradas en la historia de pérdidas relacionales y la inconsistencia de las figuras de apego.

Caso 14018 Sesión 3	Tiempos Codificación apego	Conexión Emocional	Seguridad	Resolución tarea
	06:30 a 15:00 AN	10:45 Expresa explícitamente empatía.		El adolescente reconoce la posibilidad de tener a su madre como figura de apego. Puede rescatar algún aspecto positivo en ella.
	18:30 a 25:00 TA			
	27:00 a 38:00 AB	32:50 36:15 Desvela relaciones o sentimientos personales hacia el cliente o situación. 44:10 Expresa afecto o toca afectivamente al cliente.		El adolescente puede expresar con la terapeuta su angustia por vivir en un centro, alejado de su familia. Hay un desplazamiento de un discurso anterior a estas dos intervenciones de tipo "omnipotente" a un discurso en el que puede expresar su desazón y necesidad de sentirse acogido por su familia.
		+2	0	Resolución positiva: Cambio en el discurso del adolescente con mejor percepción de su necesidad de sentirse amparado, y de hacer servir la relación terapéutica como "base segura" sobre la que explorar su emocionalidad. Incremento IF y ligeramente FR.

Caso 15004 Sesión 1	Tiempos Codificación apego	Conexión Emocional	Seguridad	Resolución tarea
	02:00 a 15:00 AN/INT		09:20 Protege activamente a otro miembro de la familia. 13:35 Intenta contener, controlar o manejar la hostilidad. 15:00 Cambia la conversación hacia algo agradable o que no genera ansiedad.	Se frena la corriente de hostilidad hacia el adolescente y se activan nuevos temas de conversación .
	22:00 a 26:00 INT		24:45 Intenta contener, controlar o manejar la hostilidad.	No se disuelve la hostilidad, aunque queda menos centrada en el adolescente y se reparte entre los adultos.
	28:00 a 37:30 INT/AN		<i>37:15 Desatiende a expresiones claras de vulnerabilidad de un cliente.</i>	No se da ningún cambio en la visión negativa del adolescente, no se exploran nuevas narrativas ni se aparecen muestras de curiosidad sobre su vivencia de la relación o de los acontecimientos que explican.
	42:00 a 52:35 AN	41:45 Expresa explícitamente empatía.	<i>45:50</i> <i>47:15</i> <i>48:30 Permite que el conflicto familia se escale hacia el abuso verbal.</i> 52:30 Pide a algún cliente o subgrupo familiar que salga de la sala para quedarse solo con un cliente.	Con el adolescente a solas se genera un mayor contexto de seguridad y la posibilidad de explorar la circularidad entre las reacciones de los diferentes miembros de la familia, pero no se comparte con los otros miembros.
		+1	0	La tarea no se resuelve. No se consigue una reformulación del problema ni se estimula la FR o una comprensión más sensible y profunda de las dificultades del adolescente.

Caso 15004 Sesión 2	Tiempos Codificación apego	Conexión Emocional	Seguridad	Resolución tarea
	01:30 a 06:00 AN/TA/INT/ CLS	03:30 Expresa explícitamente empatía.	08:38 Protege activamente a otro miembro de la familia.	
	10:00 a 30:00 AN/INT/AB		<p><i>13:00 y 22:00 Permite que el conflicto familia se escale hacia el abuso verbal.</i></p> <p><i>13:00 Desatiende a expresiones claras de vulnerabilidad de un cliente.</i></p> <p><i>16:20 Pide a un cliente que salga de la sala para quedarse solo con un cliente.</i></p>	Los adultos no son capaces de explorar dificultades de tipo vivencial o emocional en el adolescente, aunque en la conversación individual la madre puede acceder a la idea de que los problemas en los adultos afectan a la situación de su hijo, pero sin cambiar el discurso negativo sobre las motivaciones de éste.
	16:00 a 50:00 TA		<p><i>22:00 Permite que el conflicto familia se escale hacia el abuso verbal.</i></p>	
	34:00 a 50:00 AN			
		0	-1	La tarea no se resuelve. No se consigue una reformulación del problema ni se estimula la FR o una comprensión más sensible y profunda de las dificultades del adolescente.

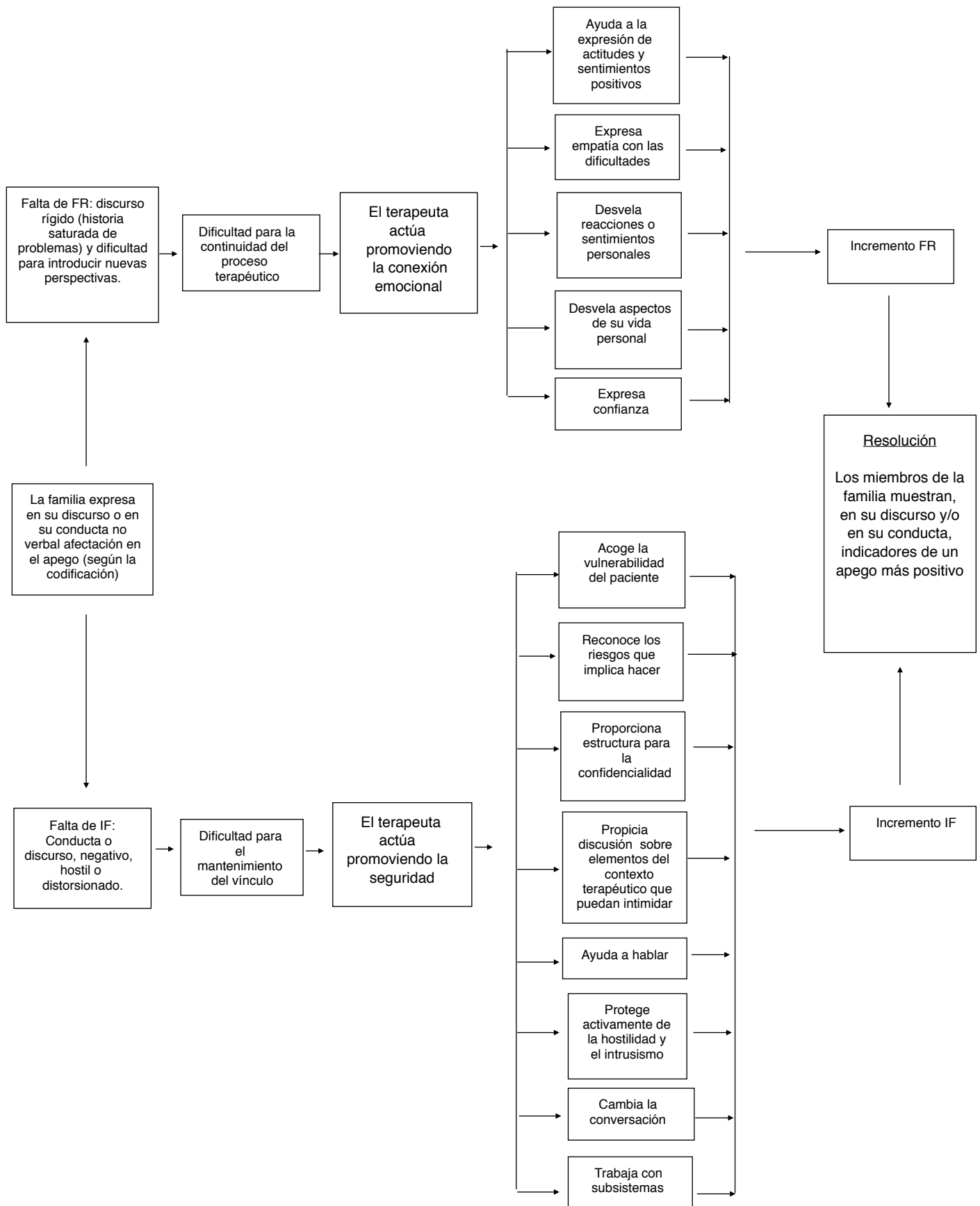
Caso 15004 Sesión 3	Tiempos Codificación apego	Conexión Emocional	Seguridad	Resolución tarea
	07:00 a 25:00 TA	11:15 Expresa explícitamente empatía.  26:15 Expresa confianza o que cree en el paciente.  26:50 Comparte un momento humorístico o una broma.		El adolescente expresa claridad con respecto a qué personas puede acceder con figura de apego y cuáles no. Reconoce parte de su responsabilidad en los circuitos problemáticos, pero no hay un cambio en su narrativa que implique una posible explicación de las dificultades que viven sus adultos.
		+1	0	La tarea no se resuelve. No se consigue una reformulación del problema ni se estimula la FR o una comprensión más sensible y profunda (IF) de las dificultades del adolescente.

En el caso 15004 no se resuelto la tarea. No se genera una narrativa nueva con incremento de FR o de IF. En el 14018 si hay una mejora, aunque moderada: hay incremento de IF pero no de FR. En los dos restantes, 15001 y 14043, la resolución de la tarea es positiva. Hay un progresivo y continuado incremento de expresiones sensibilidad hacia las dificultades de los adolescentes, un reencuadre relacional de estas que quedan contextualizadas en la historia de dificultades familiares, y un aumento de las expresiones de reconocimiento de aquellas necesidades en las que no han sido adecuadamente atendidos en el pasado.

La revisión de la comparación entre los momentos en los que se codifica una manifestación en el discurso o en la comunicación no verbal de dificultad en el vínculo de apego, la intervención del terapeuta reforzando la conexión emocional y/o la seguridad y la resolución o no de la tarea de promover narrativas de apego y cuidado en la familia sugieren diversos puntos:

- Se da un mayor número de elementos de conexión y seguridad en las sesiones en las que la tarea se realiza. Queda pendiente observar el impacto de esas intervenciones a largo plazo, en el curso de la terapia.
- La puntuación elevada de la conexión emocional y la seguridad correlaciona con la resolución positiva de la tarea y, cuando hay indicadores negativos, se dificulta la construcción de una reformulación relacional de la situación y el generar un contexto de intimidad y sensibilidad.
- Cuando el resultado de la tarea ha sido moderadamente positivo ha habido un incremento de IF pero no de FR. En concreto, el análisis pormenorizado de los change events apunta a que no aparecen expresiones que permitan cambiar el punto de vista sobre las motivaciones de los otros miembros de la familia, que queda “apresada” en una historia rígida en la que no hay la posibilidad de valorar otras motivaciones (como dificultades personales o conceptuales) para entender la reacción del adolescente. Simultáneamente, estas son las sesiones en las que ha habido menor contribución a la seguridad (no, en cambio, a la conexión emocional), lo que nos sugiere la idea de que la seguridad percibida en la entrevista también puede ser un mediador para la capacidad de explorar cambios metacognitivos (“la otra persona puede tener una vivencia diferente de esto” o “en ese momento no podíamos pensarlo como lo pensamos ahora”).
- El aumento de la duración de las “zonas” con codificación negativa, sin una intervención que refuerce la conexión emocional y/o la seguridad, dificulta la consecución de la tarea. Sugiere la posibilidad de que, en el caso de que el equipo terapéutico no tenga un manejo potente y adecuado al momento, se vaya contaminando, de manera isomórfica, con la misma vivencia de impotencia y hostilidad que vive la familia.
- Como se ve con claridad en la sesión 2 de 15004, el mantenimiento de conductas de un apego inseguro (especialmente negativo) parece tener un efecto sobre la respuesta del equipo terapéutico que cada vez es menos activo y se muestra con menor posición para mediar en la respuesta afectiva negativa. Proponemos, de acuerdo con Yárnoz (2008), que al quedar atrapado el terapeuta en la dinámica impelida por una historia rígida no se genera un contexto de cambio real.
- Menor número de indicadores de dificultades del apego y su duración en el transcurso de las sesiones exitosas, no así en la que no se consigue la mediación de la conexión emocional y la seguridad.

Los datos de la comparación afectan al mapa conceptual para su transformación en un mapa racional - empírico de la siguiente manera:



De esta manera quedan introducidos 1) la función de mediación específica de la seguridad en el incremento de IF, 2) la función de mediación específica de la conexión emocional en el incremento de FR, y 3) la contribución sumada de ambas en la mediación del proceso de revinculación (nuevas narrativas de apego y cuidado). Según el mapa, se propone la activación de ambas dimensiones de forma estratégica dependiendo del aspecto de la representación del vínculo de apego (la función reflexiva o la sensibilidad para entender en profundidad los sentimientos y motivaciones de sus hijos) que aparece más afectado en el transcurso de la sesión.

## DISCUSIÓN

La función del task analysis, como metodología cualitativa, es la de orientar en la mejora del proceso terapéutico, en este caso del proceso de promover narrativas de apego y cuidado con adolescentes con graves trastornos de conducta. Pero también, las consideraciones que permite desarrollar y los interrogantes que plantea propician volver sobre la investigación para ampliar su alcance y profundidad:

Los vacíos en el análisis de la alianza, es decir, los momentos en los que no hay una activación de las dimensiones analizadas en los momentos en los que se indica una dificultad del apego ¿son momentos en los que han habido intervenciones en otras dimensiones de la alianza o, por el contrario, momentos en los que el equipo terapéutico pierde la oportunidad de intervenir? Las ocasiones en las que no se interviene ¿son ocasiones perdidas de generar un contexto de “base segura” o forman parte del ritmo que hay que respetar para aceptar y comprender las pautas de funcionamiento y estructura de la familia? Queda también abierto el estudio del impacto específico de los diferentes estilos de apego (que son registrados en los indicadores que hemos usado en el análisis pero no estudiados como estilos de apego) y puede ser un área interesante de investigación.

La investigación nos plantea también dos cuestiones más a resolver: la primera es el estudio del impacto de las otras dimensiones de la alianza. En la introducción ya comentamos que las diferentes dimensiones se podían considerar como traslaciones en la relación terapéutica de diversos aspectos de la construcción de un sistema de apego y cuidado. Un estudio más extenso puede revelar el peso específico de estos factores en la reconstrucción del vínculo de apego y orientar estrategias de intervención. La segunda cuestión es si dificultades concretas en el vínculo de apego en la familia pueden precisar una jerarquización y priorización de las diferentes dimensiones de la alianza.

Por otro lado, nos parece que el introducir la teoría del apego en la terapia familiar sistémica nos permite trazar un puente entre la perspectiva sistémica y la individualidad, en cuanto los modelos operativos internos son la interiorización de modelos de relación y afectan a la forma en la que interpretamos y respondemos a la proximidad de los demás y a las dificultades. Desde este punto



de vista cabe considerar si aspectos clásicos estudiados en la terapia familiar (como los procesos irónicos o la acomodación el sistema al síntoma) no pueden reinterpretarse como fenómenos que cobran su sentido en la historia de apego en la familia.

## **SÍNTESIS**

El task analysis sugiere la mediación de las variables conexión emocional y seguridad de la alianza terapéutica en la generación de nuevas narrativas de que reflejen e incrementen las necesidades y sentimientos relativos al cuidado y el apego familias con adolescentes con graves problemas de conducta. Sugiere estrategias de intervención consistentes en atender específicamente a la dimensión seguridad cuando se detecta falta de insightfulness (sensibilidad para entender en profundidad los sentimientos y motivaciones del adolescente) y a la de conexión emocional cuando la función reflexiva es la afectada, y el discurso sobre el adolescente es muy rígido y con un estilo afectivo negativo.

Se propone dar continuidad a la investigación para explorar el impacto específico de las otras dimensiones de la alianza.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

AZNAR, F. J. (2012). Relatos, apegos y terapia familiar sistémica con niños y adolescentes. *Revista de Psicoterapia* 23 (90-91): 63-76.

AZNAR, F. J. (2012). Nuevas tecnologías y narrativas de apego en terapia familiar. *Cuadernos de Terapia Familiar* 81-82: 30-35.

BERTRANDO, P., TOFFANETTI, D. (2004). *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas*. Editorial Paidós.

BOWLBY, J. (1998). *El apego*. Editorial Paidós.

BOWLBY, J. (1998). *La separación*. Editorial Paidós.

BOWLBY, J. (1993). *La pérdida*. Editorial Paidós.

BOWLBY, J. (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Editorial Paidós.

- BOWLBY, J. (1995). *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Editorial Morata.
- BRETHERTON, I., MULHOLLAND, K. A. (2008). Internal Working Models in Attachment Relationships. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment, Theory Research and Clinical Applications*. (pp. 102-127). New York: Guilford.
- BYNG-HALL, J. (1988). Evolving ideas about narrative: re-editing the re-editing of family mythology. *Journal of Family Therapy*, 20: 133-141.
- BYNG-HALL, J. (1995). *Rewriting Family Scripts. Improvisation and System Change*. The Guilford Press.
- BYNG-HALL, J. (1985). The family script: a useful bridge between theory and practice. *Journal of Family Therapy*, 7: 301-305.
- DIAMOND, G. M., DIAMOND, G. S., LIDDLE, H. S. (2009). The Therapist-Parent Alliance in Family-Based Therapy for Adolescents. *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 56: 1037-1050.
- DIAMOND, D., DOANE, J. (1994). Disturbed attachment and negative affective style. An intergenerational spiral. *The British Journal of Psychiatry*, 164(6): 770-781.
- DOANE, J. A., DIAMOND, D. (1994). *Affect and Attachment in the Family. A Family-Based Treatment of Major Psychiatric Disorder*. Basic Books.
- DOZIER, M., MEADE, E. B., & BERNARD, K. (2013). Attachment and biobehavioral catch-up: An intervention for parents at risk of maltreating their infants and toddlers. In S. Timmer & A. Urquiza (Eds.) *Evidence based approaches for the treatment of child maltreatment* (pp. 43-60). New York, NY: Springer.
- ESCUDERO, V. (2013). *Guía práctica para la intervención familiar I. Contextos familiares cronificados o de especial dificultad*. Junta de Castilla y León. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Gerencia de Servicios Sociales.
- ESCUDERO, V., BOOGMANS, E., LOOTS, G. & FRIEDLANDER, M. L. (2012). Alliance rupture and repair in conjoint family therapy: an exploratory study. *Psychotherapy*, 49(1), 26.

ESCUDERO, V., HEATHERINGTON, L., & FRIEDLANDER, M. L. (2010). Therapeutic alliances and alliance building in family therapy. En J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice*. (pp. 240-262). New York: Guilford.

ESCUDERO, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de psicología*, 27(2-3): 247-259.

EWING, E. S. K, DIAMOND, G., LEVY, S. (2015). "Attachment-based family therapy for depressed and suicidal adolescents: theory, clinical model and empirical support" *Attachment & Human Development*, 17(2), 136-156.

FRIEDLANDER, M. L., ESCUDERO, V., HEARETHINGTON, L. (2009). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Editorial Paidós.

GREENBERG, L. S. (2007). *A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change*. *Psychotherapy Research*, 17(1), 15-30.

HORVATH, A. O., BEDI, R. P. (2002). "The alliance" en J. C. Norcross (comps.) *Psychotherapy relationships that works: Therapist contribution and responsiveness to patients*. Oxford University Press.

HORVATH, A. O., SYMONDS, B. D. (1991). Relation between the working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38: 139-149.

HUTH-BOCKS, A., MUZIK, M., BEEGHLY, M., EARLS, L., STACKS, A. M. (2014). Secure base scripts are associated with maternal parenting behavior across contexts and reflective functioning among trauma-exposed mothers. *Attachment & Human Development*, Vol. 16(6): 535-556.

KOBAK, R., CASSIDY, J., LYONS-RUTH, K., & ZIV, Y. (2006). Attachment, stress and psychopathology: A developmental pathways mode. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.) *Developmental psychopathology, Volume 1: Theory and method* (vol. 2, pp.333-369.) New York Wiley.

KOBAK, R. R., & KERIG, P. K. (2015). Introduction to the special issue: attachment-based treatments for adolescents. *Attachment & human development*, 17(2), 111-118.

KOBAK, R., ZAJAC, K., HERRES, J., & KRAUTHAMER EWING, E. S. (2015). Attachment based treatments for adolescents: the secure cycle as a framework for assessment, treatment and evaluation. *Attachment & human development*, 17(2), 220-239.

KRAUTHAMER-EWING, E. S., DIAMOND, G., LEVY, S. (2015). Attachment-based family therapy for depressed and suicidal adolescents: theory, clinical model and empirical support. *Attachment & Human Development*, 17(2), 136-156.

LACASA, F., ÁLVAREZ, M., NAVARRO, M. A., ORTÍZ, E. M., RICHART, T. (2014). *Tratamiento grupal de regulación emocional e interpersonal para niños y adolescentes*. Ediciones San Juan de Dios.

MADIGAN, S., VAILLANCOURT, K., MCKIBBON, A., & BENOIT, D. (2015). Trauma and traumatic loss in pregnant adolescents: the impact of Trauma-Focused Cognitive Behavior Therapy on maternal unresolved states of mind and Posttraumatic Stress Disorder. *Attachment & Human Development*, 17(2), 175-198.

MAIN, M. (2000). The organized categories of infant, child and adult attachment: Flexible vs. inflexible attention under attachment-related stress. *Journal of the American Psychoanalytic Association* vol. 48(4): 1055-1096.

MAIN, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human Development*, 33(1), 48-61.

MARRONE, M. (2014). *Apego y motivación. Una lectura psicoanalítica*. Editorial Psimática.

MICUCCI, J. A. (2005). *El adolescente en terapia familiar. Cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Editorial Amorrortu.

MORAN, G., DIAMOND, G. M., & DIAMOND, G. S. (2005). The relational reframe and parents' problem construction in attachment-based family therapy. *Psychotherapy Research*, 15(3), 226-235.

MORETTI, M. M., OBSUTH, I., CRAIG, S. G., & BARTOLO, T. (2015). An attachment-based intervention for parents of adolescents at risk: mechanism of change. *Attachment & Human Development*, 17(2), 119-135.

RYGAARD, N. P. (2008). *El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Editorial Gedisa.

SAUER, E. M., ANDERSON, M. Z., GORMLEY, B., RICHMOND, C. J., & PREACCO, L. (2010). Client attachment orientations, working alliances, and responses to therapy: A psychology training clinic study. *Psychotherapy Research*, 20(6): 702-711.

SCHARF, M., MAYSELESS, O., & KIVENSON-BARON, I. (2015). The viability of the Parenting Representations Interview for assessing and measuring change in parents of adolescents. *Attachment & human development*, 17(2), 199-219.

TORRES, B., CAUSADIAS, J. M., & POSADA, G. (2014). *La teoría del apego. Investigaciones y aplicaciones clínicas*. Editorial Psicótica.

WALLIN, DAVID J. (2012). *El Apego en psicoterapia*. Descleé de Brouwer.

VAN IJZENDOORN, M. H. (1995). Adult attachment representations parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117(3), 387-403.

VETERE, A., & DALLOS, R. (2008). Systemic therapy and attachment narratives. *Journal of family Therapy*, 30(4), 374-385.

VETERE, A., & DALLOS, R. (2009). *Apego y terapia narrativa. Un modelo integrador*. Editorial Morata.