

Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica
en Intervención Familiar (SOATIF-o)

Manual de Entrenamiento (Revisado 2005)

Myrna L. Friedlander, Valentín Escudero, Laurie Heatherington, Laura
Deihl, Nancy Field, Pamela Lehman, Marilyn McKee, and Marsha Cutting

Visión Global y Desarrollo del Instrumento

El Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF-o) se desarrolló para subsanar una importante laguna: la posibilidad de evaluar alianza terapéutica en el tratamiento familiar conjunto. Hasta ahora no se ha señalado un único indicador del proceso terapéutico que haya resultado más eficaz para predecir el resultado que la alianza terapéutica (Horvath & Symonds, 1991). La alianza no es solo un predictor significativo del éxito terapéutico a través de orientaciones teóricas (Bachelor, 1991), sino que también las percepciones de los clientes sobre la alianza terapéutica en las primeras fases del tratamiento predicen el resultado en semanas o meses más tarde (Horvath & Symonds, 1991).

En la psicoterapia individual, la alianza puede ser valorada utilizando distintas medidas: tanto a través de los informes del cliente o del terapeuta, como a través de informes de observadores externos (Tichenor & Hill, 1989). Sin embargo, en la literatura de terapia familiar y de pareja sólo hay un instrumento publicado: las escalas de Alianza de Pinsof y Catherall (1986). La investigación sobre esta medida, que está basada en la conceptualización tripartita de la Alianza realizada por Bordin (1979), ha demostrado que es fiable y que predice el impacto de las sesiones (Heatherington & Friedlander, 1990) y el resultado del tratamiento tanto para parejas como para familias (Bourgeois, Sabourin, & Wright, 1990; Johnson & Talitman, 1997; Pinsof & Catherall, 1986; Quinn, Dotson, & Jordan, 1997).

Al igual que en las medidas de la alianza terapéutica individual, el instrumento de Pinsof y Catherall (1986) se centra más en el comportamiento del terapeuta que en el comportamiento de los miembros de la familia. De hecho, poco se sabe acerca de qué comportamientos observables contribuyen a una fuerte alianza en terapia familiar y de parejas (Friedlander & Tuason, 2000). En ausencia de este conocimiento, terapeutas y

supervisores sólo se pueden fiar de juicios clínicos para valorar la fuerza de la alianza. Para subsanar esta carencia hemos desarrollado la presente escala de observación del comportamiento de los clientes en el marco de tratamiento familiar conjunto o de pareja. Adicionalmente hemos también desarrollado la escala para observar las contribuciones que hace el terapeuta a la alianza, sobre las mismas dimensiones pero con indicadores que complementan los diseñados para los clientes.

Las escalas observacionales de la alianza en terapia individual no se podrían adaptar a la terapia familiar debido a que la presencia de varios miembros de la familia, tanto niños como adultos, hacen diferente esta modalidad de tratamiento en varios aspectos. Dos dimensiones de nuestro instrumento reflejan esta originalidad. Dichas dimensiones se definen operacionalmente como *Sentido de Compartir el Propósito en la Familia* (referida a compartir entre todos los miembros de la familia el propósito general de la terapia) y *Seguridad dentro del sistema terapéutico*. La primera dimensión se incluye porque un hecho importante es que los miembros de la familia no siempre valoran la terapia de la misma forma. Se ha demostrado, por ejemplo, que a menudo en terapia familiar se se da una alianza “partida” o “dividida” (Heatherington & Friedlander, 1990), es decir, que unos miembros de la familia se involucran más y se alían más intensamente con el terapeuta que otros. Nuestro instrumento refleja la recomendación de Pinsof (1994) de que las medidas de la alianza incluyan el importante aspecto de *alianza intra-sistema* —la colaboración de los miembros de la familia entre ellos con relación a la terapia.

La otra dimensión específica del formato familiar, *Seguridad*, refleja otro aspecto único de dicha modalidad de terapia (Friedlander & Tuason, 2000). En varios aspectos, la terapia familiar conlleva más riesgos (y más variados) para el cliente que la terapia individual. Cuando una persona y su familia acuden a terapia se arriesgan a que determinados secretos o sucesos que consideran vergonzosos puedan ser revelados en contra de su voluntad. Así por ejemplo, alguien puede descubrir que su pareja le quiere abandonar. Puede darse el caso de que alguien corra el riesgo de ser castigado o agredido

físicamente por familiares muy irritados por algo que ha sucedido durante la sesión. De hecho, las relaciones más importantes para el cliente pueden ponerse en peligro cuando busca ayuda profesional en un formato familiar.

Para construir el instrumento comenzamos revisando la literatura teórica y empírica sobre la relación terapéutica en la terapia familiar. Este proceso dio lugar a la identificación de un conjunto de descriptores conductuales que ilustraban una alianza tanto positiva (buena o satisfactoria relación terapéutica) como negativa (insatisfactoria o conflictiva relación terapéutica). Estos descriptores se utilizaron para crear una primera lista amplia que ilustraba distintos aspectos de la participación y colaboración del cliente. Se tomó como criterio esencial en la construcción de los descriptores el que cada uno de ellos fuese un comportamiento observable. Por ejemplo, en vez de “ los familiares están interesados por los puntos de vista de los otros”, el descriptor dice “los familiares se preguntan mutuamente por sus puntos de vista”.

Para perfeccionar el amplio inventario inicial de descriptores, uno de nuestros equipos de investigación ($N = 4$) examinó 12 sesiones de terapia familiar grabadas en video, de las cuales teníamos los autoinformes de los propios clientes sobre la alianza obtenidos para un estudio anterior (Heatherington y Friedlander, 1990), en concreto se habían utilizado las escalas de alianza integrativa terapéutica de Pinosof y Catherall (1986). Conociendo de esa forma la perspectiva de cada uno de los miembros de las familias sobre la alianza, analizamos las grabaciones de las sesiones para identificar comportamientos individuales y familiares que pudieran ser claramente indicativos de sus sentimientos y cogniciones. Se fueron depurando y editando los descriptores a través de sucesivas comparaciones de cada una de las observaciones realizadas por el equipo de observadores. Las discrepancias sirvieron para clarificar descriptores y excluir aquellos difícilmente codificables o puntuables.

En un principio intentamos evaluar cada indicador de comportamiento en una escala tipo Likert de 7 puntos para cada familiar. La enorme dificultad y laboriosidad de este

proceso nos convenció de la necesidad de hacer agrupamientos de descriptores similares y así identificamos, inductivamente, 4 dimensiones subyacentes. Posteriormente, los investigadores escribimos independientemente definiciones de dichos constructos, las comparamos y las integramos, decidiendo después qué descriptores estaban relacionados de una forma lógica con cada una de las cuatro dimensiones definidas. Probando este nuevo sistema y procedimiento de observación mediante la evaluación de 6 cintas de video diferentes, encontramos que el acuerdo entre observadores mejoraba considerablemente.

El siguiente paso fue utilizar una tarea de clasificación para evaluar la validez de contenido del instrumento; para ello ordenamos aleatoriamente los 45 descriptores resultantes del proceso de análisis previo y pedimos a un grupo de investigadores del proceso de terapia familiar de EE.UU., Canadá y España (los norteamericanos sobre la versión en inglés y los españoles sobre la versión en Español) que indicaran qué descriptores reflejaban mejor cada una de los 4 constructos subyacentes. Así por ejemplo, el descriptor “las familias se preguntan mutuamente sobre sus puntos de vista”, está incluido en el conjunto de descriptores que reflejan la dimensión de *Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia*. Si al menos el 75% de los expertos investigadores que respondieron a nuestra tarea de clasificación seleccionaban la misma dimensión para un descriptor determinado, se mantenía dicho descriptor entre los indicadores de esa dimensión; si no era así se eliminaba o se cambia a una dimensión distinta (aquella en la que ese descriptor sí había sido clasificado por más del 75% de los expertos); téngase en cuenta que se les decía a los investigadores encuestados que podían seleccionar más de una dimensión para cada descriptor, destacando la que consideraban más importante. También se les pidió a los investigadores participantes que comentasen los descriptores si lo consideraban necesario o incluso que añadieran otros si los veían muy representativos de una de las dimensiones y no habían sido incluidos en la lista de 45 descriptores. En el caso de los expertos españoles (N=7, todos ellos investigadores y terapeutas familiares de reconocido prestigio) se les pidió además que comentaran su opinión sobre la adecuación

cultural de los descriptores y de las 4 dimensiones de la alianza definidas, es decir, su ajuste a las características específicas de la cultura española en el contexto de la terapia familiar.

Los resultados de esta tarea de clasificación, tanto para los investigadores de Norteamérica como de España, indicaron un alto grado de consistencia y la mayoría de los descriptores fueron clasificados como conductas representativas de la dimensión que nosotros previamente habíamos seleccionado. De hecho, la mayoría de los descriptores fueron clasificados de la misma forma por más del 75% de los jueces en ambas muestras (Norteamericana y Española). Basándonos en los criterios descritos más arriba, algunos descriptores se cambiaron de una dimensión a otra o se modificaron un poco en su definición. Un par de descriptores se eliminaron porque cumplieron el criterio de obtener un 75% consenso entre jueces en una sola muestra (bien sólo en la norteamericana o bien sólo en la española). Optamos por dar prioridad al hecho de que las versiones de los instrumentos en Inglés y en Español fuesen idénticas. No obstante, ninguno de los descriptores tuvo que ser eliminado por haber sido calificado como poco apropiado desde el punto de vista de las diferencias culturales, sólo se introdujeron algunas mínimas modificaciones en la definición o traducción de algunos de ellos.

Un proceso similar se llevó a cabo para crear la versión del SOATIF-o para el terapeuta. Comenzamos identificando un conjunto de descriptores, algunos de los cuales eran paralelos a los que se habían definido para los clientes, después realizamos una prueba de validez de contenido mediante una prueba de clasificación de los descriptores con expertos de España y Norte América. En base a los resultados de esa prueba se añadieron, modificaron, o eliminaron descriptores determinados.

Las definiciones de los descriptores del terapeuta que se incluyen en este manual proporcionan a los observadores unas directrices concretas sobre cuándo y en que contexto deben ser registradas. La familiaridad con esas definiciones de los descriptores es una parte esencial del proceso de evaluación de la alianza.

El SOATIF está diseñado para ser aplicado por evaluadores entrenados mientras observan una sesión de terapia familiar grabada en video. Si los evaluadores tienen muy alto nivel de experiencia, es también posible que puedan aplicar el SOATIF mientras observan una sesión en vivo (aunque sin duda la video-grabación hace más factible comprobar las evaluaciones y mejorar la fiabilidad). Consideramos que los evaluadores deberían ser como mínimo licenciados en alguna disciplina de salud mental o postgraduados en terapia familiar o intervención sistémica, aunque no es necesario que tengan un nivel alto de experiencia clínica. Es recomendable que sean al menos dos los observadores que evalúen la sesión familiar para propiciar así una comprobación adecuada de la fiabilidad Inter-observadores (por ejemplo a través de coeficientes de correlación adecuados)

Tal y como se describe más abajo, después de registrar la ocurrencia de indicadores específicos durante toda la sesión, los evaluadores tienen que hacer una estimación global para cada una de las cuatro dimensiones del SOATIF-o. Esa estimación se hace en una escala ordinal entre -3(alianza muy problemática) y +3 (muy fuerte alianza), correspondiendo el 0 a “no reseñable” o “neutral”. Las directrices específicas que se ofrecen más abajo en este manual determinan que puntuación en la escala es la apropiada dependiendo de la valencia, la frecuencia, la intensidad, y el contexto de las conductas observadas. En la versión del cliente cada miembro de la familia presente en la sesión recibe una puntuación independiente para las dimensiones de Enganche, Conexión Emocional, y Seguridad. Para la dimensión de Compartir el Propósito se da una puntuación única a todo el grupo familiar presente en la sesión. En la versión del terapeuta se da una puntuación al terapeuta en cada una de las cuatro dimensiones del SOATIF-o.

Operacionalización de las Dimensiones

Aunque el SOATIF-o se diseñó para el trabajo con parejas y familias, las primeras tres dimensiones también se puede aplicar a sesiones individuales, ya que en ellas lo que se puntúa es el comportamiento individual de cada uno de los miembros de la familia. La

cuarta dimensión, sin embargo, *Sentido de compartir el propósito de la terapia en la familia*, está diseñada para evaluar al menos a dos miembros de la familia que acuden a terapia juntos. Dependiendo del propósito concreto del investigador en cada estudio particular, se puede evaluar en esta dimensión el sistema familiar completo o sus subsistemas de forma separada (subsistema parental, hermanos, etc.)

El instrumento ha sido diseñado con una orientación panteórica, es decir, que refleje los aspectos de la alianza que no son específicos o únicos de una teoría particular de la psicoterapia. Nos basamos en el supuesto de que las cuatro dimensiones que se evalúan con el SOATIF son cruciales para una sólida alianza de trabajo en terapia familiar conjunta o de pareja, pero consideramos también que algunas dimensiones pueden ser más relevantes que otras dependiendo del enfoque o modelo terapéutico, del contexto o marco en el que se produce el tratamiento, y de la fase en la que se encuentra la terapia. Las dimensiones que nos parecen más probables de variar en función del contexto de tratamiento son *Seguridad y Conexión emocional con el terapeuta*, pero la precisión de esta suposición requiere una investigación empírica que está aún por hacerse.

Definiciones Operacionales de las Cuatro Dimensiones del SOATIF:

Enganche en el Proceso Terapéutico: El cliente le ve sentido al tratamiento, se transmite la sensación de estar involucrado en la terapia y trabajando coordinadamente con el terapeuta, que los objetivos y las tareas en terapia pueden discutirse y negociarse con el terapeuta, que tomarse en serio el proceso es importante, que el cambio es posible.

Conexión Emocional con el Terapeuta: El cliente ve al terapeuta como una persona importante en su vida, casi como a un miembro de la familia; sensación de que la relación se basa en la confianza, afecto, interés y sentido de pertenencia; de que al terapeuta le importa de verdad y que “está ahí” para el cliente, de que el cliente y el terapeuta comparten una visión del mundo (por ejemplo que tienen perspectivas vitales o valores similares), que la sabiduría y experiencia del terapeuta son relevantes.

Seguridad dentro del sistema terapéutico: El cliente ve la terapia como un lugar en el que puede arriesgarse, estar abierto a nuevas cosas, ser flexible; sensación de confort y expectación hacia las nuevas experiencias y aprendizajes que pueden ocurrir, de que hay cosas buenas que provienen de estar en terapia, que el conflicto dentro de la familia puede manejarse sin hacerse daño, que no es necesario estar a la defensiva.

Sentido de Compartir el Propósito de la terapia en la familia: Los miembros de la familia se ven a sí mismos como trabajando en colaboración para mejorar la relación familiar y conseguir objetivos comunes para la familia; sentido de solidaridad en relación con la terapia (“estamos juntos en esto”), de que valoran el tiempo que comparten en la terapia; esencialmente un sentimiento de unidad dentro de la familia en relación con la terapia.

Debe tenerse en cuenta que al igual que otras medidas de tipo multidimensional de la alianza terapéutica (por ejemplo, el Inventario de la Alianza de Trabajo de Horvath y Greenberg 1989; o las Escalas de Alianza de Psicoterapia Integrativa de Pinsof y Catherall, 1986), las 4 dimensiones del SOATIF no son mutuamente excluyentes. De hecho, al ser conceptualmente interdependientes, es esperable que estén moderadamente correlacionadas. Así por ejemplo, es razonable suponer que el sentido de *Seguridad* de un cliente esté estrechamente ligado a su Conexión emocional con el terapeuta y a su vez ello le haga sentirse *Enganchado en el proceso de terapia*. Y también puede suponerse que esas tres dimensiones van a ser probablemente más fuertes cuando la familia al completo comparte el sentido de porqué están en terapia y de lo que esperan conseguir como resultado (*Sentido de Compartir el propósito*).

El procedimiento de evaluación

Hay dos partes bien diferenciadas en la tarea de evaluación de la alianza con el SOATIF. La primera consiste en detectar la presencia de indicadores de comportamiento en el desarrollo de la sesión. La segunda consiste en hacer una valoración (dando una puntuación) sobre la fuerza de cada dimensión inmediatamente después de haber visto la sesión entera. El supuesto subyacente de este método es que la valoración de las 4 dimensiones de la alianza se hace sobre la base de haber detectado la aparición de indicadores de comportamiento específicos, y que esos comportamientos observables reflejan sentimientos, pensamientos y actitudes internas de los miembros de la familia sobre el proceso de tratamiento y sobre la relación con el terapeuta.

Indicadores conductuales.

El instrumento está dividido en 4 secciones que reflejan las dimensiones descritas más arriba. Bajo cada dimensión se presenta la lista de los indicadores de comportamientos –descriptores-. En la versión de los clientes, las columnas se encabezan con un espacio para poner los nombres o los roles (como “madre”, “hijo”, “abuela”, etc.) de los miembros de la familia que están en la sesión.

Los evaluadores observan la cinta de video parándola y rebobinándola las veces que sea necesario. Cuando se observa algún comportamiento incluido en la lista de descriptores, como por ejemplo “El cliente expresa optimismo o indica que ha tenido lugar un cambio positivo”, el evaluador tiene que hacer una marca en el espacio en blanco reservado para ese descriptor y para ese miembro de la familia (por ejemplo, en la columna encabezada por “madre” o “hijo”). Cuando se usa la versión de “lápiz y papel” cada evaluador puede utilizar la forma de marcar que prefiera (usar signos como +, -, /, ¿, *, etc.), de manera que su sistema de marcar le permita recordar al final de la sesión la importancia o claridad o intensidad de las conductas registradas (la versión electrónica e-Soatíf tiene su propio sistema de anotación). Hay que tener siempre en cuenta que los

descriptores que están escritos en *cursiva* , siempre al final de los listado de descriptores, reflejan falta de enganche, pobre conexión emocional, falta de seguridad, y carencia del sentido de compartir el propósito en la familia.

El evaluador es libre de parar y rebobinar tantas veces como sea necesario la cinta para conseguir ser lo más exacto posible en la detección de indicadores conductuales. Durante el entrenamiento, si varios evaluadores ven la cinta simultáneamente, cualquiera de ellos puede parar y rebobinar la grabación en cualquier momento. Sin embargo, cuando se quiere hacer una medición de la fiabilidad entre-evaluadores, los evaluadores no deberían observar la sesión juntos, o al menos no deben discutir ni comentar en absoluto sus observaciones hasta que las valoraciones y puntuaciones finales de escala se hayan realizado.

La mayoría de los descriptores reflejan comportamientos observables, tales como postura corporal superior abierta (relajada), o llorar, o afirmar estar de acuerdo en hacer las tareas para casa. Sin embargo, algunos pocos descriptores requieren que el observador realice ciertas inferencias basadas en el comportamiento observable del cliente o del terapeuta. Como ejemplo, consideremos el descriptor siguiente: “El cliente indica o afirma que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía”. Obviamente, este indicador debe ser marcado si el cliente dice explícitamente que él se siente “seguro”. Pero también puede ocurrir que este comportamiento esté presente si el cliente transmite un sentimiento de seguridad aunque no lo diga de forma explícita o literal. Si el cliente dijese algo como: “Hemos decidido no hablar más de este tema casa porque continuaríamos peleándonos”, el observador debe inferir que el cliente ve la terapia como un lugar más seguro que su propia casa para sus discusiones, ya que sí tratan el tema en las sesiones y han decidido que no es seguro hacerlo en casa. En otras palabras, se espera que el evaluador haga en ocasiones inferencias basadas en expresiones verbales de los familiares. Sin embargo, el evaluador no debe hacer inferencias sobre comportamientos “implícitos” basándose

únicamente en comportamientos no verbales. Estas matizaciones se clarifican más abajo en la sección dedicada a los descriptores.

Puntuar cada dimensión

Clientes.

Al finalizar la sesión que se está evaluando, el evaluador debe dar una puntuación para cada una de las cuatro dimensiones a cada miembro de la familia asistente a la sesión. La puntuación se ha de hacer en los espacios diseñados para tal fin en el extremo inferior de cada sección del instrumento. Las indicaciones que guían la escala de puntuación (*alianza muy problemática, no reseñable-neutral, muy fuerte alianza*) se refieren tanto a la valencia (positiva o negativa), intensidad, y frecuencia del comportamiento como a su importancia y significación contextual en la sesión. En la versión de "lápiz y papel", con la excepción de la dimensión *Sentido de compartir el propósito en la familia*, para las otras dimensiones hay tres o cuatro columnas con espacios en blanco al lado de cada indicador, uno para cada uno de los miembros de la familia. Como ya hemos señalado más arriba, el investigador etiqueta cada unas de las columnas con el nombre o rol de un miembro de la familia en sesión. Al final de cada sección dedicada a una dimensión hay que puntuar una escala tipo Likert de 7 puntos con el valor 0 en el centro (para indicar que no hay nada reseñable o que resulta neutral), -3 en un extremo negativo (*alianza muy problemática*) y +3 en el otro extremo (*muy fuerte alianza*). Los espacios en blanco (uno para cada miembro de la familia) que aparecen junto a las escalas en la parte inferior de cada sección, deben utilizarse para la puntuación final otorgada en cada dimensión. Obsérvese que sólo hay un espacio en blanco para la dimensión de *Sentido de Compartir el Propósito* ya que sólo se hace una valoración de la familia en su conjunto y por tanto se da una puntuación para toda la familia (pareja o grupo familiar presente en la sesión).

Como se ha señalado más arriba, los descriptores individuales se consideran indicadores conductuales de las dimensiones subyacentes, que son más globales y están definidas en términos más subjetivos (en términos de las cogniciones y afectos de los

miembros de la familia). Los evaluadores tienen que usar las marcas o registros que hicieron en los descriptores conductuales individuales para hacer su valoración global y puntuar las escalas. No deben basarse simplemente en su sentido intuitivo o impresión final de cada dimensión para puntuar las escalas, sino que tienen que apoyarse en los descriptores conductuales detectados y marcados durante la sesión.

Al desarrollar el instrumento, nos dimos cuenta de que es imposible para un evaluador no hacer comparaciones de la fuerza de la alianza entre los miembros de la familia mientras ve el video y puntúa las escalas. Por ello, la valoración de cada miembro de la familia puede verse influenciada por cómo el evaluador puntúa a otros miembros de la familia. Por esta razón establecemos la siguiente directriz:

el evaluador debe primero mirar las marcas realizadas para registrar los descriptores conductuales y decidir quién es el miembro de la familia *menos* involucrado, menos conectado o enganchado en la terapia. Esa persona debe ser valorada y puntuada primero, pasando después al siguiente menos involucrado, y así sucesivamente. De esta manera, el miembro de la familia más involucrado o comprometido con la terapia es valorado en último lugar.

Directrices concretas para puntuar cada dimensión

Cuando se esta usando la versión de los clientes, para facilitar el proceso de puntuar las escalas a partir de los descriptores conductuales, los evaluadores deben utilizar las siguientes directrices para las dimensiones de Enganche, Conexión Emocional y Seguridad:

-3 = muy problemática

-2 = bastante problemática

-1= ligeramente problemática

0 = no reseñable o neutral

+1= ligera

+2= bastante fuerte

+3= muy fuerte

1. Si *no hay marcas* en una dimensión determinada la puntuación debe ser 0. Esto quiere decir que no hay descriptores reseñables, no hay sesgos visibles hacia una dirección negativa o positiva, por lo tanto se ve en el cliente al menos una moderada alianza (de otra forma el cliente habría dado alguna muestra negativa o abandonado la sesión). En la terapia familiar a veces ocurre que uno de los miembros de la familia apenas habla durante una sesión, especialmente si hay mucha gente en la sala. Si no hay indicadores negativos ni positivos registrados y el cliente no ha hablado apenas, la valoración debe ser 0.
2. Si *sólo se encuentran descriptores negativos*, la puntuación debe ser menos de 0, es decir, un número negativo. Se puntuará al cliente con un -3 (muy problemática) sólo si está claro que la persona es contraria a la terapia y

demuestra ese antagonismo de forma conductual —si no es así, la puntuación será -2 o -1 dependiendo esta decisión de cómo ve el evaluador de negativo el comportamiento.

3. *Si sólo se han marcado descriptores positivos, la puntuación debe sobrepasar el 0, deberá ser por tanto una puntuación positiva.*
4. *Si sólo hay descriptores positivos de tipo no verbal, (postura del cuerpo abierta, contacto ocular, lenguaje corporal reflejando imitación) la puntuación debe ser +1. (ligera)*
5. **Sólo se dará un +3 (muy fuerte) si está claro que el cliente esta muy involucrado en la terapia, demostrando mucha apertura emocional (dimensión de Seguridad), tomando parte muy activa en el proceso terapéutico (Enganche),o cuando se demuestra un claro e importante aprecio hacia el terapeuta (Conexión emocional). Si la involucración del cliente en la terapia no es tan clara y notoria la puntuación debería ser +1 o +2 , dependiendo de cómo se valore de positivo el comportamiento observado.**
6. *Si hay marcados descriptores positivos y negativos, la puntuación será -1, 0, ó +1, dependiendo del juicio que haga el evaluador sobre el balance de los descriptores positivos y negativos en cuanto a su frecuencia, o importancia y significación en la terapia. En este caso un 0significa neutral, es decir, que las conductas positivas y negativas registradas se compensan.*
7. Una puntuación de -3 (muy problemática) se da únicamente cuando el cliente no conecta en absoluto con la terapia y por tanto resulta muy problemática su alianza.

La tarea del evaluador incluye, a pesar de todo, cierta subjetividad. Algunas conductas, especialmente las no verbales, pueden ocurrir de forma prolongada durante

gran parte de la sesión (por ejemplo, “Los miembros de la familia reflejan-reproducen posturas corporales similares”), mientras que la mayoría de los restantes comportamientos incluidos en los descriptores probablemente ocurran sólo una ó pocas veces. Aquí, en comportamientos que aparecen con poca frecuencia, es dónde se hace necesario que el evaluador decida sobre la significación o relevancia clínica de esos comportamientos. Si, por ejemplo, un miembro de la familia “acepta hacer las tareas para casa que se le sugieren” (descriptor de la dimensión de Enganche) en una ocasión y con poco entusiasmo, la puntuación debería ser +1. Si esa persona en cambio pregunta por detalles de la tarea y habla de cuándo, cómo, y bajo qué circunstancias va a hacer la tarea asignada, la puntuación debería ser +2. Si además esa persona está especialmente entusiasmada y firmemente comprometida con la tarea que le han propuesto, la puntuación debería ser +3.

Consideremos otro ejemplo tomando el descriptor “El cliente rechaza o es reticente a responder al terapeuta”. Si ocurre en una ocasión o mínimamente, la puntuación podría ser -1. Si el cliente pasa una buena parte de la sesión rehusando hablar, la puntuación podría ser -2. Y si su comportamiento es así toda la sesión, la puntuación sería -3.

En la dimensión denominada *Sentido de compartir el propósito en la familia* se da una puntuación a toda la familia o grupo familiar presente en la sesión. Los evaluadores deben tener bien claro que esta dimensión se refiere al sentido de compartir el propósito sobre la terapia, no sobre la familia en general, ni tampoco sobre el problema presentado en la terapia. En otras palabras, los miembros de una pareja pueden sentirse muy a gusto juntos y sin embargo tener puntos de vista muy diferentes sobre el valor de la terapia para mejorar un problema que tienen (uno de ellos cree en su utilidad y el otro la ve absurda), es decir, no comparten el propósito de la terapia. Por otra parte, puede darse el caso de que todos los miembros de una familia estén de acuerdo en que Juanito tiene un problema muy concreto; este acuerdo refleja un sentido compartido sobre cuál es el problema, pero no

comparten necesariamente el sentido que tiene ir a terapia para ese problema, es decir, no comparten el propósito de la terapia. Los padres por ejemplo pueden indicar que el centro de la terapia es el mal comportamiento de Juanito, pero Juanito puede decir que la terapia es una pérdida de tiempo, o bien que cree que el terapeuta debería centrarse en lo estrictos que son sus padres y en el alcoholismo de su padre. En este caso, el sentido de unidad dentro de la familia con respecto a la terapia no es óptimo.

Las siguientes directrices han de tomarse en cuenta a la hora de puntuar la escala de *Sentido de Compartir el Propósito*, sobre la base de los descriptores conductuales marcados previamente:

1.- El evaluador debe mirar primero cuántos miembros de la familia tienen descriptores positivos y negativos marcados.

2.- Si *no hay* descriptores marcados para ningún miembro de la familia, la puntuación debe ser 0, es decir, *no reseñable*. Al igual que con las puntuaciones en las otras dimensiones, se supone que no hay nada reseñable respecto al Sentido de Compartir el Propósito, es decir, hay al menos un moderado sentido de compartir dentro de la familia simplemente por el hecho de que todos los miembros están ahí y no se han dado muestras negativas indicativas de una alianza pobre, pero no puede reseñarse ningún indicador positivo, de forma que se puntuará 0.

3.- Si *hay al menos un descriptor positivo marcado y ninguno negativo para cada miembro de la familia*, la puntuación debe ser al menos +1, y podría ser +2 o +3, dependiendo de la valoración que el evaluador haga sobre la cantidad e importancia de los descriptores señalados.

4.- Si *hay al menos un descriptor negativo para uno solo de los miembros de la familia y no hay ninguno positivo para nadie*, la puntuación debería ser -1 ó -2, dependiendo de cómo de negativo se juzgue por parte del evaluador ese comportamiento en la sesión.

5.- Si *dos o más miembros de la familia tienen solamente descriptores negativos marcados*, la valoración debería ser -3 ó -2.

6.- Si *hay tanto descriptores negativos como positivos marcados para cualquiera de los miembros de la familia*, la puntuación debería ser -1, 0, ó +1, dependiendo de la

valoración que se haga sobre el balance/equilibrio existente en la frecuencia o importancia clínica (respecto a la alianza) entre los comportamientos positivos y negativos registrados. En este caso el 0 significa neutral, entendiendo que las conductas negativas y positivas registradas se compensan.

7.- Si hay un gran desacuerdo entre los miembros de la familia expresado claramente en la sesión sobre el valor de la terapia o sobre lo que se va a conseguir con ella, la puntuación debería ser *-3 (muy problemática), incluso aunque no haya otros descriptores negativos adicionales marcados.*

Terapeuta.

Las directrices para puntuar las escalas en la evaluación de las contribuciones del terapeuta son idénticas a las señaladas previamente para los clientes. Ha de observarse que mientras que las conductas registradas de los clientes reflejan la fortaleza de la alianza, las conductas del terapeuta reflejan las *contribuciones* del terapeuta a la alianza. Así, una puntuación de +3 significa que el terapeuta contribuye mucho al Enganche de los clientes, o a su Seguridad, etc. De la misma forma, una puntuación de -3 significa que la conducta del terapeuta contribuye mucho al detrimento de la experiencia del cliente en la dimensión que se esté analizando.

Fiabilidad

Al igual que otras medidas de alianza multidimensionales, las cuatro dimensiones del SOATIF-o no son mutuamente excluyentes. De hecho, son conceptualmente interdependientes. El sentido de seguridad en una sesión por parte de un miembro de la familia está claramente ligado a su conexión emocional con el terapeuta y a sentirse comprometido o enganchado en el proceso. El grado en el que todos los miembros de la familia colaboran activamente en la terapia se refleja en su sentido compartido de propósito. Recíprocamente, cuando la familia comparte el sentido del propósito por el cual se

encuentran en la terapia y lo que esperan conseguir, los miembros de la familia probablemente sientan de forma individual un vínculo más fuerte con el terapeuta.

La fiabilidad entre evaluadores se ha calculado mediante el cómputo de la correlación intra-clase para cada par de evaluadores en cada una de las dimensiones puntuadas. La primera prueba de fiabilidad con la versión en Español del SOATIF se realizó evaluando 38 primeras sesiones de terapia familiar grabadas en video en la misma consulta y llevadas por el mismo terapeuta. Se utilizaron 3 estudiantes de postgrado en terapia familiar como evaluadores. Las correlaciones obtenidas fueron:

| <u>Dimensiones</u> | <u>Corr.</u> |
|-----------------------------------|--------------|
| Enganche | .84 |
| Conexión emocional | .82 |
| Seguridad | .88 |
| Sentido de Compartir el Propósito | .93 |

En posteriores estudios realizados con el SOATIF-o se han conseguido correlaciones intra-clase que van desde .75 a .95 para las diferentes dimensiones, tanto en la versión española como en inglés (SOFTA-o), y tanto en la aplicación para los clientes como para el terapeuta.

Al usar varios evaluadores (con el objeto de comprobar la fiabilidad), la puntuación final para una sesión, la que se utiliza para los análisis de datos de una investigación, debe obtenerse por consenso entre sus puntuaciones. Es decir, si dos evaluadores hacen la misma valoración (por ejemplo, 0) y el tercer evaluador puntúa al cliente de manera diferente (por ejemplo, -1), la puntuación utilizada en el análisis sería 0. Si las tres puntuaciones son distintas, se debe hacer una media de las dos más próximas entre ellas. Por ejemplo, si las puntuaciones son -1, +1, y +2, la puntuación -1 será eliminada (puesto que +1 y +2 son más próximas entre ellas al ser posible la puntuación 0)

y la puntuación que utilizaremos en el análisis será 1.5 (promedio entre +1 y +2). Cuando se utilizan solamente dos evaluadores nuestra recomendación es que ambos consensúen la puntuación que se aplicará para la investigación, aunque el procedimiento de promediar sus puntuaciones también resulta factible.

ENTRENAMIENTO DE LOS EVALUADORES

Tanto si se usa la versión de lápiz y papel como la versión electrónica (e-SOFTA), y tanto si se utiliza para objetivos de investigación como para supervisión (o auto-supervisión), un entrenamiento adecuado es crucial. Los aspectos básicos del entrenamiento son comunes para la investigación y para la supervisión. Cualquiera que vaya a utilizar este instrumento ha de adquirir previamente un buen nivel de comprensión del modelo teórico sobre el que se sustenta, para lo cual recomendamos la lectura del libro de Friedlander, Escudero, y Heahterington (en prensa) "Therapeutic alliances in couple and family therapy: an empirically-informed guide to practice" (APABooks). De forma especial recomendamos la lectura de los capítulos 2 al 8. Los evaluadores han de conocer bien el modelo conceptual subyacente al instrumento y familiarizarse con las definiciones operacionales de las cuatro dimensiones del Soatif, así como con los descriptores conductuales de cada una de las dimensiones. La lectura de los ejemplos clínicos que se incluyen en el libro citado será especialmente útil si se acompaña de discusiones e grupo con un supervisor o con un investigador que conozca bien el modelo teórico.

Una vez que se consigue ese nivel de conocimiento teórico del SOATIF-o, hay que familiarizarse mucho con los indicadores conductuales del instrumento, de forma que cuando se evalúa una sesión resulte fácil recordar y determinar la pertinencia de cualquiera de los descriptores conductuales. Cuando se utiliza la versión electrónica del instrumento (e-SOFTA), el evaluador solamente visualiza en su pantalla los descriptores de una dimensión de forma que si desea puntuar las cuatro dimensiones a la vez necesita memorizar todos los indicadores que componen el SOATIF e ir cambiando las pantallas para localizarlos adecuadamente. Otra alternativa recomendable es puntuar solamente una o dos dimensiones al mismo tiempo, o bien tener diferentes evaluadores para cada dimensión.

Cuando el instrumento se usa para realizar una investigación, el entrenador debe focalizar a los evaluadores que están siendo entrenados en las definiciones

operacionales de los descriptores incluidas en el instrumento. Esas definiciones deben ser el referente para solventar cualquier duda sobre la presencia o no de una conducta registrable. Las definiciones operacionales contienen abundantes claves para discriminar adecuadamente las conductas evaluadas. Por otro lado, estas distinciones específicas también pueden ser de gran utilidad para la supervisión de la práctica clínica.

La web www.softa-soatif.net contiene breves segmentos de video que deben ser utilizados en la primera fase del entrenamiento de evaluadores, bien a través de la versión electrónica (e-SOFTA) o bien para puntuarlos mediante las hojas de registro en papel. Hay 32 segmentos de video disponibles para el entrenamiento, 16 en Inglés y 16 en Español (8 para el terapeuta y 8 para los clientes). Dichos segmentos tiene una duración breve (entre 2 y 5 minutos) y están diseñados para ilustrar conductas positivas y negativas incluidas entre los indicadores del SOFTA. En todos los casos se trabaja con una única dimensión por segmento. Para el entrenamiento, los evaluadores tiene que hacer los registros observacionales y puntuar cada fragmento de video para después comparar su trabajo con la “Solución” que también esta disponible en www.softa-soatif.net (cada video se descarga de la web en un fichero comprimido que contiene también los documentos de “Solución”). Hay que poner especial atención a los comentarios cualitativos que acompañan a cada registro conductual realizado en dichos segmentos de video ya que explican las razones de cada uno de los registros y el momento temporal exacto en el que se producen. Cuando se utiliza el programa e-SOFTA, los indicadores de tiempo que se visualizan en el programa permiten al usuario reproducir de manera automática (con un clic del ratón sobre la marca de tiempo) en el video los momentos exactos en los que se producen las conductas registradas. De esta forma se pueden contrastar y corregir los errores de puntuación (véase este procedimiento en el Tutorial que se incluyen en el e-SOFTA). Las Definiciones operacionales de los indicadores conductuales de cada dimensión deben ser siempre consultados ante la detección de cualquier error cometido por los evaluadores en esta fase de entrenamiento.

Cuando se utiliza el SOATIF con objetivos solamente de formación o supervisión clínica, después de realizar los ejercicios con los segmentos de video y comprobar que se están utilizando los criterios apropiados de registro y puntuación, el evaluador puede comenzar a utilizar el instrumento con sus propios videos.

Recomendamos que se realice un entrenamiento separado e independiente con las versiones del terapeuta y de los clientes y no intentar aprender todo el sistema a un tiempo. La versión del terapeuta es más fácil de aprender porque se realizan las observaciones sobre un solo individuo (el terapeuta).

Cuando el entrenamiento se hace para aplicar el SOATIF-o en una investigación lo ideal es tener dos equipos de evaluadores, uno para trabajar con la versión del terapeuta y otro para trabajar con la versión de los clientes. Insistimos en advertir de que es totalmente contraproducente intentar evaluar a los clientes y al terapeuta al mismo tiempo, incluso aunque los evaluadores puedan considerarse muy expertos en el uso del instrumento.

Para conseguir un buen nivel de fiabilidad (acuerdo entre evaluadores) recomendamos seleccionar 6-12 videos que sean “representativos” del material que el investigador quiere analizar (obviamente no deben usarse los videos de la muestra real de la investigación para el entrenamiento). Lo óptimo es que estos videos de entrenamiento comiencen con ejemplos sencillos, con no muchos clientes en las sesiones, y que tengan una calidad alta de sonido e imagen. Los videos de entrenamiento deberían contener ejemplos positivos y negativos de Enganche, Conexión emocional, Seguridad, y Sentido de compartir el propósito en la familia. El nivel de dificultad en el material a evaluar debe ir incrementándose gradualmente en la medida en la que los evaluadores progresan en el entrenamiento.

Otra recomendación es trabajar con una sola dimensión y no con varias simultáneamente. Los videos pueden visualizarse en un reproductor cualquiera o bien desde el programa e-SOFTA (siempre que se conviertan a uno de los formatos que puede leer el programa). Además los evaluadores deberían siempre comenzar a trabajar en grupo

con los primeros videos que se utilicen en el entrenamiento, comentando sus observaciones y los criterios de puntuación en las escalas de cada dimensión. Más adelante, puede afrontarse la tarea de evaluar varias (o todas cuando se tiene un alto nivel de fiabilidad) dimensiones simultáneamente, también comenzando por trabajar en grupo para compartir los criterios de registro y puntuación.

Lógicamente, para examinar la fiabilidad mediante el cómputo del acuerdo entre evaluadores, estos deben observar y puntuar las sesiones de forma independiente. Durante el trabajo de evaluación de las sesiones que componen la muestra de la investigación recomendamos que los evaluadores hagan su trabajo de forma relativamente sincronizada, por ejemplo valorando las mismas sesiones durante una semana y teniendo una reunión semanal para comparar los resultados y ajustar los criterios ante fragmentos que hayan resultado complicados de evaluar. El trabajo de evaluación de las sesiones produce fatiga que afecta a la fiabilidad de los evaluadores, por ello sugerimos que no se evalúen mas de dos sesiones (asumiendo que duren aproximadamente una hora cada una) seguidas sin realizar un descanso amplio. Es muy importante que los miembros del equipo de evaluadores se reúnan periódicamente para comparar sus resultados y no dejar que su acuerdo y sincronía en la aplicación de los criterios de registro y puntuación se “enfríen”. Este problema de la pérdida de acuerdo con el paso del tiempo es común a todos los procedimientos de investigación observacional.

Los evaluadores deben comparar detalladamente tanto sus registros de indicadores (descriptores) como las puntuaciones que han dado a cada dimensión en las escalas de estimación global. Las prácticas del entrenamiento deben continuar hasta que los evaluadores, como grupo, no difieran en sus puntuaciones más allá de un punto en la escala de estimación en el 90% de las pruebas realizadas (por ejemplo solamente diferir entre +2 y +3). Cuando se consigue ese nivel de acuerdo puede pasarse a evaluar la fiabilidad.

La fiabilidad, computada a través de las correlaciones intra-clase, se evalúa para cada dimensión del SOATIF-o por separado. Suelen hacer falta al menos 10 sesiones

con la versión terapeuta o 5 con la versión de los clientes para conseguir una fiabilidad mínima satisfactoria. Computar la fiabilidad hallada en sesiones parciales puede resultar útil para hacer más liviano el trabajo de entrenamiento de los evaluadores, pero para los análisis finales de una investigación deberían usarse sesiones completas.

Normalmente se consiguen buenos niveles de fiabilidad después de 10-15 horas de entrenamiento. A la hora de seleccionar evaluadores no es necesario elegir entre personas con una gran experiencia clínica. El SOATIF-o no requiere una gran sofisticación clínica, e incluso estudiantes con muy poca o ninguna experiencia clínica pueden conseguir un buen nivel de fiabilidad. Sin embargo, es necesario que los evaluadores tengan capacidad de interpretar adecuadamente las situaciones sociales (interpersonales), ya que en el proceso de evaluación han de captar la significación que tienen los indicadores conductuales del SOATIF en un contexto determinado. También recomendamos usar evaluadores y evaluadoras siempre que sea posible, ya que en ocasiones los varones y las mujeres tienden a interpretar de forma diferente las conductas interpersonales. Igual que para cualquier otro sistema de observación, para utilizar adecuadamente el SOATIF es necesario que los evaluadores tengan atención a los detalles y facilidad para el reconocimiento de conductas.

En ocasiones, por diferentes causas, un evaluador puede hacer de manera consistente valoraciones diferentes de los otros. Si tenemos al menos otros dos evaluadores entrenados, la fiabilidad del primer evaluador se puede examinar fácilmente computando la correlación intra-clase incluyéndole a él y después sin él. Si la correlación disminuye en .10 o más (en los videos de entrenamiento) es recomendable no usar a ese evaluador para los datos incluidos en la muestra de la investigación.

La fiabilidad puede variar en función del tipo de material clínico, la mayor o menor diligencia de los evaluadores, y/o la frecuencia con que el grupo de evaluadores se reúne para discutir sus resultados. Siempre que los evaluadores encuentren mayor dificultad una o dos dimensiones, es aconsejable realizar una sesión de entrenamiento para “refrescar” los criterios de puntuación. Insistimos en la importancia de realizar

frecuentes reuniones entre los evaluadores, tanto durante el trabajo de entrenamiento previo como durante el proceso de análisis del material incluido en la investigación.

Cuando se utiliza el SOATIF-o para objetivos clínicos, no es tan importante la memorización de todos los descriptores, pero merece la pena discutir en grupo dichos descriptores durante el proceso de aprendizaje del sistema. De hecho la discusión sobre los matices y ejemplos que pueden darse en la evaluación de las sesiones con el SOATIF-o tiene por general un alto valor para la práctica clínica y la supervisión, al igual que para la investigación.

Descriptorios, conductas de los clientes

ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO

El cliente indica su acuerdo con las metas propuestas por el terapeuta

Después de que el terapeuta haya identificado o descrito de forma explícita el propósito de la terapia o las metas para el tratamiento, el cliente dice algo que indica que acepta la perspectiva del terapeuta. El cliente puede indicar explícitamente estar de acuerdo (“Si, eso esta bien”), o bien hacerlo de forma implícita (“Bueno, eso tiene sentido porque...”, o ”Empecemos entonces”).

El cliente describe o discute un plan para mejorar la situación

Por iniciativa propia o siguiendo la iniciativa del terapeuta, el cliente describe de forma explícita lo que va a hacer o lo que ha pensado en pro de una mejoría. Puede ser un plan meticulosamente elaborado, tal como “asegurarse de dar un elogio o premio cada día a cada miembro de la familia”, o una idea más difusa, como “intentar ver el lado bueno de la situación”. Para anotar la ocurrencia de este indicador el cliente debe expresar de forma explícita qué va a hacer, y no sirve una mera muestra de acuerdo con el plan o la idea propuesta por el terapeuta.

El cliente introduce un problema para discutirlo

Por iniciativa propia o siguiendo la iniciativa del terapeuta, el cliente identifica algo de forma específica que le gustaría tratar en la sesión (“creo que necesitamos hablar más acerca de como nos comunicamos cuando estamos enfadados”). Para anotar la ocurrencia de este indicador el cliente debe iniciar la conversación, y no sirve una mera muestra de acuerdo con la sugerencia del terapeuta o con la identificación del problema que hace el terapeuta.

El cliente acepta hacer las tareas para casa que se le sugieren

Bien una “tarea para casa” o “actividad a realizar fuera de la sesión” específicamente prescrita por el terapeuta (“para la próxima semana, me gustaría que...”), o bien una sugerencia más vaga (“una cosa que podrías intentar hacer que ha ayudado a otra gente en tu situación es...”). El cliente debe decir algo explícitamente que indique que llevará a cabo la tarea asignada. Asentir con la cabeza solamente o un “mm-mm” no es suficiente para señalar este indicador. Si, en cambio, el cliente hace una pregunta acerca de la tarea que sugiere que tiene pensado llevarla a cabo, tal como “¿debería también escribir todo lo que hace mi mujer?”, este indicador deberá marcarse.

El cliente indica que ha hecho una tarea o que la ha visto como útil

Se marcará este indicador si en respuesta a la pregunta del terapeuta acerca de la tarea (un plan específico o una sugerencia más general), o sin que se haya preguntado nada, el cliente menciona el valor de la tarea realizada o al menos indica que lo intentó. Si el cliente indica que decidió no llevar a cabo la tarea o que no encontró el momento para hacerla, entonces este indicador no debe señalarse.

El cliente expresa optimismo o indica que se ha producido un cambio positivo

Con o sin preguntas previas por parte del terapeuta, el cliente describe sentimientos de esperanza o su visión de que el cambio es posible. Se marcará este ítem si aparece una expresión clara de que “las cosas parecen ir mejor”, o que “podemos hacer un cambio”, o que “estamos consiguiendo algo ahora”, y también si se hacen referencias indirectas de optimismo, tal como “Bueno, siempre pienso en lo positivo de esto”. Optimismo implica esperanza de un cambio positivo, que puede ser un pequeño cambio de comportamiento, o algo más general como salvar un matrimonio o sacar a un adolescente de sus problemas. También se señalará este ítem en caso de que el cliente haga un comentario que se refiera a una visión positiva de la terapia, como “ahora que hemos venido aquí podremos por fin tratar esto”.

El cliente cumple las peticiones del terapeuta para discutir o representar alguna interacción delante de él

En respuesta a la solicitud explícita del terapeuta al cliente(s) para que haga o represente algo *en la sesión*, este lo hace. Aquí se pueden incluir comportamientos específicos, como mover las sillas para situar a un cliente enfrente de otro, o hablar con otro miembro de la familia acerca de algo que proponga el terapeuta (“por que no habláis entre vosotros dos e intentáis llegar a un acuerdo acerca de como vais a hacer...”). La acción solicitada no tiene necesariamente que ser una técnica activa elaborada (como una escultura de la familia por ejemplo.), sino simplemente seguir sugerencias del terapeuta para hacer algo o intentar algo diferente en sesión (respirar profundamente antes de hablar, darse la mano, mirar a los ojos...).

El cliente se inclina hacia delante (postura corporal)

Solamente se marcará este indicador cuando el cliente *se inclina hacia delante* en respuesta de atención o concentración a algo que se está tratando en la sesión o cuando le es planteada una pregunta por parte del terapeuta u otro miembro de la familia. Si el cliente esta sentado hacia adelante durante toda la sesión, sólo se señalará este ítem una vez. Si el cliente se mueve varias veces en el asiento en respuesta a lo que se esta discutiendo, cada vez que realiza este cambio de postura se hará una marca diferente en este indicador.

El cliente menciona el tratamiento, el proceso de terapia, o una sesión en concreto

Se señalará este ítem cuando el cliente saca a relucir la terapia como un tema (su valor, la necesidad de la misma, como se va desarrollando el proceso...). Por ejemplo: destacar que la pasada sesión trajo a colación otros muchos problemas, o que espera con ganas la próxima sesión, o preguntar al terapeuta cuánto tiempo cree que necesitara en terapia, o relacionar algo actual con una sesión en que se habló de ello, etc.. Si el cliente hace negativos que hacer acerca de la terapia, *no* se marcará el ítem (ver indicador negativo sobre “sentirse atascado”). Es más, el indicador *no* será tampoco marcado cuando el cliente simplemente responda a las preguntas que el terapeuta hace acerca de la terapia (“¿cómo te sentiste en la sesión de la semana pasada?”, o “¿crees que este tipo de trabajo con tu hijo aquí va acorde contigo?”, o “¿de qué te gustaría hablar hoy?”). Nótese que si el cliente menciona en el tratamiento en el contexto de mejoría u

optimismo (por ejemplo, “las cosas han estado yendo mejor desde que empezamos a venir aquí”), el indicador “el cliente expresa optimismo...” se marcará de forma prioritaria.

El cliente expresa sentirse “atascado” o dice que la terapia no ha sido o no es útil

Este ítem negativo se marcará cuando el cliente exprese explícitamente no sentirse satisfecho con cómo va yendo la terapia, la necesidad de la misma ó la dirección que está tomando. Este tipo de expresión negativa puede darse en respuesta a una pregunta del terapeuta o de otro miembro de la familia, ó ser una iniciativa propia del cliente. Este indicador no será señalado si la respuesta del cliente es vaga, tal como “no sé”, o “bueno, puede ser”, incluso si hace suponer que tiene una actitud negativa. Ese tipo de expresiones vagas o ambiguas pueden ser indicadores de otro indicador negativo, véase más abajo el indicador “*Mostrar indiferencia*”. En definitiva, para que este indicador sea marcado ha de expresarse insatisfacción de forma clara y abierta.

El cliente muestra indiferencia acerca de las tareas o del proceso de terapia (“hablar por hablar”, “no se”, “desconectar”).

“Hablar por hablar” se refiere a una aceptación o participación superficial cuando el terapeuta u otro miembro de la familia hacen preguntas o sugerencias. La indiferencia se puede mostrar de forma no verbal, como cuando se entretiene haciendo algo (vaciar los bolsillos, limpiarse las uñas...), o no siguiendo el hilo de la conversación, u observando alrededor de la sala lo que hay en ella. Al igual que con otros indicadores no verbales, hay que detectar algo más que un momentáneo despiste o pérdida de atención: para que este ítem sea marcado, los comportamientos no verbales necesitan ser muy obvios. De forma verbal los clientes pueden mostrar indiferencia mediante la expresión clara de pérdida de energía o de entusiasmo (decir con tono desanimado o escéptico “bueno, si tu quieres, se puede intentar”). La indiferencia suele captarse por el tono de voz. Otro tipo de comentarios más obvios pueden ser, por ejemplo: “bueno, pero dudo que a largo plazo sirva de algo”. No se marcará este indicador con niños pequeños, ya que se considera natural que se despisten durante la sesión.

SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO

El cliente indica que la terapia es un lugar seguro, un lugar en el que confía

Sin que sea necesario utilizar explícitamente la palabra “seguro”, el cliente puede decir cosas en las que esté implícito que se siente seguro. Este indicador requiere algún tipo de expresión verbal; los indicios no verbales no son suficientes para marcar este indicador. Ejemplos en los que se muestra de forma implícita que la terapia es un lugar seguro: cuando alguien dice haber decidido esperar hasta la sesión de terapia para hablar de algo con un miembro de la familia (dejando claro que considera que la sesión es un lugar seguro para afrontar esa discusión); o cuando el cliente dice algo como “bueno, aquí se puede llorar”, o “no sabía si tendría el valor de decírtelo, pero...”, o “me alegro de que al final lo hablemos aquí”. Lo importante es que el cliente sugiera que el contexto terapéutico es valorado por su seguridad, al margen de que además sea un espacio para resolver problemas. A veces el indicador puede aparecer en forma muy sutil, como por ejemplo: “no se muy bien como decirte esto, no me resulta fácil pero me lanzaré...” o “espero que no te moleste (a otro miembro de la familia) que diga esto, pero...”

El cliente varía su tono emocional durante la sesión (por ejemplo, se ríe o llora)

Este indicador se refiere a una variación de tono que sea ostensible. Naturalmente todos los clientes cambian el tono a lo largo de una sesión, pero este indicador se refiere a una variabilidad que incluye emociones como enfado, tristeza, miedo, alegría... emociones que se expresan mediante lágrimas, risa, palabras de enfado o tono de voz evidente. *No se marcará* este indicador si el cliente es neutral o está tranquilo durante toda la sesión o si el cliente llora o se muestra hostil y enfadado durante prácticamente toda la sesión. *Tampoco se señalará* este indicador si el tono es simplemente de inquietud o agitación. En otras palabras, emoción se refiere a sentimientos de tristeza, enfado, felicidad, o miedo. Nótese que este indicador *solamente podrá ser señalado una vez*, y no cada vez que el tono varía, ya que el indicador se focaliza en la detección de ductilidad o plasticidad de las emociones expresadas durante la sesión.

El cliente “abre” su intimidad (por ejemplo, comenta sentimientos dolorosos, comparte intimidades, llora, etc.)

Para marcar este indicador, o bien el proceso de la sesión está siendo difícil para el cliente (esto se muestra por ejemplo cuando llora), o el contenido de lo que el cliente está discutiendo le resulta difícil y doloroso (esto se muestra cuando hay balbuceos de inhibición o ansiedad, u otras expresiones verbales directas sobre qué difícil está resultando hablar de algo). A veces el mero contenido del mensaje del cliente sugiere una muestra de vulnerabilidad (en el sentido de abrir su intimidad sin defensas), como por ejemplo cuando un miembro de la familia pregunta a otro si le quiere, o cuando le pide abiertamente ayuda o perdón (en esos casos ese cliente se pone claramente en una posición “one-down” -solicita o inferior- en su interacción con otro miembro de la familia o con el terapeuta). La detección de este indicador conlleva cierta inferencia clínica o comunicativa. Se está valorando aquí si la comunicación parece resultar *difícil para el cliente*. Para algunos clientes, el hecho de admitir que tienen depresión o ansiedad es un signo de vulnerabilidad (expresada

en su tono de voz o en otras manifestaciones no verbales de incomodidad), mientras que para otros clientes admitir algo así no es en absoluto señal de vulnerabilidad.

El cliente adopta una postura corporal abierta (relajada; se ha de observar fundamentalmente la parte superior del cuerpo: tronco y brazos)

Aunque algunas personas se sientan de forma natural en una postura abierta, este indicador sólo se señalará cuando el cliente cambia a una postura corporal más abierta *en respuesta a lo que esta teniendo lugar en la sesión*. Este indicador también se señalará también (una sola vez en este caso) si el cliente de forma natural adopta esta postura corporal durante toda la sesión. Si el cliente cambia consecutivamente entre una postura abierta y una postura cerrada en respuesta a las interacciones que acontecen en la sesión, se marcará este indicador cada vez que adopte claramente una postura abierta.

El cliente revela un secreto o algo que otros miembros de la familia no sabían

Para marcar este indicador ha de ser claro que el cliente esta diciendo algo que es totalmente nuevo para otros miembros de la familia. (El "algo" ha de ser necesariamente significativo, no cuenta algo cotidiano como desvelar lo que el cliente cenó en una fiesta). La información puede ser un SECRETO que ha sido guardado deliberadamente (por ejemplo, el alcoholismo del padre, una infidelidad de la madre, un suspenso de un hijo). Pero también puede no ser exactamente un secreto propiamente dicho, sino más bien una información relevante que no era de conocimiento común en la familia, como por ejemplo que la hija ha alcanzado la pubertad o un enfrentamiento concreto que ha sucedido entre un hijo y su padre. Para que este indicador pueda ser marcado, el material de la revelación debe ser suficientemente significativo como para indicar que el que habla se siente lo bastante seguro en la sesión para decirles a los otros algo que guardaba o mantenía en privado anteriormente, por ejemplo, algo que no era seguro revelar en el domicilio.

El cliente anima a otro miembro familiar a abrirse o decir la verdad

Normalmente este indicador es señalado cuando uno de los padres de forma amable, no agresiva, estimula a un niño a que hable; pero también puede ser una interacción entre adultos, del tipo "Esta bien. Puedes decirselo al terapeuta", o "Bueno, este es el lugar de hablarlo sin tapujos", o "No vamos a conseguir nada si no me dices como te sientes realmente", etc. Para que este indicador sea marcado, el tono de voz ha de expresar que se anima al otro y no que se exige u oblige a sincerarse. Es decir, la expresión sugiere claramente que es seguro hablar de esas cosas en terapia.

El cliente pregunta directamente a otro miembro de la familia que opinen de él/ella como persona o de sus conductas.

Se corre cierto riesgo al pedir a otras personas su impresión sincera acerca de uno mismo. Este indicador será marcado únicamente cuando el cliente explícitamente busca una reacción acerca de su comportamiento, como cuando dice "¿tu crees que ahora me porto mejor?", o acerca de cómo los demás lo perciben: "¿Crees que estoy gordo?, ¿Crees que soy atractiva?, ¿Crees que soy un buen padre?, ¿Crees que soy suficientemente agradable con mi madre?". También se pueden incluir en este indicador las preguntas acerca de cómo otros interpretan el comportamiento del que habla, por ejemplo, "¿Por qué crees que lo hice?".

El cliente expresa ansiedad de forma no verbal (por ej., da golpecitos, se agita, se mueve).

Este indicador negativo implica falta de seguridad en el ambiente de la terapia. Aunque alguna gente es por naturaleza más ansiosa que otra, este indicador sólo se marcará cuando existe un signo claro y observable de ansiedad, tal como movimientos de agitación, voz temblorosa, manosear o estrujar algo, etc. Si la ansiedad continúa en el mismo nivel durante toda la sesión solamente se señalará una vez, a menos que la ansiedad sea tan elevada o disruptiva que justifique que se hagan marcas adicionales. Si la ansiedad aparece en respuesta a algo que se dice o que tiene lugar en la sesión, el indicador deberá marcarse cada vez que de forma abierta se manifieste esa ansiedad. Nótese que este indicador se refiere solamente a ansiedad *comunicada de forma no verbal*. Si el cliente habla acerca de lo ansioso que se siente en la sesión, el evaluador debe considerar prioritariamente si es aplicable indicador “abre su intimidad”, en el sentido de que el cliente está revelando su vulnerabilidad.

El cliente se protege de forma no verbal (por ejemplo, cruza los brazos sobre el pecho, no se quita el abrigo o deja el bolso, se sienta lejos del grupo...).

Los comportamientos de auto-protección pueden tener muchos significados y este indicador solamente se marcará cuando el contexto de la sesión sugiere que el cliente está a la defensiva. Por ejemplo, mucha gente cruza los brazos sobre el pecho por comodidad. Pero el indicador ha de ser señalado cuando el cruzarse de brazos se hace claramente en relación a lo que se está hablando en la sesión. Por ejemplo, el padre se cruza de brazos cuando el terapeuta le pregunta a la hija: “¿Como describirías la relación con tu padre?”. Otro ejemplo sería la mujer que se cruza de brazos cuando el marido empieza a hablar acerca de su falta de interés en el sexo. A veces el cliente puede cruzarse de brazos a su llegada a la sala de terapia, esto puede indicar una postura de defensa (si se descarta un movimiento casual o para descansar la fatiga). Si el cruzar los brazos no se relaciona claramente con lo que está pasando en terapia, *no ha de marcarse* este indicador. Si cruzar los brazos y/o otras muestras de defensividad no verbales claras ocurren durante la sesión (por ejemplo, mirar hacia abajo cubriendo la cabeza con las manos, piernas cruzada en el aire como creando una barrera, mirar a cualquier lado pero no a los miembros de la familia, el abrigo o el paraguas sobre las piernas, sentarse en una silla alejada que no está en el conjunto de sillas para la familia), se marcará este indicador. La inferencia clínica del observador juega un papel en este indicador: si el comportamiento parece defensivo o de auto-protección en el contexto de la sesión (tener el abrigo puesto, el bolso colgado, el paraguas en la mano, o alejar la silla del resto) hay que marcar este indicador.

El cliente rechaza o es reticente a responder cuando otro miembro de la familia le habla

Este indicador se señalará cuando, de forma verbal o no verbal, el cliente no responde a un mensaje directo (pregunta o comentario) de otro cliente. Un ejemplo es el silencio prolongado en respuesta a una pregunta, si el silencio indica una reacción negativa al requerimiento de otro miembro de la familia. Sin embargo, el silencio que tiene lugar porque el cliente está concentrado pensando qué decir no ha de ser señalado. Si es verbal, la respuesta ha de indicar claramente rechazo o reticencia a comprometerse en lo que se le está mencionando o pidiendo.

Expresiones verbales de reticencia son por ejemplo: “preferiría no hablar de eso”, “eso no es asunto tuyo”, “eso es personal”. Si el cliente responde en un principio con claro rechazo pero más tarde se ablanda y responde con reticencia, este indicador ha de ser igualmente señalado (siempre que la negativa o reticencia sea notable. Se puede mostrar rechazo o reticencia cuando el cliente evita responder a una pregunta desviando el turno a una tercera persona, como en este ejemplo: Marido(a la mujer):”Dime por que no quieres salir con mi hermana”; Mujer (al terapeuta):”Tendría que CONOCER a su hermana! ¡Me resulta insoportable!

El cliente responde defensivamente a otro miembro de la familia

La defensividad se evidencia cuando el cliente (sin llegar a una hostilidad abierta) responde a las críticas o peticiones de explicación o justificación de otro cliente con otras críticas o quejas. Con frecuencia, la respuesta defensiva es parte de un patrón de comunicación denominado “*contra-queja*”: un miembro de la familia se queja del comportamiento de otro y este a su vez responde con quejas del primero (en lugar de explicar o responder a sus quejas). Si la conducta defensiva se dirige al terapeuta no se debe marcar este indicador. Por otro lado, si el tono del cliente en sus respuesta es hostil o de ira, debe primero analizarse el indicador que dice “los miembros de la familia se culpan nos a otros”. Y si el comentario no es hostil sino que esencialmente devalúa o descalifica el punto de vista del otro, el indicador apropiado será el que dice “los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva”. En definitiva, la defensividad se indica cuando el cliente al que se la ha pedido explicación o justificación por alguna actitud, conducta, o decisión, responde a su vez quejándose o demandando algo en lugar de abordar lo que le dicen. Ejemplos (sin tono de hostilidad o agresividad abierta): “Me preguntas por qué me porto así con tu hijo, pero no dices nada de cómo te portas tu con tu hermana”, “Dices que no entiendes la razón de mi hostilidad pero TU estuviste agresiva la semana pasada, me gritaste dos veces”.

El cliente menciona de forma ansiosa/incómoda la cámara, los observadores, la supervisión, o los procedimientos de investigación.

Este indicador es señalado en el caso de que el cliente, de forma espontánea, mencione con muestras claras de ansiedad o incomodidad procedimientos del contexto terapéutico institucional. Ejemplos: “¿Le dices a tu supervisor todo lo que hablamos aquí?”, o “¿Cómo voy yo a saber que no vas a enviar la cinta al Centro de protección de Menor?”, o “¿Hay alguien nuevo en el equipo que yo no conozca?”, o “A veces me gustaría apagar esa cámara”. Un ejemplo de indicador no verbal se produce cuando un cliente mira a la cámara cautelosamente y después deliberadamente se inclina hacia adelante y habla en voz baja.

CONEXIÓN EMOCIONAL CON EL TERAPEUTA

El cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta.

Este indicador se refiere a una conexión en el comportamiento interactivo de ambos a través del humor, normalmente caracterizado por la risa. El comentario humorístico puede surgir por iniciativa del terapeuta o del cliente, pero es necesario para marcar este indicador es que ambas partes simultáneamente muestren compartir el humor o la broma.

El cliente verbaliza su confianza en el terapeuta

El comentario que hace el cliente puede ser una afirmación clara como “confío en ti”, o una observación que sugiera de forma más implícita esa confianza, tal como, “se que todo lo que diga aquí no va a salir de esta habitación”, o “esto es algo que no podría hablarlo con nadie”. El comentario debe ser algo más que un indicador de sentirse seguro/a en el contexto de la terapia, debe implicar un sentido personal de confianza hacia el terapeuta, un reconocimiento de que ese terapeuta en concreto es una persona digna de confianza. Ejemplos: “Confío en lo que me dices”, “Si tu lo dices seguro que funciona”. Para distinguir este indicador del que dice “se siente entendido o aceptado por el terapeuta”, el elemento crucial es mostrar que se *confía en el terapeuta* o confianza en que lo que se habla en terapia va a ser mantenido como confidencial por el terapeuta. Sin embargo, si el comentario indica que el cliente *siente que el terapeuta confía en él*, el indicador que ha de considerarse es “sentirse entendido o aceptado”.

El cliente expresa interés en aspectos de la vida personal del terapeuta

A veces el cliente hace preguntas sobre aspectos del terapeuta tales como si é esta casado o tiene hijos, o si se considera espiritual o religioso, o dónde nació se crió. Este indicador puede marcarse si el cliente hace una pregunta directa, o si en respuesta a una auto-revelación por parte del terapeuta el cliente responde con un comentario que hace muestra de interés en el terapeuta como persona. Por ejemplo, el terapeuta habla acerca de la tristeza que tuvo cuando murió su padre, y el cliente pregunta “¿eras muy joven?” o “¿tenías apoyo de tu familia?”. Este indicador NO ha de marcarse si el cliente pregunta acerca cosas como la titulación o experiencia profesional del terapeuta, o en el caso de que la pregunta sea formulada de una manera que implica estar a la defensiva, o falta de confianza, o “examinar” alguna actitud u opinión del terapeuta (por ejemplo, “¿qué piensas a cerca de los gays?”).

El cliente indica sentirse entendido o aceptado por el terapeuta

Este indicador implica algo más que el sentimiento de sentirse seguro y cómodo en la terapia; se requiere cierta muestra de que el cliente se siente valorado, respetado, o que el terapeuta confía en el. Ha de hacerse un comentario verbal de forma explícita tal como “se que *tu* no me juzgas como el resto de la gente hace”, o “podría decírtelo a ti que sabes apreciarlo, pero a nadie más”. También es posible marcar este indicador cuando hay una respuesta del cliente de tipo no verbal, tal como que el cliente rompa a llorar cuando el terapeuta le hace un comentario empático o de apoyo personal. No obstante, se ha de observar que las respuestas no verbales de este tipo sólo se marcarán si existen signos claros (en el contexto o

en la secuencia de interacción) de que el cliente expresa que se siente aceptado o entendido.

El cliente expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta

Este indicador se señalará cuando por ejemplo el cliente da la mano al final de la sesión, o pide un abrazo o un beso. Las muestras de afecto pueden ser transmitidas mediante comentarios como “¿te sientes mejor? te encontrabas realmente mal la semana pasada” o “lo que usted opine significa mucho en nuestra familia”.

El cliente imita, reproduce, la postura corporal del terapeuta

Para marcar este indicador es necesario que la postura corporal (obsérvese la posición de brazos y piernas) sea similar o simétrica. No es necesario intentar aclarar si es el terapeuta el que imita, o refleja, las posturas del cliente o viceversa. (Es decir la conexión que existe entre terapeuta y cliente se ve reflejada en la imitación de las posturas, no importa quien imita a quien.). Este indicador solo se señalada una vez por sesión, a no ser que el cliente esté, de forma clara y obvia, reflejando movimientos del terapeuta en momentos diversos bien identificados. El reflejo de la postura corporal, puede estar asociado a cierto tipo de cambios de postura específicos, como cuando el terapeuta cambia de postura moviendo el cuerpo hacia delante de forma notable cuando la conversación se hace más intensa y el cliente imita ese movimiento. Trabajando con adolescentes es frecuente que los terapeutas imiten la postura informal del adolescente.

El cliente evita el contacto ocular con el terapeuta

Para que este indicador no verbal sea señalado, el cliente debe, de forma clara y consistente, evitar el contacto ocular con el terapeuta. Incluso aunque haya de vez en cuando un contacto ocular muy fugaz, si el cliente evita el contacto ocular esperable por un período de tiempo considerable (cerca del minuto o más, no sólo unos segundos) entonces este indicador ha de ser marcado. También en momentos en los que el terapeuta hace una pregunta directa (como “¿Quieres que continuemos las sesiones?”) o dice algo directamente al cliente de manera que es esperable un contacto ocular, si el cliente evita hacer dicho contacto ocular este indicador se debe marcar.

El cliente rechaza o es reticente a responder al terapeuta

Este indicador se ha de señalar cuando, de forma verbal o no verbal, el cliente rehúsa responder a una petición directa—pregunta o comentario—por parte del terapeuta, indicando o bien una reacción negativa hacia el terapeuta o no querer dar explicaciones. Un silencio prolongado en respuesta a una pregunta es un ejemplo si, en esa situación dada, dicho silencio sugiere una clara reticencia o una negativa a tomar parte en lo que le están diciendo. El silencio que tiene lugar porque el cliente esta concentrado pensando en qué decir *no* se ha de marcar. Expresiones verbales de rechazo o reticencia clara son: “preferiría no hablar de eso”, o “no es asunto tuyo”, o “eso es personal”, “eso no viene a cuento ahora”. Cuando el cliente muestra claramente rechazo o rehúsa responder pero más tarde cede y responde con reticencia, este indicador ha de señalarse igual siempre que la negativa inicial haya sido notable o prolongada.

El cliente tiene interacción hostil o sarcástica con el terapeuta

Este indicador se señalará sólo si hay clara tensión en la sala y/o se expresa abiertamente enfado o ira, no simplemente cuando se expresa asertivamente un desacuerdo acerca de lo que se quiso decir o lo que se debería haber hecho. Este indicador esencialmente tiene una connotación de falta de respeto o devaluación de la persona del terapeuta por parte del cliente.

El cliente hace comentarios acerca de la incompetencia o inadecuación del terapeuta

Típicamente es el cliente que denominamos “rehén” el que hace comentarios cortantes acerca de la competencia del terapeuta. Este indicador se señalará cuando los comentarios del cliente sugieren que no cree que el terapeuta se comporte de manera terapéutica, o ética, o que no sabe lo que está haciendo, o que posiblemente no puede entenderlo, o que no tiene una titulación o formación adecuada, etc. Este indicador se refiere al problema del cliente en relación con la habilidad del terapeuta para trabajar con él que a los sentimientos que tiene hacia el terapeuta como persona. Las observaciones de devaluación o desprecio personal deben ser marcadas en el indicador “interacción hostil o sarcástica” y no en este indicador.

COMPARTIR EL PROPÓSITO DE LA TERAPIA DENTRO DE LA FAMILIA

Los miembros de la familia se ofrecen un acuerdo de compromiso

El ofrecimiento puede ser una iniciativa de la familia o respuesta a la solicitud del terapeuta para comprometerse. A veces la oferta de un cliente a otro es clara, como en “¿bueno, si yo hago esto, haces tu lo otro?”, o “estoy dispuesto a...si tu... “. En ocasiones un cliente puede comprometerse con una parte o aspecto parcial del acuerdo ofrecido (“bueno, puedo hacer esto...” o “yo si seria capaz de hacer esta parte...”. Generalmente el compromiso es sobre comportamientos, pero puede ser también algo cognitivo, por ejemplo “intentaré dejar de buscar lo negativo a todo, si tu lo haces también”. El terapeuta puede haber preguntado a cada miembro de la familia que piense en hacer algo positivo en relación a otros miembros de la familia, y si al cliente se le ocurre algo (como proponer “Yo ayudaré a mamá a poner la mesa”) podría considerarse un compromiso. Es importante no obstante que este tipo de declaraciones implique una situación de *quid pro quo*. Es decir, si el cliente simplemente se ofrece a hacer algo distinto sin que haya expectativas, implícitas o explícitas, de que otro miembro de la familia hará también algo en respuesta –reciprocidad-, el indicador adecuado a marcar no es este sino el que dice “el cliente describe un plan para mejorar la situación” (Enganche).

Los miembros de la familia comparten una broma o un momento gracioso.

Este indicador se marcará solo si el humor es evocado durante la sesión, no antes de empezar o cuando la gente se está marchando. Un momento de humor puede o no incluir al terapeuta, pero para que este indicador sea señalado, se necesita que haya alguna conexión entre los miembros de la familia. Por ejemplo, bromear uno con otro, o mirarse uno a otro cuando se están riendo juntos. No se marcará este indicador cuando una broma repercute negativamente en otro miembro de la familia, o cuando varios miembros de la familia se ríen de otro en tono de burla (para esos casos ver el indicador “el cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia”).

Los miembros de la familia se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista.

Este indicador es generalmente el precedente a una propuesta de compromiso. Para que este indicador sea marcado los miembros de la familia deben hablar de forma explícita unos con otros, y uno de ellos ha de preguntar a otro qué piensa, siente, cree, o quiere hacer. Ejemplos: “¿Cómo lo ves tu?”, o “¿qué crees que es lo que esta causando el problema?”, o “¿qué propones para resolverlo?”. Sin embargo ese indicador no será marcado ante meras preguntas para acordar sobre informaciones mundanas o superficiales del tipo “¿fue el miércoles o el jueves que tu...?”, o “¿quién dijo eso, mama?”. Tampoco este indicador deberá ser marcado ante preguntas con tono sarcástico. Y tampoco se marcará este indicador cuando las preguntas responden a una petición directa y estructurada del terapeuta, por ejemplo si ha preguntado “¿por qué no les preguntas ahora aquí a mamá y a papá que les parece tu plan?”, ante esta situación considere el indicador que dice “el cliente cumple las peticiones del terapeuta para discutir entre ellos o representar...”.

Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista

Aunque la validación se tiende a ver como algo positivo, por ejemplo “ya se lo que quieres decir”, o “eso es perfectamente comprensible”, no es necesario que el contenido sea positivo para señalar este indicador. Una pareja podría estar de acuerdo durante la sesión, por ejemplo, en que su matrimonio se acabó y que necesitan separarse (validando ambos el punto de vista del otro sobre la imposibilidad de seguir juntos). La validación puede estar mezclada con otros mensajes, tal como “aunque yo como madre que soy, me siento dolida con esta decisión, reconozco que tienes derecho a hacer lo que tu quieres”. Este indicador requiere cierta verbalización, no es suficiente basarse en simples movimientos de cabeza asintiendo o en expresiones de asentimiento del tipo “mm-mm”.

Los miembros de la familia reflejan-reproducen posturas corporales

Generalmente esto se hace de forma inconsciente y no deliberadamente. Para que este indicador sea señalado, al menos dos miembros de la familia han de estar en posturas similares con respecto a los brazos y a las piernas. Es importante tener en cuenta momentos específicos en los que alguien cambia de postura en respuesta a algo que se está hablando y otro miembro de la familia imita ese cambio.

Los miembros de la familia evitan el contacto ocular entre ellos

El contacto ocular es una experiencia personal y cultural. En general las personas mantienen buen contacto ocular con todo el mundo, así que al hacer eso no significa necesariamente que haya conexión. Sin embargo, evitar el contacto ocular con otros miembros de la familia durante la sesión, como por ejemplo cuando cada uno al hablar mira al terapeuta y nunca se miran entre ellos, es algo que resalta. Así, para que este indicador sea marcado, la evitación de ese contacto ocular ha de ser notable, consistente o prolongada. La evitación del contacto ocular entre los miembros de la familia es particularmente notable cuando uno de los miembros está hablando y los demás no le miran.

Los miembros de la familia se culpan unos a otros

Para determinar si la culpabilización está presente o no, se necesita distinguir entre expresar culpabilización versus expresar simple responsabilización a otro por una acción o problema. La culpabilización va generalmente expresada en el tono de voz e implica un error o falta en el otro. La culpabilización suele ser indicada cuando el cliente describe una situación específica o un problema como algo claramente evitable, causado intencionadamente, o debido a una actitud negativa por parte de otro(s) miembro(s) de la familia. Términos concretos como “culpa”, “si solamente no hubieras...”, “fallaste” no siempre están presentes explícitamente. La culpabilización puede también expresarse de una forma extremadamente negativa, acusatoria o peyorativa. Para que este indicador sea diferenciado de los indicadores “devalúan la opinión o perspectiva de de los otros” y “hacer comentarios hostiles o sarcásticos”, un cliente ha de culpabilizar a otro *de algo*(generalmente del problema que se está tratando), o de haber hecho o no haber hecho algo, de haber tomado una decisión errónea, etc. Ejemplos de este tipo: “¡tu problema con la bebida es la causa de nuestros problemas!”, o “¡mi hijo perdió su trabajo porque cree que puede llegar tarde y a su jefe le va a dar igual!”, o “¡tu te escabulliste tanto como yo cuando llego el momento de ser padres!”

Los miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros

Este indicador se marca si verbalmente un cliente dice algo para contradecir el punto de vista de otro de una forma que muestra falta de respeto. Este indicador puede ser señalado si la declaración se hace con enfado, pero no si se hace con sarcasmo o con desprecio, véase para esos casos el indicador “hace comentarios hostiles o sarcásticos”. Ejemplos: “¡Tu no tienes el derecho a preguntarme esto!”, o “¡ese será tu punto de vista, pero eso es simplemente porque no te importa un comino!”, o “¿quién te da a ti derecho a hablarme así?”. El aspecto central de este indicador es que los clientes no se escuchan unos a otros de una forma aceptable, no reconocen que el otro sea una fuente válida. La característica principal es la falta de respeto del punto de vista más que la propia hostilidad. Nótese que si se está culpando (por ejemplo, atribuir la culpa por haber hecho o dicho algo) se ha de considerar preferentemente el indicador “los miembros de la familia se culpan unos a otros”. También hay que tener en cuenta que devaluar la perspectiva del otros es distinto que estar simplemente en desacuerdo (por ejemplo, las expresiones del tipo “vale, ese es tu punto de vista, pero yo creo que estas equivocado, yo hago otro análisis” indican desacuerdo pero no devalúan el punto de vista del otro.

Unos miembros de la familia tratan de alinearse con el terapeuta en contra de otros

Expresiones verbales de este indicador incluyen que un cliente pida interesadamente al terapeuta en medio de la discusión con otro miembro de la familia que decida quién tiene razón, o directamente pida al terapeuta que se posicione a favor de una parte, o que intervenga de una forma determinada con alguien, o bromear con el terapeuta a costa de otro miembro (con connotación de burla). Hay que poner atención sobre el hecho de que la expresión “en contra” no siempre implica necesariamente un desacuerdo. Puede ser que simplemente un miembro de la familia agudice un enfrentamiento al incluir al terapeuta en su bando. Ejemplos de este tipo de coaliciones más sutiles son: decirle al terapeuta por ejemplo “¿puedes repetirle otra vez lo que le dijiste la semana pasada?”, o “mi padre necesita que se le diga que tiene que ir al medico a revisarse el corazón”. Otro ejemplo típico: un adolescente le dice a otro en presencia de su madre “¡tu a quien tienes que hacer caso es al terapeuta, no a mamá!”.

El cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia

Para que este indicador sea marcado es necesario que se de una interacción cargada de desprecio u hostilidad, no una mera discusión. Insultar, caricaturizar con sarcasmo, o amenazar son algunos ejemplos. La interacción debe implicar no solamente falta de consideración al punto de vista del otro —ver para ese caso el indicador “devalúan la opinión o perspectiva de otros”-, sino rabia, condescendencia, desprecio, o disgusto. No obstante, si se está expresando culpabilización (por ejemplo, haber fallado por haber hecho o dicho algo) ha de considerarse prioritariamente el indicador “los miembros de la familia se culpan unos a otros”. Bromear con unos de los miembros de la familia a expensas de otro miembro (es decir, “reírse” negativamente de otro) puede ser también un ejemplo de este indicador broma conlleva hostilidad o sarcasmo.

Los miembros de la familia no están de acuerdo entre sí sobre el valor, el propósito, las metas, o las áreas de la terapia, o sobre quién debe ser incluido en las sesiones.

La discusión o el desacuerdo han de ser claros, *no* cuentan situaciones implícitas o simplemente muestras no verbales. Es más, este indicador solamente será señalado si el desacuerdo o la discusión es entre los clientes, no entre uno de los miembros de la familia y el terapeuta (para este caso, véase el indicador “se siente atascado, cuestiona el valor de la terapia o afirma que no ha sido o no es útil” de la dimensión Enganche). Este indicador debe ser marcado prioritariamente respecto al indicador “miembros de la familia tratan de alinearse con el terapeuta en contra de otros” cuando el centro del desacuerdo o la discusión es acerca de las metas, las áreas, o el valor de la terapia, como por ejemplo en esta expresión: “¡Oíste lo que dijo el terapeuta! ¡Por supuesto que necesitamos venir aquí!”. Otros ejemplos muy comunes: “si tu no te tomas esto en serio, venir aquí no tiene sentido”, o “¿Por qué viene él? ¡El NUNCA pone nada de su parte!”.

Descriptor, contribuciones del terapeuta

CONTRIBUCIÓN DEL TERAPEUTA AL ENGANCHE EN EL PROCESO

El terapeuta explica cómo funciona la terapia.

Este comportamiento incluye todo tipo de explicaciones sobre el proceso de terapia: tiempo (duración de las sesiones, longitud del tratamiento, intervalos entre sesiones), actividades, métodos o modelos teóricos, formatos (individual, grupal, familiar), equipo de trabajo, formularios de consentimiento, obligaciones legales/institucionales, uso de grabación u observación por otros, etc.

El indicador solo debe ser marcado cuando se da una explicación con cierto nivel de detalle y activamente, aunque esta sea en respuesta a alguna pregunta del cliente.

No deberán ser marcadas descripciones de la terapia incompletas o indecisas, tampoco se marcará si el terapeuta hace una contestación vaga a una pregunta del cliente, como en este ejemplo:

CLIENTE: ¿Tienen que venir mis padres siempre?

TERAPEUTA: Ya veremos. La terapia puede ser con padres o no.

Sin embargo, si el terapeuta hubiera contestado como sigue el comportamiento sí se marcaría: “podría ser que no siempre fuera necesario. En el transcurso de la terapia podemos decidir todos juntos qué personas pueden aportar algo en la sesión, dependiendo de lo que todos nosotros consideremos útil. En este caso, nadie se siente obligado si decide que no quiere o que no debería venir” o bien “nuestra forma de trabajo implica que esa decisión sea tomada de acuerdo entre todos. Su participación es muy importante en cómo trabajamos aquí”.

NOTA: Si los formularios de consentimiento o el uso de grabación/observación son simplemente mencionados en la explicación de cómo se hace la terapia, este indicador debe ser marcado. Pero si la privacidad o confidencialidad se comentan, se recalcan, o explican de forma específica en respuesta a una pregunta del cliente, se marcará en su lugar este indicador de Seguridad: *“El terapeuta proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad”*

El terapeuta pregunta al cliente acerca de qué quiere hablar en la sesión *

Con este comportamiento el terapeuta ayuda a los clientes a ver que ellos tienen un papel en decidir sobre qué trabajar en la sesión. El comportamiento puede ser una pregunta abierta (“¿En qué te gustaría trabajar hoy?”) o una invitación a comentar el plan del terapeuta para la sesión; ejemplos de este tipo son: ofrecer al cliente la opción de modificar las tareas para ese día o introducir nuevos temas de conversación (“Tenía pensado que la sesión de hoy fuera dedicada a hablar sobre los cambios de Juan en el colegio, pero me gustaría preguntarte si te parece bien o si piensas que hay algo más que deberíamos hacer hoy”).

El terapeuta estimula al cliente a definir sus metas en la terapia.

El terapeuta puede hacer esto en la fase inicial del tratamiento. Por ejemplo, preguntando a los miembros de la familia *qué les gustaría conseguir en la terapia o qué cambios en la familia tendrían que conseguirse para que consideren que la terapia es útil*. Por ejemplo: “¿Qué tendrían que notar que empieza a cambiar para sentir que merece la pena venir aquí?”

En etapas más avanzadas de tratamiento, el terapeuta puede pedir al cliente su participación en la definición, redefinición o simplemente anotación de las metas. Ejemplo: “Ahora que hemos descartado que tu hijo esté consumiendo heroína, ¿en qué te gustaría que nos centrásemos en la terapia?” la diferencia entre este comportamiento y el del punto anterior es que aquí el terapeuta está alentando la articulación de una meta del tratamiento, un objetivo o un resultado, no simplemente un tema de discusión en la sesión en curso.

El terapeuta pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión *

Preguntando a los clientes si están preparados para hacer algo determinado durante la sesión antes de seguir haciéndolo, el terapeuta está dando a entender que la decisión final es de los clientes. Ejemplos de este indicador podrían ser: “Me gustaría que representaran aquí y ahora la misma conversación que tienen en casa. ¿Qué les parece? ¿Piensan que podrían hacerlo?”, o “Hay algo que creo que podría ser útil si están dispuestos a llevarlo adelante. Es algo diferente que...”. El indicador no debe marcarse si el terapeuta está haciendo simplemente una pregunta retórica o por cortesía y en realidad no se le está dando al cliente la opción de negarse, como en estos ejemplos: “Vamos ahora a tu discusión de casa. María, por favor, siéntate en la silla junto a tu marido y...”, o bien “¿Qué dirías de intentar esto otra vez, pero ahora más convincentemente? Vamos, inténtalo de nuevo.”

NOTA: Marcar el indicador *sólo una vez* si el terapeuta pregunta varias veces seguidas sobre la misma tarea. Sin embargo, si el terapeuta propone otra vez la tarea más tarde en la sesión y vuelve a preguntar por la disposición del cliente, el indicador podría ser marcado otra vez.

El terapeuta pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación-sugerencia o hacer una tarea en casa (o fuera de la sesión).

Con este comportamiento, el terapeuta pregunta o da a entender un claro interés en la opinión que tiene el cliente sobre su sugerencia de hacer o pensar sobre algo nuevo durante el intervalo entre sesiones o sobre una determinada tarea para casa que se le propone. (Si la sugerencia es sobre hacer algo en la sesión, en lugar de este indicador debe ser marcado el anterior). Por lo general, este comentario tiene lugar después de que el terapeuta haya ofrecido una sugerencia o tarea concreta (“Estamos considerando el que vayáis juntos a recoger a vuestra hija como una forma de mostrar interés en ella. ¿Qué os parece? ¿Lo veis razonable o posible de hacer?”). En ocasiones, el terapeuta puede hacer esta contribución mientras define o describe una tarea para casa (“El equipo sugirió una tarea para esta

semana, pero requiere que los dos estéis juntos en esto. ¿Estáis preparados para ir juntos a hacer algo? ¿Os gustaría oír qué me sugirió el equipo?).
 NOTA: Marcar el indicador sólo una vez si el terapeuta pregunta lo mismo repetidamente sobre la misma tarea para casa. Sin embargo, si el terapeuta propone otra vez la tarea más tarde en la sesión, el indicador podría ser marcado otra vez.

El terapeuta pregunta al cliente por el impacto o el valor de una tarea para casa asignada previamente *

Ejemplos de este indicador: “En la última sesión hablamos sobre una tarea para hacer durante la semana. ¿Cómo fue? ¿Qué ocurrió?”, “La última vez me pareció que encontraron interesante mi sugerencia de planear un viaje con vuestro hijo. ¿Seguisteis adelante con esa idea?”, “¿Cómo de útil fue la tarea para casa?”. Ocasionalmente los clientes pueden indicar que no hicieron la tarea o sugerencia hecha en la sesión anterior. Aún así el indicador debe ser marcado si el terapeuta pregunta por el impacto o el valor de la tarea, como en el siguiente ejemplo: “Aunque no hayan hecho la tarea, ¿han pensado o hablado juntos de ello?” “No lo encontraron útil o ¿quizás pensaron que era demasiado complicado o estresante?” “¿Podría ser que lo que os sugerimos asustó un poco a alguno de vosotros?”

El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir *

El optimismo sobre el cambio puede expresarse de varias formas, por ejemplo: “¡Increíble! ¿Estás diciendo que (*el problema, la dificultad, el síntoma*) no ha vuelto a ocurrir?!”, “Es un pequeño cambio, pero no tengo dudas de que esto es un claro signo de mejoría”, “Lo que dices sugiere una mejoría. Esta semana sólo ocurrió dos veces pero antes siempre ocurría tres o cuatro veces en una semana.” “Esto indica que vas a conseguirlo.” Algunas veces el terapeuta puede ofrecer esperanza explícitamente, por ejemplo de la siguiente manera: “Incluso pensando que las cosas están realmente complicadas ahora mismo, puedo ver una chispa entre vosotros, y esto significa que todavía hay algo intenso que se mantiene vivo en vuestra relación. Yo tengo la esperanza de que nuestro trabajo en la terapia puede generar cambios.”

El terapeuta captura la atención del cliente (por ej.: inclinándose deliberadamente hacia delante, llamándolos por el nombre, dirigiéndose a él/ella directamente, etc.)

Para que este indicador sea marcado, el cliente (o los clientes) al que se dirige el terapeuta debe haber estado en silencio o retirado durante un período de tiempo o haber respondido sólo superficialmente (por ejemplo con monosílabos). Sin embargo, si el terapeuta se inclina hacia delante o nombra a un cliente que ha estado hablando (o mostrando emociones activamente como llorar), este indicador NO debe ser marcado. El comportamiento supone explícitamente un intento claro de implicar a alguien o a algún grupo de clientes que han estado en silencio o sin involucrarse. Si el comportamiento del terapeuta es no verbal, este debe ser un cambio evidente en la postura corporal. Inclinándose hacia delante el terapeuta comunica

claramente atención y concentración, interés en lo que el cliente está diciendo o experimentando en ese momento, destacando la relevancia de esta comunicación. El comportamiento NO será marcado si el cambio en la postura sugiere cansancio u otros motivos diferentes a capturar la atención de alguien que ha estado callado o retraído (como por ejemplo cuando el terapeuta se inclina hacia delante para anotar algo, coger un objeto, etc.)

El terapeuta pregunta si el cliente tiene alguna duda o pregunta que hacer.

Este comportamiento se refiere a toda clase de ofrecimientos claros y directos al cliente para hacer preguntas relacionadas con el contenido o el proceso de la terapia,. Por ejemplo: “Antes de que continuemos, ¿tienen alguna pregunta o asunto que le parezca que debemos comentar?”. Este indicador no debe ser marcado si el terapeuta simplemente pregunta por reacciones generales (del tipo: “¿Qué tal es este plan para ti?” “¿Estas de acuerdo con lo que hemos estado hablando?”).

Este indicador puede marcarse también cuando el terapeuta pregunta si el cliente tiene alguna duda o pregunta que hacer justo después de haber hecho otra intervención de enganche (por ejemplo, durante el mismo turno de palabra), como en los siguientes ejemplos: “La terapia es voluntaria y ustedes van a decidir si...(sigue explicando cómo funciona la terapia)... ¿tienen alguna pregunta sobre lo que les acabo de explicar?”, o “Así que, ¿están dispuestos a intentar esto en casa? ¿verían posible y razonable intentarlo juntos esta semana?...¿hay algo que quieran preguntar sobre esto antes de terminar la sesión de hoy?”. Cuando ocurre como en este último ejemplo, que el terapeuta primero pregunta al cliente sobre su disposición para hacer una tarea para casa y después pregunta si el cliente tiene alguna pregunta o duda, se deberán marcar ambos indicadores.

El terapeuta elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar.

Con este comportamiento el terapeuta elogia todas las expresiones, directas o indirectas, de motivación para conseguir involucrarse en la terapia o para trabajar hacia un cambio. La motivación del cliente puede ser expresada explícitamente (“estamos verdaderamente emocionados con lo que estamos haciendo aquí”) o implícitamente (“estamos dispuestos a venir más a menudo si esto ayudase a mejorar las cosas”). El elogio del terapeuta debe ser claro para que este indicador sea marcado, por ejemplo: “¡Excelente! Esto es esencial para que nuestro trabajo tenga resultados”, “¡Muy bien! Tu participación y disponibilidad de compromiso es lo más importante”, o “Me hace feliz verte a ti motivado y tan dispuesto a trabajar”.

El terapeuta define metas terapéuticas o impone tareas o procedimiento sin pedir la colaboración del cliente.

Para que este indicador sea marcado, es importante comprobar que no hay una pregunta directa del terapeuta pidiendo la opinión del cliente sobre metas, o tareas, o procedimientos. La esencia de este indicador es que cuando está dando instrucciones para una tarea para casa, para una acción de cualquier tipo en la sesión, o para cualquier otro procedimiento en el tratamiento, el terapeuta impone su voluntad sin considerar la opinión del cliente. Se marca este indicador cuando vemos que el terapeuta no explica

sus argumentos, no pregunta si los clientes entienden y no usa un tono de voz interrogativo. Ejemplos: “En la siguiente sesión os veré por separado. Quiero que uno venga por la mañana y el otro por la tarde”, en este caso se marcaría el indicador. Pero no se marcaría si fuese como sigue: “En la siguiente sesión, ¿podría ver a cada uno por separado?”. Otros ejemplos: “Bien, después de consultar con el equipo, aquí está vuestra tarea para esta semana: tu vas a recoger a José todos los días al trabajo y después...”; “en lo que queda de esta sesión os turnaréis para preguntarme y no quiero que habléis uno al otro”. Una precaución importante a tener en cuenta: el hecho de no preguntar a los clientes puede estar basado en un acuerdo anterior con ellos que permite al terapeuta usar su criterio en la imposición de tareas y procedimientos. En estos casos el indicador no se marca. Es decir, hay ocasiones en las que una conversación previa o algún acuerdo establecido anteriormente en la sesión (o en una sesión anterior) ha dado al terapeuta permiso para ofrecer directivas o instrucciones sin consultar con los clientes. Por ejemplo, trabajando con una pareja muy conflictiva y problemática, si el nivel de conflicto parece insostenible para el terapeuta, el terapeuta y la pareja pueden llegar a un acuerdo claro y consensuado para verlos individualmente. Así que, cuando se informa a los clientes de que se les verá por separado en la siguiente sesión no hay necesidad de consultarlos porque estaba ya marcado en un acuerdo previo que se haría así.

Esencialmente, este indicador hace referencia a momentos o episodios en los cuales el terapeuta indica las metas de la terapia de manera unilateral o en estilo impositivo. Por ejemplo, un terapeuta que trabaja con un adolescente y sus padres dice, “lo que tenemos que conseguir en terapia es aumentar tu habilidad para disciplinar a José con respecto a sus hábitos de estudio, para que así no fracase en la escuela”. En este caso, el terapeuta afirma la meta del tratamiento sin preguntar por la opinión o confirmación de los clientes. Sin embargo no hay que confundir esto con situaciones en las que el terapeuta ya ha negociado activamente las metas del tratamiento con los clientes y solamente hace un resumen de lo que se espera por lo tanto conseguir en el tratamiento; en estos casos el indicador no se marca. Un ejemplo de este tipo: “De acuerdo, entiendo que todos queréis que esta terapia elimine los conflictos que estáis teniendo con la educación de José”.

*El terapeuta discute con el cliente acerca de la naturaleza, propósito, o valor de la terapia **

Este indicador requiere subjetividad. Obviamente, la opinión del terapeuta sobre la naturaleza, propósito o valor de la terapia puede diferir de la del cliente. Pero el indicador se marcará cuando un cliente devalúa lo que está ocurriendo o la necesidad en sí de hacer terapia, y el terapeuta confrontativamente le dice al cliente que está equivocado o que la terapia es el único camino para que se puedan realizar los cambios, entrando así en una discusión. Lo importante de este indicador es captar cuando la participación del cliente es afectada negativamente porque se produce una confrontación abierta (incluso aunque no sea especialmente hostil) con el cliente sobre el proceso del tratamiento, como en este ejemplo:

Cliente: No veo como la terapia puede cambiar lo que alguien hace. Esto depende de la personalidad de la persona y pienso que las personalidades básicas de la gente nunca cambian.

Terapeuta: La terapia sí que sirve para cambiar a las personas. Como profesional se que esto es lo que se necesita en vuestro caso.

Cliente: No creo que la terapia pueda cambiarme.

Terapeuta: Tú no puedes saber lo que hace la terapia.

Sin embargo, si el terapeuta refleja una visión diferente del proceso de terapia pero evita meterse en confrontación con el cliente. En casos como este, el indicador NO debe marcarse:

Cliente: No veo como la terapia puede cambiar lo que alguien hace. Esto depende de la personalidad de la persona y pienso que las personalidades básicas de la gente nunca cambian.

Terapeuta: Sí, el cambio es complejo, influyen muchas cosas. Quizás lo importante es qué piensas que debe cambiar y cómo lo ves tú personalmente. ¿Qué cambios has experimentado desde que empezó el problema?

El terapeuta critica cómo hizo el cliente una tarea para casa (o le critica por no hacerla).

Incluso si el terapeuta no critica claramente al cliente por no hacer la tarea para casa ("Deberías haber hecho esto. Es por tu propio bien"), la culpabilización puede ser sutil pero aún así perjudicial. Ejemplos: "Bueno, se que tuviste una semana ocupada, pero, ¿esto no es una excusa?"; "No vamos a conseguir nada si no cooperas"; "Voy a insistir en que hagas la tarea para la próxima semana". Podría incluso darse una amenaza de que sin la cooperación del cliente se pondría fin a la terapia, "No tiene sentido que vengas aquí si no vas a hacer las cosas que te pido para casa". Cuando el cliente intentó hacer la tarea y no la completó o la hizo mal, el indicador sólo debe marcarse si el comentario del terapeuta conlleva crítica, "Esto no es lo que habíamos hablado. La próxima vez, asegúrate de que entiendes la tarea antes de empezar", o "Bueno, a ver si te centras más y lo repites mejor la próxima semana".

CONTRIBUCIÓN DEL TERAPEUTA A LA CONEXIÓN EMOCIONAL CON EL CLIENTE.

El terapeuta comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente *

Este indicador se refiere a una compenetración del terapeuta con el cliente a través del humor, generalmente señalado por risas. El comentario puede ser iniciado por el terapeuta o el cliente, pero ambas partes tienen que implicarse en el humor a la vez. Las señales típicas de este indicador son sonrisas, risas, gestos simpáticos humorísticos.

El terapeuta expresa confianza o que cree en el cliente *

El terapeuta alienta verbalmente a los clientes con comentarios que expresan confianza en la capacidad de los miembros de la familia para lograr una meta o intentar un nuevo comportamiento. Ejemplos de este indicador son: “Se que lo puedes hacer”, o “Ya se que es duro, pero yo tengo fe en ti” o “Te he visto hacer esto en otras ocasiones” o “Un aspecto de vuestra familia que sigue impresionándome es vuestra fuerza. Con esta fuerza no tengo duda de que seréis capaces de hacer estos cambios...”.

El terapeuta expresa interés en el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha.

Esto ocurre por ejemplo cuando el terapeuta recuerda algún detalle que el cliente compartió en una sesión anterior. “Recuerdo que tu padre iba a operarse. ¿Cómo fue la operación?; “Estuviste de vacaciones allí antes, ¿no?”. El indicador NO debe marcarse si el terapeuta se entretiene en una conversación sobre algo externo a la terapia pero no expresa específicamente *interés en el cliente*. Por ejemplo, si los clientes informan de que fueron a cenar a un nuevo restaurante y el terapeuta pregunta por detalles del restaurante, el indicador NO se señalaría. Sin embargo si el terapeuta pregunta sobre la reacción de los clientes a esa noche mostrando interés en ellos (“¿Cómo fue la experiencia de probar ese restaurante? ¿Disfrutasteis del restaurante?”), el indicador SI se marcaría. Si el terapeuta inicia o cambia el tema hacia algo no relacionado con la terapia en un intento de aliviar ansiedad, en lugar de marcar este indicador hay que marcar este otro de la dimensión de Seguridad: *“El terapeuta cambia la conversación hacia algo agradable o que no genera ansiedad”*.

El terapeuta expresa afecto o toca afectivamente al cliente dentro de lo apropiado al contexto profesional (por ej., darle la mano, una palmada, etc.)*

Además de dar la mano y palmadas, este indicador incluye otras expresiones afectivas del terapeuta, como acercarse para coger o tocar algo (un cuadro, una fotografía, un periódico, un sombrero) que el cliente trae a la sesión para enseñárselo al terapeuta (o que llama la atención del terapeuta). Este indicador también se marcará si el terapeuta usa palabras cariñosas con los niños (cariño, corazón, etc.). Si el terapeuta hace el mismo gesto (por ej., dar

la mano) con más de uno de los miembros de la familia al comienzo y al final de la sesión, el indicador solo se señala una vez. Si hay gestos separados con diferentes miembros de la familia (por ej., chocar la mano de un niño al comienzo de la sesión y dar la mano a los padres para celebrar un logro durante la sesión), el indicador puede ser marcado separadamente para cada una de las conductas.

El terapeuta desvela sus reacciones o sentimientos personales hacia el cliente o hacia la situación.

Este indicador refleja la implicación personal del terapeuta en la sesión. El terapeuta revela algo sobre su experiencia interior durante la sesión. Ejemplos de este indicador: “He sentido mucha pena mientras estabas llorando”; “Cuanto más hablamos de eso más triste me siento”; “Estoy emocionado por lo que acabo de oír. Todos vosotros parecéis tener mucha energía para trabajar juntos ante las dificultades”; “Estoy confuso por vuestro silencio esta semana. Me pregunto si estáis enfadados conmigo”; “Me preocupa que hayáis cancelado varias sesiones las últimas semanas. ¿Qué es lo que pasa?”. Hay que poner atención en diferenciar este indicador del siguiente, que se refiere a desvelar algo sobre la vida personal del terapeuta.

El terapeuta desvela algún aspecto de su vida personal *

Para que este indicador sea marcado, el terapeuta debe desvelar alguna información personal que no hubiese sido conocida por el cliente de otra manera. La revelación personal puede ser espontánea o en respuesta a una pregunta del cliente. Por ej., “Crecí en una familia grande. Tengo siete hermanos”; “Me crié en el sur”; “Tengo dos niños”; “Voy a ir de vacaciones a _____”; “La pasada noche fuimos a ver los fuegos artificiales”. Si la revelación incluye similitudes con la experiencia del cliente, incluso en algo no relacionado directamente con la terapia, revisar en su lugar el indicador siguiente (El terapeuta señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias)

NOTA: Este indicador no debe marcarse cuando el terapeuta da información sobre su orientación terapéutica o similar, a menos que esta incluya algún dato personal, como dónde se formó y que le impulsó a elegir un modelo, etc.

El terapeuta señala o describe similitudes con el cliente en sus valores o experiencias.

Marcamos este indicador cuando el terapeuta comparte alguna experiencia o valor personal y comenta en qué es similar a la experiencia o valor del cliente. Este indicador tiene prioridad sobre el anterior (“revelar algún aspecto personal”) si la revelación personal incluye alguna relación con la experiencia del cliente. Ejemplos: “Cuando estaba en la facultad, también me ponía muy nerviosa y enfadada con los exámenes”; “Yo necesitaba mucho como tu la privacidad e independencia cuando tenía tu edad”; “Estoy de acuerdo, pienso que es importante que los padres se hagan responsables de la disciplina”; “Recuerdo cuando mis propios hijos eran pequeños, y como tú, a veces me sentía agobiado por tener que vigilarlos continuamente. Para mí fue esencial poder relacionarme con otros adultos para des-agobiarme de los niños en esa época”.

Cuando el comentario del terapeuta no está relacionado con la terapia y lo que expresa es una coincidencia o similitud con el cliente (“También he comido allí. ¡Probaste el cocido!”), considerar prioritariamente el indicador anterior (“El terapeuta desvela algún aspecto de su vida personal”).

El terapeuta expresa explícitamente empatía (verbal o no-verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes (por ej., “Se lo duro que debe ser”, “Siento su dolor” o llora con los clientes).

La empatía es por lo general una expresión de comprensión de la experiencia de otra persona. El elemento crucial en este indicador es que el terapeuta transmite el mensaje de que entiende la experiencia del cliente. Además de los ejemplos citados arriba (por ej., llorar con el cliente), el terapeuta puede hacer afirmaciones que reflejan comprensión de las dificultades del cliente. “Es humillante para vosotros tener que ir al tribunal por esos asuntos familiares privados”; “Verdaderamente no tuviste ningún apoyo de tus padres cuando estabas creciendo, y entiendo que no quieres que pase igual con tus hijos”; “Se que da miedo cuando tu madre grita de esta manera”. Expresiones no-verbales que sean claras y bien marcadas también pueden señalarse, como inclinarse hacia delante o llorar cuando un cliente relata algo doloroso, pasarle el brazo sobre un hombro si muestra mucho desconsuelo. Si la conducta no-verbal es ambigua (no claramente relacionadas con las dificultades o dolor del cliente), el indicador no debe ser marcado.

NOTA: Si el mensaje del terapeuta en un solo turno de habla incluye normalización, se debe tomar una decisión sobre si marcar este indicador o el siguiente, dependiendo de qué aspectos de esa intervención del terapeuta parecen más notorios o significativos. Sin embargo, ambos indicadores pueden ser marcados si la conducta de empatía y la normalización ocurren en diferentes turnos de habla.

El terapeuta normaliza la vulnerabilidad emocional del cliente (entendiendo que llorar, mostrar sentimientos dolorosos, etc. son muestras de vulnerabilidad del cliente).

Acoger o normalizar la vulnerabilidad emocional del cliente se diferencia de la empatía en que las declaraciones del terapeuta afirman explícitamente que las reacciones del cliente son comprensibles, esperadas o “normales” considerando las circunstancias. El terapeuta puede por ejemplo comentar, en términos generales, cómo otras familias han expresado emociones similares. Algunos ejemplos son: “[a una madre soltera] He trabajado con muchas madres solteras durante años y un tema común ha sido su deseo de tener más tiempo para ellas. Es comprensible que desees un descanso en tu constante responsabilidad del cuidado de los hijos”; “[a un nuevo padre acogedor o adoptivo] Convertirse en padre adoptivo de hijos adolescentes es un desafío impresionante. Es comprensible que a veces te sientas frustrado y confuso”; [a uno o a los dos miembros de una pareja] Veo que estos desacuerdos te hacen llorar. Eso está bien, entiendo que es realmente doloroso para ti y suele ser muy sano expresar esos sentimientos”, o “A menudo los miembros de una pareja se enfadan más el uno con el otro que con sus hijos cuando hay desacuerdos sobre la disciplina. Es algo que he visto aquí en muchos padres”; “[a un adolescente] Te sientes como si no tuvieras ningún poder o influencia en tu familia. Es normal que quieras que

tus padres se den cuenta de que estás creciendo y puedes tomar decisiones. Puedo entender que estés frustrado. Siempre resulta difícil imaginarse cómo convencer a los padres para que confíen en ti”.

NOTA: Cuando la normalización es no verbal e indica consuelo, considerar primero el indicador anterior. Si el mensaje del terapeuta en un solo turno de habla incluye empatía, se deberá decidir sobre si marcar este indicador o el anterior, dependiendo de qué aspectos del turno de habla parecen más significativos. (Sin embargo, ambos indicadores pueden ser señalados si la empatía y la normalización ocurren en diferentes turnos de habla).

*El terapeuta tiene interacciones hostiles, críticas o sarcásticas con el cliente**

Básicamente, este indicador connota falta de respeto o devaluación del cliente por el terapeuta. Para que este indicador sea marcado, el terapeuta tiene que mostrarse alterado, enfadado, o despectivo en su comunicación con el cliente. Por ejemplo, un terapeuta puede preguntar sarcásticamente a una familia que está viniendo a terapia irregularmente si ellos planean saltarse la siguiente reunión: “Espero no estar sentado aquí solo esperando otra vez la próxima semana, ¿no?”. La comunicación del terapeuta puede ser simplemente un mensaje dirigido a uno de los miembros de la familia, pero si su tono es hostil, crítico, o sarcástico, el indicador debe ser marcado. Un ejemplo: [*en un tono de exasperación*] “Me pregunto si Luis [hijo pequeño] estará en su asiento durante toda la sesión sin tener que estar recordándose cada cinco minutos”. Estos ejemplos no deberían marcarse si el terapeuta no es sarcástico sino que utiliza un tono de humor irónico o dice las cosas en tono de juego, por ejemplo sonriendo. Si la interacción crítica consiste en que el terapeuta critica al cliente por no hacer una tarea para casa, se marcará prioritariamente este indicador de Enganche: “*El terapeuta critica como hizo (o no hizo) el cliente una tarea para casa*”.

El terapeuta no responde a expresiones de interés personal o afecto hacia él por parte del cliente.

Este indicador debe señalarse cuando el terapeuta no responde a una pregunta directa o una afirmación del cliente que connota interés personal o cariño hacia él. Pueden ser preguntas o comentarios del cliente con respecto a la salud, bienestar, trabajo, etc., del terapeuta. Hay que marcar este indicador cuando el terapeuta ignora o acalla un comentario de este tipo por parte del cliente. Y también si el terapeuta reacciona con silencio o se muestra claramente reluctante a responder al cliente. Ejemplos de este tipo de respuestas: “Esto no es asunto suyo”; “Eso es algo personal”; “Ahora mismo estamos hablando de usted”. Este indicador NO debe ser señalado si el terapeuta lo que hace es pedir al cliente que amplíe o matice su comentario o pregunta antes de responderle (Por ejemplo, este dialogo: Cliente: “¿ya te vas reponiendo del accidente?”; Terapeuta: “¿Te refieres a si ya puedo trabajar sin problemas a tiempo completo?”). En general, siempre que quede claro que el terapeuta admite el interés del cliente hacia él (mediante expresiones como “aprecio que te preocupes por mí”), optaremos por NO marcar este indicador, incluso aunque la contestación del terapeuta no incluya una revelación personal.

NOTA: Incluso si la expresión de interés personal del cliente no es apropiada al contexto profesional (por ej., pidiendo quedar con el terapeuta fuera,

preguntándole algo muy personal), si el terapeuta ignora el comentario del cliente el indicador debe marcarse. Sin embargo, si el terapeuta da una respuesta educada o una respuesta educativa el indicador NO sería señalado. Ejemplos: “A pesar de que aprecio tu interés, como profesional voy a negarme a contestar tu pregunta sobre mi vida privada”, o “Si entro a contestar preguntas de ese tipo difícilmente podrá mantener mi posición profesional y serte de ayuda”)

CONTRIBUCIÓN DEL TERAPEUTA A LA SEGURIDAD EN EL SISTEMA TERAPÉUTICO.

El terapeuta reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir cuestiones privadas *

El terapeuta puede hacer este reconocimiento al inicio del tratamiento cuando explica como funciona la terapia y describe la forma de trabajar o bien en cualquier otro momento en el que los clientes se muestran reacios a discutir asuntos molestos, desagradables, o preocupaciones. Ejemplos: “Sé que es duro exponer tu vida privada a un desconocido”; “Sé que resulta difícil hablar de asuntos tan privados”; “os voy a pedir que intentéis hablar entre vosotros de una forma diferente en la que seguramente habléis así en casa, y esto puede resultar difícil e incluso arriesgado a veces... pero quiero animaros a que comentéis en todo momento lo que suponga un desafío o un riesgo en la terapia”; [*a una pareja*] “Se que es algo realmente personal pero, ¿podemos hablar sobre vuestra vida sexual?”. En esencia, el terapeuta reconoce que abordando problemas y sentimientos personales en la terapia puede tener como resultado que los clientes se sientan expuestos y vulnerables. También puede intentarse normalizar, como por ejemplo cuando el terapeuta explica que sentirse preocupado por tener que exponer tu vida privada en la terapia es algo común y que le pasa a cualquier cliente. Ejemplos: “Suele pasar que las familias se encuentren peleándose unos con otros por lo difícil que resulta encontrar nuevas formas de hablar entre ellos de cuestiones íntimas o desagradables”; “A veces las cosas pueden resultar duras. Te puede parecer que los conflictos y los problemas parezcan ir a peor antes de ir a mejor”.

El terapeuta proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad

Si el terapeuta habla sobre como van a ser estructuradas las sesiones de terapia para mantener la seguridad de los clientes (por ej., “no habrá insultos”, ni gritos, ni agresividad, etc.), este indicador debe ser marcado. El indicador también se señala cuando el terapeuta explica la confidencialidad, sus límites y obligaciones respecto a la confidencialidad, y cuestiones de respeto a la intimidad, o de su obligación de informar para el consentimiento informado en relación con publicar, grabar las sesiones, usar material clínico para investigación, equipos de observación, etc.. Algunas veces el terapeuta delimita y explica qué tipo de información será compartida con terceras partes (por ej., Servicios de Protección de Menores, Fiscalía del Menor, u otras entidades similares). Si el terapeuta además *también* anima a la familia a expresar lo que les parece y opinan sobre todos esos aspectos, se debe señalar también el indicador siguiente: “El terapeuta propicia la discusión sobre elementos del contexto terapéutico que pueden resultar intimidatorios”. NOTA: Para marcar este indicador es necesario que el terapeuta explique o discuta la confidencialidad o la privacidad. Si el uso de formularios de consentimiento informado o el hecho de utilizar grabación u observación se mencionan simplemente en el contexto inicial de explicar lo que se hace en la terapia, en este caso se marcará solamente el indicador de Enganche “El terapeuta explica cómo funciona la terapia”.

El terapeuta propicia la discusión sobre elementos del contexto terapéutico que pueden intimidar al cliente (por ejemplo, equipo de grabación, informes a terceras partes, equipo de observación del tratamiento, espejo unidireccional, procedimientos de investigación, etc.) *

Simplemente informar de estos procedimientos (por ej., “la sesión de hoy se está grabando con la cámara”) no es suficiente para marcar este indicador. El terapeuta debe propiciar la discusión sobre elementos intimidatorios en el contexto terapéutico. Como mínimo, el terapeuta debe ofrecer al cliente la oportunidad de expresar sus reacciones u opinión sobre condiciones de trabajo. Ejemplos: “Mucha gente se siente un poco incómodo con la cámara (o los observadores) inicialmente. Me gustaría que lo hablásemos si os preocupa o incomoda” o “Contadme más sobre qué os hace estar incómodos. ¿Hay alguna pregunta que queráis hacerme sobre lo que os incomoda?”. Si por ejemplo el cliente hace alguna pregunta determinada sobre informes a terceras personas, para que se señale este indicador el terapeuta debe dar más que una simple respuesta escueta a la pregunta, debe propiciar o intentar abrir la discusión de ese tema que puede preocupar al cliente.

El terapeuta ayuda a los clientes a hablar sinceramente y a no estar a la defensiva unos con otros.

Este comportamiento puede ocurrir cuando uno de los miembros de la familia exige explicaciones o justificaciones a otro. En lugar de simplemente presenciar las exigencias y reacciones defensivas, el terapeuta interviene invitando a los miembros de la familia a hablar sobre sus *propios sentimientos* molestos y/o dolorosos. El terapeuta puede intervenir de diferentes maneras para disuadir las comunicaciones defensivas o para promover revelaciones personales abiertas, honestas y sinceras. Por ejemplo: “Habla con el corazón” o “Cuenta lo que es verdad para ti”. Hablando con una persona sobre otra: “Ella no está mirándote ahora mismo. Háblale de una manera que haga que ella pueda mirarte” o “Cuéntalo como es. Se abierta con él”. El terapeuta puede animar a los miembros de la familia a comunicarse en la terapia de forma diferente a cómo habitualmente lo hacen en casa. “Sólo por este momento y aquí, ¿puedes ser sincero y transparente con tus padres?”; “No te cortes, él necesita oír lo que estabas diciendo”; “Deja que ella te demuestre que puede sobrellevar bien saber lo que estás pensando”.

NOTA: Este indicador puede señalarse aunque el cliente esté hablando directamente al terapeuta (no dirigiéndose específicamente a otro miembro de la familia) siempre que los otros clientes puedan oír la intervención del terapeuta.

El terapeuta intenta contener, controlar, o manejar la hostilidad abierta entre clientes.

Hostilidad abierta puede incluir insultos, abuso verbal y comentarios amenazadores. El terapeuta no tiene que conseguir necesariamente éxito controlando o manejando la hostilidad, este indicador se debe señalar si al menos lo intenta. Algunas veces el terapeuta comenta a las familias que a fin de crear un entorno seguro para todos, detendrá la sesión si surge hostilidad o agresividad. Más adelante, el terapeuta puede recordar a la familia el

contrato de no agresión o intervenir directamente cuando la hostilidad aparece. Por ejemplo: “¿Es así como ocurre en casa? Veamos si podemos hacerlo diferente aquí”; “No quiero hacer de la terapia un lugar en el que os hagáis daño unos a otros”; “Si seguís con esta lucha, esta derivará en otra lucha... Es poco probable que esto lleve a resolver el problema”; “Esto no lleva a ninguna parte, ¿podemos intentar algo diferente?”.

NOTA: Este indicador debe ser señalado sólo una vez por intervención durante un único episodio hostil. Si hay repetidos episodios hostiles separados por periodos de conversación tranquila, el indicador debe ser marcado cada vez que ocurren. Si el terapeuta interviene explícitamente en nombre de uno de los miembros de la familia (mencionando a uno de los miembros de la familia por su nombre u otra forma de identificación clara) para protegerle de otro miembro de la familia, señalar en su lugar el indicador: *“El terapeuta protege activamente un miembro de la familia de otro (por ej., de acusaciones, hostilidad o intrusismo emocional)”*. Ambos indicadores pueden ser señalados durante la misma sesión.

Si hay hostilidad y no hay un intento por parte del terapeuta de controlarlo, debemos evaluar si el terapeuta permitió que el conflicto se intensificara sin restricción durante la sesión. Si es así, señalar el indicador negativo: *“El terapeuta permite que el conflicto familiar se escale hacia el abuso verbal, amenazas o intimidación”*.

El terapeuta protege activamente un miembro de la familia de otro (por ej., de acusaciones, hostilidad o intrusismo emocional).

Para que este indicador sea señalado, el terapeuta debe intervenir directa y específicamente para “rescatar” a uno o mas miembros de la familia que está “bajo ataque”. El terapeuta debe mencionar al cliente por su nombre o de otra manera (no verbalmente, como señalándolo o dejando claro que se refiere a él). Ejemplos de este indicador serían: “Tu mujer necesita un descanso”; “Es muy difícil para un niño de 10 años decir con quién quiere vivir”; “Veo que ella no está preparada para hablar sobre esto, es mejor dejarlo”, “No estoy convencido de que sea seguro para él responder mientras tu estés tan enfadado”. El terapeuta también puede intervenir proponiendo entrevistas por separado (por ejemplo, los padres solos y el hijo solo). Si uno de los clientes está claramente bajo ataque durante la sesión y el terapeuta decide seguir la entrevista por separado para protegerle, señalaremos este indicador prioritariamente en lugar del indicador: *“El terapeuta pide a un cliente (o subgrupo de clientes) que salga de la sala para quedarse solo con un cliente (o subgrupo) durante una parte de la sesión”*.

NOTA: Este indicador debe ser marcado solo una vez para repetidas intervenciones en el mismo episodio. Para repetidos episodios, separados por periodos de comunicación tranquila, el indicador puede ser marcado cada vez que ocurre. También, si el terapeuta detiene la acusación o comunicación agresiva en general y no protege de forma específica a uno o más clientes determinados, señalaremos en su lugar el indicador anterior: *“El terapeuta intenta contener, controlar o manejar la hostilidad abierta entre clientes”*.

El terapeuta cambia la conversación hacia algo agradable o que no genera ansiedad cuando parece haber tensión o ansiedad (programas de la tele, diversión, elementos de la sala, etc.).

Este indicador deber ser marcado únicamente cuando el terapeuta inicia o cambia el tema de conversación hacia algo más casual, agradable o relajante a fin de reducir la tensión o la ansiedad.

Padre [al hijo]: ¡Estás suspendiendo todas las asignaturas!

Hijo: [silencio incómodo y tenso, muy largo]

Terapeuta: Bueno, antes de entrar a tratar todos los problemas de la escuela, Javier, quiero mostrarte mi nuevo acuario, en aquella esquina...¿Te gustan los acuarios? ¿Has tenido alguna vez uno?

Nótese que no es necesario que la ansiedad en realidad sea reducida para que este indicador sea señalado, lo que es importante es que la intervención del terapeuta se hace en el contexto de reducir la tensión y ansiedad.

NOTA: El indicador no se señala si el terapeuta usa esta clase de intervenciones muy al principio o muy al final de la sesión simplemente como una fase social, por ej., “¿Todavía está lloviendo fuera?, ¿os habéis mojado?”. Así mismo, si la pequeña charla propiciada por el terapeuta no parece ser en respuesta a la tensión o la ansiedad (refiriéndose a los gustos, aversiones, aficiones, etc. del cliente) señalar en su lugar el indicador de **Conexión Emocional**: *“El terapeuta expresa interés en el cliente al margen de la discusión terapéutica propiamente dicha”*. Cuando ambos, terapeuta y cliente(s), ríen por un chiste o un incidente divertido en ausencia de tensión/ansiedad, señalar en su lugar el indicador de **Conexión Emocional**: *“El terapeuta comparte un momento humorístico o un chiste con el cliente”*.

El terapeuta pide a un cliente (o subgrupo de clientes) que salga de la sala para quedarse solo con un cliente (o subgrupo) durante una parte de la sesión.

Este indicador se señala cuando el terapeuta pide ver a solas a un cliente o subgrupo de clientes (padres, hijos), aunque sea solicitado por el propio cliente. Proporcionando esta oportunidad de privacidad, el terapeuta permite hablar de asuntos personales que el cliente puede que no desee hablar en presencia de otros miembros de la familia. Por ejemplo, el terapeuta se da cuenta que responder preguntas sobre sexo, intimidad o asuntos privados puede resultar difícil para un adolescente en presencia de su madre y decide pedir a la madre que abandone la sala. Este comportamiento esencialmente promueve seguridad para delimitar fronteras y dar al cliente el espacio para hablar libremente. Este indicador, sin embargo, no es señalado cuando un cliente simplemente se vaya de la sesión o cuando el terapeuta pida a alguien que se marche para controlar la hostilidad o para proteger a un cliente de otros (considerar en su lugar los indicadores: *“El terapeuta intenta contener, controlar o manejar la hostilidad abierta entre clientes”* o *“El terapeuta protege activamente un miembro de la familia de otro”*).

El terapeuta permite que el conflicto familiar se escale hacia el abuso verbal, amenazas o intimidación.

Es normal que durante el curso de la terapia aparezcan expresiones de rabia y comunicación culpabilizadora cuando los problemas son elicitados y tratados adecuadamente y con control por parte del terapeuta. Pero este indicador solo debe ser señalado en situaciones en las que el terapeuta es pasivo o negligente con la hostilidad en curso. Como en el ejemplo siguiente: *un miembro de la familia amenaza en tono hostil: “Harás esto por las buenas o por las malas y haré que te arrepientas”*, y el terapeuta no dice nada sobre

la amenaza. Otra situación de este tipo es cuando un miembro de la familia usa un lenguaje extremadamente peyorativo hacia otro miembro de la familia y el terapeuta no interviene. También debe marcarse este indicador si cualquier agresión (verbal o física) termina por si sola sin la intervención del terapeuta (se termina porque alguien sale de la sala, un miembro de la familia se calla, se acaba la sesión bruscamente).

NOTA: Este indicador no debe señalarse cuando un terapeuta hace una intervención directa de control o manejo de la hostilidad pero no obtiene éxito. En este caso, señalar en su lugar *“El terapeuta intenta contener, controlar o manejar la hostilidad abierta entre clientes”*.

El terapeuta no atiende a expresiones claras de vulnerabilidad de un cliente (por ej., llanto, defensividad, etc.)

Para que este indicador sea marcado, la vulnerabilidad del cliente expresada a través de conductas como llanto o defensividad manifiesta, no es reconocida por el terapeuta. Si el terapeuta reconoce las dificultades del cliente (con un tono de voz suave, inclinándose hacia delante, ofreciendo pañuelos de papel o comentarios tranquilizadores como “Sé que esto es duro de contar”), señalar en su lugar el indicador de Conexión Emocional: *“El terapeuta expresa empatía (verbal o no-verbalmente) con las dificultades que sufren los clientes”*. Para señalar este indicador, el terapeuta debe, esencialmente, ignorar la vulnerabilidad evidenciada por el cliente.

CONTRIBUCIÓN DEL TERAPEUTA AL SENTIDO DE COMPARTIR EL PROPÓSITO CON LA FAMILIA.

El terapeuta alienta acuerdos de compromiso entre los clientes*

Compromiso implica alguna contribución por cada parte para alcanzar un acuerdo sobre la relación o sobre algo que se va a hacer. El terapeuta puede preguntar explícitamente a los miembros de la familia si es posible un compromiso y qué estarían dispuestos cada uno a hacer para alcanzar un acuerdo. Un ejemplo es: “¿Hay un pequeño paso que cada uno de vosotros pudiera dar para acercarnos a un compromiso?”. El terapeuta también puede referirse al compromiso indirectamente, como en el siguiente ejemplo: “¿hay alguna cosa que cada uno de vosotros estéis dispuestos a hacer... alguna cosa que a cada uno de vosotros os haría sentir mejor?”. El terapeuta también podría sugerir un determinado compromiso para un problema que se está discutiendo. En otras palabras, el terapeuta alienta el compromiso a través de una solución sugerida donde a cada individuo se le pide que haga alguna cosa por el otro, “Si tu haces _____ por él, quizás él haría _____ por ti”. Debe diferenciarse el compromiso de una simple concesión cuando se le pide sólo a una persona que ceda ante otra. Preguntando a una persona “¿Harías esto por ella?”, el terapeuta está pidiendo una concesión y no un compromiso y en este caso el indicador no se debe marcar.

El terapeuta anima a los clientes a preguntarse entre ellos por sus respectivos puntos de vista *

Este indicador muchas veces es precursor para la discusión de un compromiso. El terapeuta puede animar a algún miembro de la familia a contrastar con uno o varios de los otros familiares su percepción del problema o sus puntos de vista sobre las posibles soluciones. En otras palabras, la intervención del terapeuta involucra a los miembros de la familia en la acción de averiguar cómo todos ven una situación o un problema determinado. Ejemplos: “[Hijo], ¿Estarías dispuesto a pedir a tus padres que te cuenten su visión sobre cuándo las cosas comenzaron a convertirse en un problema en el colegio? Mamá y Papá, ¿Habéis preguntado a [hijo] qué es lo que está yendo bien en el colegio? ¿Por qué no vemos si podéis ayudarle diciendo estas cosas ahora?”.

NOTA: El indicador no debe ser señalado cuando es el propio terapeuta el que pregunta directamente a otro miembro de la familia por algo (por ej., “María, ¿qué piensas sobre las dificultades de [hijo] en la escuela?”). El terapeuta debe alentar a que ellos se pregunten para marcar este indicador, no es suficiente que él pregunte directamente a unos y a otros.

El terapeuta elogia a los clientes por respetar los puntos de vista de los otros *

Los miembros de la familia no tienen que estar necesariamente de acuerdo para que el terapeuta reconozca y admita sus muestras de respeto de las opiniones de los otros. Por ejemplo, el terapeuta puede decir “Aunque los dos tengáis diferentes opiniones sobre esto, cada uno ha escuchado con atención al otro y se ve que entendéis que la otra persona pueda tener motivos para discrepar y para opinar diferente”; “¡Bien!, aunque todavía hay

diferencias en cómo cada uno ve las cosas, hoy veo claro cómo estáis dispuestos a escucharos el uno al otro. Mostráis sinceridad y respeto el uno por el otro y estoy seguro que eso va a ser útil en la resolución del problema”; o “Es importante que entendáis y reconozcáis que ambos tenéis razones válidas para pensar como pensáis. Pero aunque no estáis de acuerdo, es muy importante el respeto que mostráis en esta familia por los puntos de vista de los demás”.

El terapeuta subraya lo que tienen en común las diferentes perspectivas de los clientes sobre el problema o la solución.

Este indicador se centra más en el aspecto cognitivo del punto de vista de los clientes. Es decir, la manera en que los clientes ven los problemas como algo diferenciado de sus valores, necesidades, o sentimientos subyacentes (que son el foco de observación del siguiente indicador). Para señalar este indicador, el terapeuta debe hacer algo más que simplemente resumir las distintas perspectivas de los miembros de la familia. El terapeuta debe hacer afirmaciones claras sobre conexiones y aspectos comunes entre las distintas perspectivas de los miembros de la familia. Ejemplos: “María y José [madre e hijo], ambos estáis de acuerdo en que el problema parece empezar con el cambio al nuevo colegio”; “Está claro que últimamente ambos [madre e hija] queréis que Rosa [hija] tenga más responsabilidad. Rosa quiere que se le otorgue la confianza de poder hacer cosas por sí misma y María [madre] tu quieres que ella actúe por su cuenta haciendo buenas elecciones y considerando las normas familiares, quieres sentir que puedes confiar en ella para que asuma sus responsabilidades de forma madura”; “Así que todos queréis ver a “Menores” (Servicio de Protección del Menor) fuera de vuestras vidas. Parece que estáis de acuerdo en que la solución pasa por ver cómo conseguir que “Menores” no tenga que intervenir”.

NOTA: Un terapeuta puede, en una misma intervención, simultáneamente subrayar lo que tienen en común las perspectivas y al mismo tiempo señalar experiencias y valores compartidos entre los miembros de la familia: “Ambos estáis de acuerdo en que Javier [hijo] no está mostrando respeto {punto de vista, perspectiva} y ambos sentís el miedo de que haber perdido el control con él {compartir experiencias, sentimientos}”. En este ejemplo, señalaríamos para la misma intervención este indicador además del siguiente *“El terapeuta destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos”*

El terapeuta destaca lo que comparten los clientes en cuanto a valores, experiencias, necesidades o sentimientos.

Este indicador se diferencia del anterior en que se centra en los valores, experiencias, necesidades o sentimientos; el indicador anterior se centra en las similitudes de los puntos de vista sobre el problema o la solución. En otras palabras, para marcar este indicador el terapeuta debe estar hablando de con la familia de sus experiencias afectivas, de sus necesidades o de valores, no de sus puntos de vista sobre una situación. Un ejemplo de un valor compartido es la lealtad familiar: “Cada uno de vosotros ha descrito vuestra familia como una familia que permanece junta en los momentos duros”; o “Ambos queréis lo mejor para vuestros hijos, aunque lo estéis haciendo de formas diferentes”. El terapeuta puede señalar un determinado

ejemplo en el que dos o más miembros de la familia han mostrado en la sesión sentimientos similares (deseos de cambiar, frustración, rabia, desconfianza, soledad). Cuando se discute un determinado problema, el terapeuta puede señalar cómo los miembros de la familia experimentan la situación de una forma similar (aunque ellos puedan no ver el problema de la misma manera), un ejemplo sería: “Ambos os sentís como las víctimas del otro”; “Los dos os sentís atrapados”.

El terapeuta anima a los clientes a mostrar afecto, preocupación o apoyo de unos por otros.

El terapeuta puede alentar expresiones de afecto, preocupación o apoyo entre los miembros de la familia sugiriendo que los clientes hagan algo que pueda considerarse una muestra de afecto o apoyo. Pueden ser pequeños detalles, por ejemplo, el terapeuta podría solicitar que un miembro de la familia le ofrezca pañuelos de papel a otro cuando está llorando. También pueden ser muestras no verbales de afecto sugeridas por el terapeuta, por ejemplo: “¿Puedes darle la mano a él mientras te dice esto?” o “Da la sensación de que tu hijo necesite un abrazo”. Otros ejemplos: “¿Podrías hacerle saber que te preocupas por ella, aunque estés enfadado por el problema que tiene en el colegio?”; “Cuéntanos más de por qué estás preocupado por ella”; “¿Dile a tu hijo qué estás dispuesto a hacer para apoyarle en su intento de cambiar?”.

NOTA: Cuando las emociones están a flor de piel, el terapeuta puede proponer una conducta afectiva en la sesión, como “dale un abrazo”, sin preguntar si los clientes están dispuestos. Si el propósito de la intervención del terapeuta es generar muestras de apoyo o afecto, se marcará el presente indicador y NO se marcará el indicador negativo de Enganche *“El terapeuta define metas terapéuticas o impone tareas o procedimiento sin pedir la colaboración del cliente”*.

El terapeuta anima a los clientes a pedir confirmación y opinión (feedback) por parte de otros *

Para distinguir este indicador del indicador *“El terapeuta anima a los clientes a preguntarse entre ellos por sus puntos de vista respectivos”*, hay que considerar que señalaremos este comportamiento solamente cuando el terapeuta explícitamente anima a los miembros de la familia a preguntarse los unos a los otros por feedback en la sesión. El terapeuta puede, por ejemplo, animar a todos los miembros de la familia a preguntarse los unos a los otros cómo se sienten hablando de los problemas y las posibles soluciones. Otros ejemplos son: “Tú quieres convencer a tus padres de que deben aceptar tu petición. ¿Por qué no les preguntas a ellos ahora cómo te ven ellos, si ven avances en ti?”; “Averigua si tus padres tienen otra opinión sobre ti”. En terapia de pareja, un terapeuta puede preguntar: “¿Me gustaría saber si podéis preguntaros uno al otro cómo el otro os ve en casa? ¿Te ve tu pareja como intentando cambiar las cosas?”. El indicador sólo debe ser señalado si el terapeuta quiere que los clientes se pregunten en la sesión, no si es una tarea para hacer en casa entre sesiones.

*El terapeuta no interviene (o queda descalificada su intervención) cuando miembros de la familia discuten entre ellos acerca de las metas, el valor o la necesidad de la terapia **

En contraste con el indicador de Seguridad que trata del conflicto u hostilidad entre los clientes, en este indicador se trata de un conflicto sobre *acudir a terapia o sobre las metas y valor de la misma*. Para marcar este indicador, la discusión o discrepancia sobre el valor del tratamiento necesita ser clara, no implícita o simplemente no-verbal. El cliente puede decir, “¡Oíste lo que dijo Rosa! [la terapeuta] ¡No entiendes que necesitamos venir aquí!” o “Esto es inútil, no queremos la misma cosa. El no está dispuesto a tomarse esto en serio”. Se debe marcar este indicador si el terapeuta no interviene o no consigue abordar el conflicto entre los clientes sobre la terapia. Pero NO debe ser marcado si el terapeuta reconoce el desacuerdo y señala como un tema a discutir el que algún miembro de la familia tiene dudas sobre los beneficios de la terapia. Tampoco se marca este indicador si el terapeuta invita a todos a hablar sobre las dudas de un cliente y busca posibles puntos de acuerdo entre los miembros de la familia.

El terapeuta ignora las preocupaciones explicitadas por un miembro de la familia discutiendo únicamente las preocupaciones de otro.

En general recomendamos marcar este indicador al final de la sesión cuando está claro que a pesar de que más de un cliente declaró una queja o preocupación, el terapeuta únicamente trabajó sobre una de las quejas o preocupaciones, y no sobre las otra(s). Por ejemplo, en algún punto en la sesión una madre plantea una queja/preocupación sobre su hijo adolescente porque no hace los deberes de la escuela y además a tenido repetidas faltas disciplinarias en la escuela por molestar en clase, mientras el adolescente se queja porque la madre nunca le da dinero, y no reconoce en absoluto cuando ayuda mucho en las cosas de casa. En este ejemplo, el presente indicador sería señalado si el terapeuta centra la conversación en los problemas de conducta en la escuela (queja de la madre) pero ignora las quejas del hijo adolescente sobre la falta de reconocimiento por contribuir en casa y el no recibir dinero para sus gastos. Sin embargo, si el terapeuta comenta al final de la sesión: “No nos ha dado tiempo a hablar de [dirigiéndose al hijo] tu queja sobre el dinero y el reconocer tu ayuda en casa, así que trataremos ese tema la próxima vez”, el indicador ya no debe ser marcado.

NOTA: El cliente debe solicitar claramente el que se trate un tema, no es suficiente sólo mencionar algo en un cruce de acusaciones o de forma muy imprecisa. En el siguiente ejemplo el indicador NO sería señalado porque el hijo parece estar intentando desviar a su madre del tema y no tanto solicitar que se trate un nuevo tema:

Madre: ¡Hablemos de que te niegas a hacer todo lo que te pido que hagas!

Hijo: ¡Bueno, y tú te niegas a darme dinero!

Sin embargo, si la conversación tuviese esta otra forma el indicador SI debería ser señalado si en toda la sesión el terapeuta no intenta tratar la queja del hijo:

Madre: ¡Hablemos de que te niegas a hacer todo lo que te pido que hagas!

Hijo: ¿Vale, y también quiero que hablemos de por qué te niegas a darme dinero para que pueda salir con mis amigos?

*Indica que hay un descriptor similar en la versión del cliente.

Referencias

- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy, 28*, 534-549.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 16*, 252-260.
- Bourgeois, L., Sabourin, S., & Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 608-613.
- Friedlander, M.L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy. An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: APA Books.
- Friedlander, M. L., & Tuason, M. T. (2000). Processes and outcomes in couples and family therapy. In S. Brown & R. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (3rd ed; pp. 797-824). New York: Wiley.
- Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1990). Couple and family psychotherapy alliance scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy, 16*, 299-306.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1989). The development and validation of the Working Alliance Inventory. *The Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.
- 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.
- Johnson, S. M., & Talitman, E. (1997). Predictors of success in Emotionally Focused Marital Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 23*, 135-152.
- Pinsof, W. M. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. In A. O. Horvath and L. S. Greenberg. (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. (pp. 173-195). New York: Wiley.
- Pinsof, W. M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy, 12*, 137-151.
- Quinn, W. H., Dotson, D., & Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research, 7*, 429-438.
- Tichenor, V., & Hill, C. E. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy, 26*, 195-199.