

La investigación en TFP (Terapia Familiar y de Pareja) O haga Ud. mismo su propia investigación

Dr. Luis Tapia Villanueva

Médico-Psiquiatra, Terapeuta Sistémico

Unidad de Terapia de Pareja Instituto Chileno de Terapia Familiar

Unidad de Investigación en Terapia de Pareja, Facultad de Psicología, Universidad del Desarrollo

Docente Unidad de Psicoterapia. Departamento Psiquiatría Facultad de Medicina PUC

Resumen

En los últimos diez años ha aumentado notoriamente la investigación en psicoterapia con validación empírica de resultados. Se plantea la necesidad de superar la brecha entre la investigación y la clínica. Estudios de meta-análisis y validación empírica específica dan cuenta de la efectividad de la TFP en numerosos conflictos de familias y parejas. Existen variados modelos de tratamiento que han sido validados empíricamente, a pesar de que no se ha podido demostrar la superioridad de uno sobre otro. Se revisan resultados de investigaciones longitudinales de parejas en que es posible determinar ciertas variables predictivas. Se analiza la importancia de la alianza terapéutica en el proceso de cambio. Las investigaciones sobre apego y su relación con la intimidad emocional y los cuidados en la pareja aportan a nuevas posibilidades de intervención. Se comenta la importancia de los moderadores y mediadores en el proceso de cambio y su relación con los resultados. Finalmente se entregan algunas orientaciones generales de cómo investigar en el ámbito de la práctica clínica habitual. Este es un artículo destinado a terapeutas sistémicos que quieren conocer algunos hallazgos de la investigación empírica e interesarse en realizar investigación en su práctica clínica habitual

Introducción

La investigación en psicoterapia con validación empírica de resultados ha aumentado notoriamente en los últimos diez años. Nuestra labor como terapeutas será influenciada cada vez más por los resultados de la investigación y la necesidad de fundamentar nuestras apreciaciones será cada vez más relevante. Esta necesidad ocurre no solo en los ámbitos restringidos a nuestra labor clínica, sino también a aquellos relacionados con la acreditación y de los terceros que pagan. Este artículo no pretende ser una revisión acabada de la investigación en terapia sistémica sino una puesta al día de los hallazgos más relevantes en los últimos años y una reflexión sobre la relación de los terapeutas sistémicos y la investigación. Los ejemplos y datos estarán más relacionados con la terapia de pareja que con la terapia familiar, por el sob motivo de contar con mayor experiencia y especialidad en este aspecto de la terapia sistémica. Los datos aquí

expuestos deben ser considerados como una guía para orientar nuestro quehacer clínico y considerar que algunos de ellos pudieran ser cuestionados metodológicamente. Los resultados expuestos provienen fundamentalmente de la metodología cuantitativa. Mi identidad vocacional es fundamentalmente clínica y terapéutica y la investigación me ha permitido nutrir mi práctica clínica habitual. Este artículo está especialmente dedicado a los terapeutas.

Los terapeutas y la investigación

La terapia sistémica tiene un origen clínico. La tradición en nuestra especialidad está fundada en grandes pioneros que tuvieron la agudeza de realizar distinciones paradigmáticas hace ya 30 a 40 años sobre la importancia de una visión relacional de los sufrimientos humanos. La disciplina se desarrolló desde ciertas distinciones geniales, el estudio de casos clínicos y el desarrollo de modelos clínicos para realizar intervenciones. La terapia de pareja incluso en sus inicios ni siquiera tuvo modelos propios sino adoptó ideas y conceptos de muy diverso origen como, la consejería, el psicoanálisis, la terapia de la conducta y la misma terapia sistémica. La escritura de libros y los talleres clínicos fueron los medios para difundir los modelos. En los últimos diez años la terapia requirió de un nuevo enfoque, que fuera complementario con el anterior. Esto último se debe a que la terapia sistémica queda inserta en la nueva evolución de la psicoterapia y no solo de la psicoterapia sino que de la medicina en forma global, esto es la validación empírica de resultados.

La mayor dificultad de esta relación entre clínica e investigación, entre terapeutas e investigadores, ha sido en la complementariedad. En la tabla 1 se observan algunas de las diferencias entre dos culturas del quehacer clínico.

Tabla 1: La investigación en TFP. El problema de la falsa dicotomía entre clínica e investigación

La cultura de la TFP	La cultura de la investigación empírica
<ul style="list-style-type: none"> • Individuos carismáticos que han creado modelos • Transmisión de la información a través de talleres • Publicación de los modelos con ejemplos clínicos • No hay comunicación de evidencia empírica 	<ul style="list-style-type: none"> • Los investigadores no se esfuerzan por hacer la información clínicamente accesible • Las líneas de investigación se alejan de los intereses de los clínicos • Los diseños de investigación muy elaborados plantean el problema de la transportabilidad de los resultados a la práctica clínica concreta

--	--

Se hace necesaria la integración entre la sabiduría de la clínica y el rigor del método científico, es fundamental entonces tender un puente entre estas dos culturas. La investigación puede aportar las “evidencias” y será tarea del clínico implementar dichas “evidencias” en el mundo real, en el aquí y el ahora, en cada sujeto particular, familia o pareja, en su específico encuadre de contexto. La integración evitará errores como no incorporar las evidencias en la práctica, tratar impresiones como si fueran evidencias (por ejemplo la existencia de las madres “esquizofrenógenas, lo cuál no ha podido ser validado empíricamente) (Sprenkle D. H., 2002) o confiar en los reportes de satisfacción de los pacientes sobre los resultados de la terapia. Sobre este último método de validación de resultados se ha comprobado que está en general sobrevaluado, esto es, que los pacientes reportan más satisfacción con la terapia que cambios evaluados empíricamente (Gottman J. 1999).

Es necesario que una parte importante de la investigación provenga de los clínicos (actualmente una minoría) con el fin de poner en el tapete los temas clínicos en la investigación y de investigar no solo “que es lo que funciona” (investigaciones de efectividad) sino “como es que funciona” (investigaciones de proceso), cual es la relación de esto con los resultados (investigaciones de proceso resultado) y como los resultados orientan al clínico en la forma de hacer las intervenciones en el aquí y ahora de la sesión (investigación en progreso).

Tipos de investigaciones

Se han desarrollado tres tipos de investigaciones.

- Investigaciones de efectividad, que incluyen las investigaciones con psicoterapia con validación de resultados a través de meta-análisis, (MAST) y psicoterapia con validación empírica específica de resultados, (EST)
- Investigaciones de proceso resultado. Que relaciona tanto las condiciones pre-existentes (*investigación de mediadores o predictivas*), como los procesos específicos intrasesión (*investigación de moderadores o mecanismos del cambio*) con los resultados de la psicoterapia
- Investigaciones en progreso o “research in progress”) que consisten en utilizar en la psicoterapia información empírica que está siendo recogida durante ella.

La psicoterapia con validación empírica de resultados

En primer lugar definiremos aquí los conceptos de eficacia y efectividad. Ambos conceptos se refieren a cuanto cambio produce la psicoterapia en relación a grupos control. Cuando los estudios se producen en ambientes clínicos se denomina efectividad y cuando los resultados se observan en diseños experimentales mas estrictos se habla de eficacia. Uno y otro presentan ventajas y dificultades, tanto en los problemas para controlar todas las variables como se observa en los estudios clínicos, como en la falta de transportabilidad (traspaso

de los resultados de la investigación a contextos clínicos) en los diseños más estrictos.

Según el grado de estrictez con que definamos el control de las variables hablaremos de psicoterapia con validación de resultados a través de meta-análisis, (MAST) y psicoterapia con validación empírica específica de resultados, (EST). En la tabla 2 y 3 se observan algunas características de cada modelo. (Shadish W., Baldwin S., 2002)

Tabla 2: Características de la psicoterapia con validación de resultados a través de meta-análisis, (MAST). (Shadish W., Baldwin S., 2002)

MAST
<ul style="list-style-type: none"> • Es un método cuantitativo que combina resultados de múltiples estudios • Crea una unidad de medida común llamada <i>tamaño de efecto</i> • Se usa esta medida debido a que en general las investigaciones usan instrumentos diferentes para evaluar resultados • Si un modelo tiene una <i>tamaño de efecto</i> de 1.0 esto significa que los resultados del grupo experimental son una desviación estándar mayor que los resultados del grupo control • Se incluyen también tratamientos aleatorios con grupo control • Los trabajos no necesariamente tienen que usar manuales de tratamientos específicos, ni tantas exigencias estadísticas • Esto permite incorporar diseños no tan rigurosos

Tabla 3: Psicoterapia con validación empírica de resultados (EST) (Shadish W., Baldwin S., 2002)

EST
<ul style="list-style-type: none"> • Asignación aleatoria a tratamiento específico • Grupo control de no tratamiento • Grupos con tratamiento alternativo o placebo • La terapia tiene que demostrar que es superior al grupo control o al placebo • La terapia tiene que ser a lo menos igual a la alternativa pre-establecida • Los estudios requieren de manuales de tratamiento • Criterios específicos de inclusión-exclusión • Confiabilidad y validez de los instrumentos que evalúan resultados • Análisis estadísticos apropiados • <i>Eficacia</i>: dos investigaciones independientes que cumplan los criterios • <i>Posible eficacia</i>: solo un estudio • <i>Especificidad</i>: dos investigaciones que muestren superioridad ante tratamientos alternativos

Como puede observarse en las tablas la diferencia está en el nivel de la exigencia que se le pide a las investigaciones. Los meta-análisis pueden abarcar grandes cantidades de trabajos pero a menudo reciben la crítica de que sus resultados dependen en parte de los criterios de inclusión de los trabajos en el meta-análisis. Por otro lado los trabajos muy controlados adolecen de las dificultades que se producen cuando las conclusiones de las investigaciones se intentan extrapolar a la clínica.

Meta-análisis

El meta-análisis es una forma de revisión de la literatura, recolecta los datos de diferentes publicaciones y los convierte en una medida común de resultados llamada *tamaño de efecto*. El meta-análisis mide la magnitud de los efectos de un tratamiento, es una forma simple de cuantificar la diferencia entre dos grupos y se calcula de la siguiente manera:

$$d = X_t - X_c / S$$

X_t = Es el promedio de las mediciones de respuesta al tratamiento en el grupo tratado

X_c = Es el promedio en el grupo control

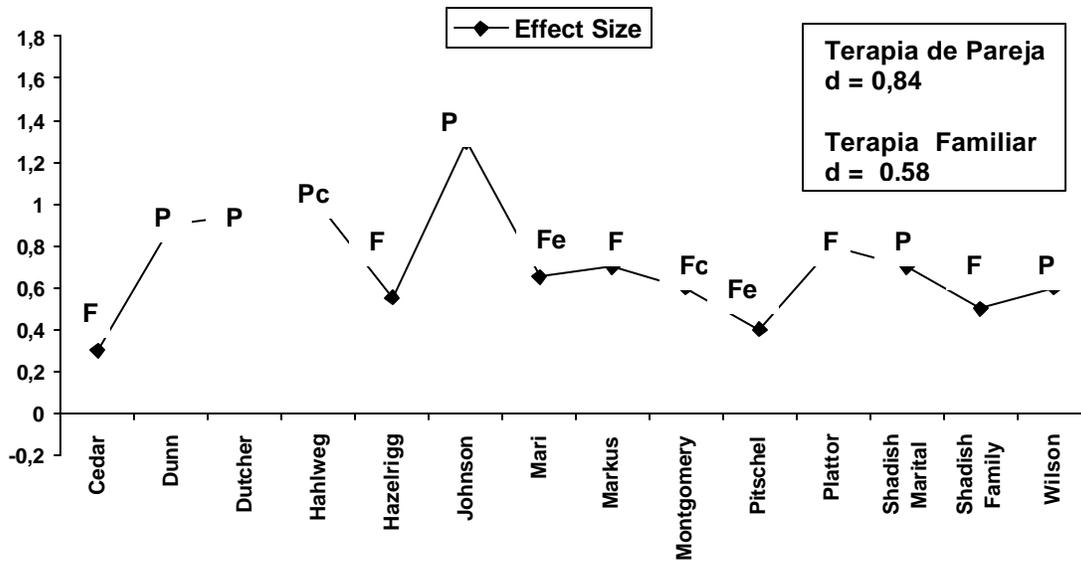
S = Desviación estándar (promedio)

Cohen (1988) ha definido los siguientes valores de d :

$d = 0,2$ efecto modesto, $d = 0,5$ efecto medio, $d = 0,8$ efecto importante.

Shadish W. y Baldwin S (Shadish W., Baldwin S., 2002) revisan 20 meta-análisis que contienen cerca de 928 trabajos, en un período de 15 años y que tratan sobre la efectividad de la terapia de pareja y de familia vs. grupos de control. En el gráfico 1 se observan los resultados.

Gráfico 1: Efectividad de la terapia de pareja y familiar vs. controles. 20 meta-análisis. Modificado de (Shadish W., Baldwin S., 2002)



P = Terapia Pareja
 Pc = Terapia de Pareja Conductual
 F = Terapia Familiar
 Fe = Terapia Familiar Esquizofrenia
 Fc = Terapia Familiar Problemas Conductuales Infancia

Como se aprecia en el gráfico los meta-análisis muestran un *tamaño de efecto* que dan cuenta de que la TFP es más efectiva que el grupo control. Al comparar diferentes tipos de TFP no hubo diferencias significativas entre los diferentes modelos. En la Tabla 4 se comparan las magnitudes del efecto de la terapia familiar y de pareja con otros meta-análisis extraídos de contextos médicos, donde puede observarse el importante *tamaño de efecto* de la TFP.

Tabla 4: Meta-análisis de diversos tratamientos médicos y psicoterapéuticos. Modificado de (Shadish W., Baldwin S., 2002).

Efectos de tratamientos médicos y psicoterapéuticos	
Tratamiento	Tamaño de efecto <i>d</i>
Cirugía de bypass coronario para la angina	.80
Terapia Familiar y de Pareja	.65
AZT para evitar la mortalidad por SIDA	.47
Medicación con Dipyridamole para el tratamiento de la angina	.39
Tratamiento de la demencia con neurolépticos	.37
Terapia anticoagulante para tromboembolismo	.30
Bypass aortocoronario para evitar mortalidad	.15
Uso de streptoquinasa endovenosa para la mortalidad del infarto al miocardio	.08

La investigación de meta-análisis permite sacar algunas conclusiones. Las intervenciones psicoterapéuticas en terapias familiares y de pareja son más efectivas que el no tratamiento y los resultados tienden a mantenerse en los seguimientos. La Terapia de Pareja tiende a tener mejor resultado que las Terapias Familiares ya que parece ser que en las Terapias Familiares los terapeutas tienen que enfrentar situaciones mas graves como por ejemplo la esquizofrenia y el abuso de drogas. Diferentes modelos de terapias familiares y de pareja tienden a producir resultados similares. Los efectos de la TFP en varios cuadros clínicos son comparables o mejores que aquellos obtenidos con tratamientos alternativos como la psicoterapia individual o la psicofarmacología. La TFP produce efectos clínicos significativos en el 40-50% de los tratamientos. (Shadish W., Baldwin S., 2002)

Efectividad de la TFP

Durante la década de los 90, numerosos estudios y revisiones (Johnson S., 2000) han mostrado claras evidencias de la efectividad de la terapia de pareja. No obstante una de las dificultades principales ha sido definir que vamos a considerar éxito en Terapia de Pareja. La Terapia de Pareja Centrada en las Emociones (Emotions Focus Therapy, EFT) ha sido la más estudiada. La EFT se centra en expandir las respuestas emocionales restringidas de la pareja, modificar los ciclos interactivos y promover vínculos de apego seguro, así combina técnicas experienciales-expresivas y estructurales sistémicas. Gottman y cols., se identifican con la EFT, al combinar una atenuación de las repuestas emocionales de los cónyuges, con una reestructuración de los ciclos disfuncionales, todo lo cual es consistente con los resultados de sus investigaciones. La EFT ha probado

ser efectiva en el tratamiento de parejas. En un estudio de meta-análisis hecho por Johnson en 1999 (Johnson S., 2000) encontró un efecto de 1.3, y cerca del 70% de las parejas habían mejorado después de 8 a 12 sesiones, con poca evidencia de deterioro a los 2 años de seguimiento. En estudios comparativos la EFT fue más efectiva que las terapias centradas en la conducta (Johnson S., 2000).

La Terapia de Pareja centrada en la conducta (Behavioral Marital Therapy, BMT) combina el entrenamiento en herramientas de comunicación y de resolución de problemas, con un contrato terapéutico. Los terapeutas de pareja conductuales han agregado elementos cognitivos a sus intervenciones donde enseñan alternativas atribucionales a conductas negativas y examinan las expectativas y modelos que cada miembro de la pareja tiene en una relación feliz. Shadish y cols., en 1993 (Johnson S., 2000), en un estudio de metaanálisis sobre este tipo de tratamiento, mostró un efecto de 0.95. Baucom y cols., en 1998 (Johnson S., 2000) encontraron que el 42% de las parejas que recibieron un tratamiento combinado cognitivo y conductual obtuvo una mejoría de la relación.

La Terapia de Pareja orientada al insight (IOMT) es un modelo de terapia que combina elementos gestálticos y sistémicos para aumentar la introspección que los cónyuges tengan sobre la dinámica con que construyen vínculos con otro. Ha demostrado tener una efectividad similar o superior a algunos modelos conductuales, pero lo más destacable fue que en los estudios de seguimiento *los cambios aún se mantenían a los cuatro años post-terapia* (Liddle H. A., 2004).

Como dije anteriormente hay numerosos trabajos que apoyan el efecto de las intervenciones en el cambio de las parejas, no obstante hay voces más críticas respecto de los resultados. Gottman y cols., en 1999 (Gottman., 1999 a) en una evaluación de estudios de metaanálisis, cuestionan los altos efectos y plantean que en parte, éstos pueden ser explicados por el deterioro que sufren las parejas del grupo control. Jacobson y cols. en 1993 (Gottman, 1999 a), encuentran que de las parejas con resultados positivos en la terapia, un 30-50% recaen a los dos años. Así, en el análisis de los trabajos hecho por Gottman (Gottman., 1999 a) se estima que la terapia de pareja es efectiva en alrededor de un 35% y de éstas recae al segundo año un 30-50%. Si le preguntamos a las parejas al alta si les sirvió la terapia de pareja sobre el 80% responderá que si, pero los resultados efectivos y medibles son menores que esto. (Tapia L. 2001)

En suma parece que la efectividad de la Terapia de Pareja evaluada tanto en estudios de meta-análisis como de validación empírica de resultados fluctúa entre 35-70%. Evaluar que es éxito en Terapia de Pareja es complejo. Considerar solo como logro la satisfacción marital y el ajuste puede ser un criterio restringido. El divorcio es un evento doloroso que nadie desea y que produce un alto grado de sufrimiento en parejas y familias, no obstante hay interacciones maritales altamente destructivas con severas consecuencias para los cónyuges. La consulta en pareja permite poder conversar de los conflictos en un clima protegido, explicitar el quiebre del vínculo amoroso y sobre todo realizar prevención primaria para evitar el divorcio patológico, donde interminables disputas sobre dinero e hijos pueden producir serias consecuencias en la salud mental y física tanto de los cónyuges como de los hijos. En este sentido, algunas veces una separación puede ser un doloroso pero adecuado resultado terapéutico en torno a la salud familiar e individual de las personas. Las tasas de recaídas a veces pueden

alcanzar, como ya se mencionó, cifras de hasta 30-50% en los primeros dos años. Es posible que una Terapia de Pareja en un principio ejerza su efecto a través de un cambio en el clima emocional, es decir de la posibilidad de conversar de los conflictos de un modo diferente y en un ambiente protegido y cuidadoso, no obstante si la pareja no cambia las reglas de la relación es posible que las recaídas sean más probables.

También se han estudiado algunos resultados de la TFP en diversos cuadros clínicos, donde se aprecia la efectividad de la TFP en relación a grupos de no tratamiento y a tratamientos standard o psicoterapia individual, Tabla 5.

Tabla 5: Trastornos mentales en niños, adolescentes y adultos para los cuáles la terapia familiar (TF) y la terapia de pareja (TP) tiene efectos significativos (Pinsof W., Wynne L., 1995 a)

Edad	TF > NoT	TF > TS o PI	TP > NoT	TP > TS o PI
Adulto	Esquizofrenia Alcoholismo Abuso de drogas Demencia cardiovascular	Esquizofrenia Alcoholismo Abuso de drogas Demencia cardiovascular	Conflictos de pareja Mujer depresión y conflicto de pareja Obesidad HTA	Conflictos de pareja Mujer depresión y conflicto de pareja
Adolescente	T. Conducta Abuso de drogas Obesidad Anorexia adolescentes	T. Conducta Abuso de drogas		
Niño	T. Conducta ADHD Obesidad Autismo Enf. Físic. cr.	ADHD Autismo		

TF = Terapia Familiar, No T = No tratamiento, TS = Tratamiento Standard, PI = Psicoterapia individual, TP = Terapia de Pareja, CP = Crisis de pánico, HTA = Hipertensión arterial, ADHD = Trastornos de déficit atencional e hiperactividad

A pesar de no haberse encontrado diferencias significativas en los resultados de la TFP en los diferentes modelos teóricos es interesante conocer cuales son los que cuentan con una validación empírica suficiente. En la Tabla 6

se observa los diferentes modelos agrupados en dos categorías según si cuentan o no con validación empírica. Pertenecer al segundo grupo solo significa que estos modelos al momento de esta revisión, aún no cuentan con suficiente validación empírica. Los resultados provienen de estudios de meta-análisis y de efectividad clínica

Tabla 6: ¿Que tipo de modelos son efectivos? (Johnson 2000, 2002, Liddle 2004)

- Modelos de Terapia de Pareja con validación empírica de resultados:
 - Terapia de Pareja Centrada en las emociones
 - Terapia de Pareja Conductual
 - Terapia de Pareja Conductual Integrativa
 - Terapia de Pareja orientada al insight
 - Terapia de Pareja estratégica MRI

- Modelos de Terapia de Pareja que aún no tienen validación empírica suficiente :
 - Terapia de Pareja Centrada en solución (Steve de Shazer)
 - Terapia de Pareja Narrativa (Freedman, Coombs, Zimmmerman, Dickerson)
 - Terapia de Pareja Boweniana (Schnarch)
 - Terapia de Pareja Psicodinámica basada en las relaciones objetales (Scharff)

En suma el estado actual de la investigación en Terapia de Pareja, tanto de reportes de meta-análisis como de estudios de efectividad clínica con diferentes niveles de especificidad, permite sacar en términos generales algunas de las siguientes conclusiones (Gurman A., Fraenkel P., 2002):

Los efectos positivos de la terapia de pareja superan al no tratamiento (Gurman A., Fraenkel P., 2002).

Un 35 a 70 % de las parejas mejoran con el tratamiento. (Gottman, 1999 a, Johnson 2000, Gurman A., Fraenkel P., 2002).

Un 35 a 40 % de las parejas en terapia mejoraron, al comparar la diferencia entre evaluaciones pre y post tratamiento (en términos de satisfacción marital) (Gurman A., Fraenkel P., 2002).

Respecto de la durabilidad del cambio, existe evidencia que permite suponer que las recaídas a los 6-9 meses son bajas y que las recaídas entre el 1° y 4° año pueden ser significativas (30%).(Datos de Terapias conductuales). Existen algunos modelos de Terapia de Pareja que mantienen sus cambios después de los dos años (Terapia de Pareja centrada en las emociones) e incluso hasta los cuatro años (IOMT) (Gurman A., Fraenkel P., 2002)

La Terapia conjunta (ambos cónyuges) es más efectiva que la terapia individual. (Gurman A., Fraenkel P., 2002)

Los cambios positivos logrados en general ocurren con una cantidad de 12 a 20 sesiones. (Gurman A., Fraenkel P., 2002)

La Terapia de pareja fue útil sola o en combinación con otras terapias en el tratamiento de algunos desórdenes psiquiátricos como depresión, alcoholismo y trastornos de ansiedad. (Gurman A., Fraenkel P., 2002)

La Terapia de Pareja en coterapia no fue más efectiva que con terapeuta único. (Gurman A., Fraenkel P., 2002)

Los efectos negativos de la Terapia de Pareja son posibles y alcanzan al 10% (Gurman A., Fraenkel P., 2002). Es necesario comentar aquí que esto probablemente ocurre cuando el terapeuta no centra su foco primario en rescatar los recursos y lados fuertes de la pareja. Esto es especialmente fundamental en parejas con alto grado de disfuncionalidad, donde si el terapeuta se centra solo en los problemas la terapia puede agravar el nivel de disfunción marital. A veces es necesario incluso que algunos temas especialmente conflictivos sean abordados por separado en sesiones individuales. Se necesita aquí de un terapeuta directivo en impedir las descalificaciones mutuas, focalizado en la creación de un clima emocional positivo, centrado en impedir las interacciones de argumentación y contra argumentación y que promueva y rescate los lados fuertes de la pareja.

Estudios sobre predicción de satisfacción marital, estabilidad y divorcio

Existe un material de información privilegiado que es averiguar qué hacen las parejas que están felices y estables y qué hacen aquellas que se separan. Con este objetivo se han realizado varias investigaciones prospectivas que comenzaron en la década del 80 y algunas llevan más de 15 años de seguimiento.

Desde 1980 Gottman y cols. (Gottman 1998, Gottman 1999 a, Gottman 1999 b , Gottman 1999c , Gottman 1999 d), han realizado un conjunto de estudios de seguimiento con un total de 677 parejas. Las investigaciones se realizaron en un “departamento laboratorio” donde las parejas pasaron 24 hrs. A través de diversos métodos de registro (videos, entrevistas, cuestionarios, mediciones fisiológicas) se evaluaron tres clases de variables: *Conductas interactivas* (conductual y emocional), *percepciones* (individuales y del otro) y *fisiológicas* (mediciones autonómicas, endocrinas e inmunológicas). El objetivo de estas investigaciones es poder determinar si algunas de estas variables medidas en un tiempo 1 tienen un valor predictivo en términos de estabilidad-felicidad/separación evaluada en un tiempo 2.

Conductas interactivas. Se consideró, la cantidad de afecto positivo vs negativo, la capacidad de un cónyuge de inducir emociones negativas en el otro, la brusca escalada al iniciar las discusiones y el nivel de influencia de la esposa sobre el esposo. No todas las variables conductuales en la interacción de una pareja tienen el mismo peso en términos de pronóstico. Hay cuatro de ellas que por su fuerza predictiva de separación se han denominado, “*Los cuatro jinetes del Apocalipsis*” (4JA) y estos son; *criticismo, defensividad, desprecio e indiferencia o «stonewalling»*.

El Criticismo. En la mayoría de las discusiones de pareja la mujer se queja o critica y el hombre se defiende o calla. Las parejas están formadas por personas diferentes con diferentes perspectivas, modelos de mundo y caracteres, por lo que las diferencias son lo habitual en las interacciones de pareja. Cuando no se está de acuerdo aparece la *queja*. Se entiende por *queja* cuando el reparo está dirigido a la conducta del otro. Si este reparo es a la esencia del otro o sea es atribucional, se llama *crítica*. El *criticismo* es una conducta en que se descalifica o desvaloriza atribucionalmente al otro. El *criticismo* discrimina para separación o divorcio y se manifiesta clínicamente de diferentes formas, a través de descalificaciones atribucionales directas (“*tu no sirves para nada*”, “*eres una persona egoísta*”), uso del “*nunca*” y “*siempre*” (*tu nunca estás conmigo*”, “*siempre te preocupas sólo de tí*”), *las preguntas por el porqué*, (que en realidad son descalificaciones disfrazadas de preguntas) (*¿porqué eres una persona tan agresiva? ¿dime porqué no te importa nada ni nadie más que tú?*) (Tapia L., 2001) y la descalificación global de la personalidad del cónyuge, que si bien cada una podría ser considerada aisladamente como una *queja*, lo masivo de ella es un rechazo a todos los rasgos del otro.

Defensividad. Es una actitud de defensa de sí mismo ante lo que es percibido como un ataque. Es más frecuente en los hombres. En vez de acoger la queja y entenderla en su origen conductual y emocional, el esposo se defiende, da argumentos, niega situaciones, adopta una actitud de víctima y culpa al otro. Es no admitir nunca estar equivocado, contraatacar, eludir la responsabilidad en la construcción del conflicto y en algún sentido desconfirmar las percepciones del otro.

Desprecio. El desprecio es una actitud verbal o no verbal que expresa poca valoración del otro. Abarca desde el abierto desprecio directo y verbal hasta las muecas, el remedo y las correcciones gramaticales en el discurso del otro, por ejemplo, en la mitad de una discusión uno de los cónyuges puede decir: “*no se dice «hubieron» se dice hubo ¡¡por lo menos dilo bien!!*” (Tapia L., 2001). La presencia de desprecio es un importante predictor de separación y se ve sólo en parejas disfuncionales. Hay relación entre desprecio y enfermedades físicas. Así, existe una relación entre la presencia de muecas del esposo y la aparición de enfermedades infecciosas en la esposa (Gottman 1999 a). Cuando los esposos presentan signos de soledad, la presencia de desprecio en la esposa predice enfermedades físicas en el esposo (Gottman 1999 a).

Indiferencia o «Stonewalling». En una discusión, como ya dijimos, es frecuente que sea la esposa quien critique. Ante esto, el hombre puede participar en la discusión en diferentes formas, ya sea contestando verbalmente, asentir a través de sonidos (mm, mm...), movimientos de cabeza, inquietud corporal, es decir con diversas formas expresa que “*está allí y en la pelea*”. Si el hombre en algún momento se pone inmutable, indiferente, mira hacia lo lejos (*stonewalling*) y utiliza frases cortas desprovistas de un tono emocional concordante con la discusión, se constituye un estado de indiferencia de “*huida*” de la discusión, (probablemente para bajar su nivel de tensión emocional). No obstante, esta actitud enfurece a la esposa y más lo critica y así sucesivamente. El 85% de estas actitudes indiferentes ocurre en los hombres (Gottman 1999 a, Gottman 1999 e) y cuando ocurre en las mujeres el pronóstico es muy malo. De las últimas cuatro

variables mencionadas el desprecio es el mejor predictor de divorcio, de hecho las parejas felices y estables no lo presentan. El criticismo, defensividad y *stonewalling* pueden observarse también en parejas estables, pero en éstas prima la reparación, con afecto, humor e interés.

¿Qué hace que algunas parejas a pesar de tener interacciones como las descritas, puedan tener una evolución feliz y estable? Parece ser que estas parejas desarrollan mecanismos que permiten detener el escalamiento de las discusiones, como si se produjera un aprendizaje conjunto en la utilización del humor, cuidados y afecto para parar la escalada de negatividad. Muchas cosas pueden ser un intento de reparación, lo importante es que en los códigos de la pareja estas actitudes signifiquen una detención en la escalada del conflicto y una atenuación de los afectos negativos, algo que finalmente significa un interés por el cuidado del otro y de la relación. *Lo importante es no sólo el intento de reparación sino su aceptación.* Otra variable que tiene valor pronóstico es la *aceptación por parte del esposo de la influencia de la esposa*. En términos prácticos esto significa que en una discusión el esposo legitima el punto de vista de la esposa, hay una validación de la opinión más que una desconfirmación de ella. La presencia de los 4JA predice el divorcio con un 85% de seguridad. En un estudio de 130 parejas recién casadas (Gottman 1999 a) se observó que aunque existieran 4JA en un nivel medio, el 83% de esas parejas tuvo buen pronóstico, siempre que existieran intentos de reparación efectivos. El uso combinado de 4JA e intentos de reparación sube la seguridad en la predicción de estabilidad/satisfacción o separación al 97.5%. (Gottman 1999 a).

En las discusiones de las parejas un 69% de estas están relacionadas con problemas perpetuos que no tienen solución, ya que están profundamente arraigados en diferencias caracterológicas y de identidad del sí mismo. Solo el 31% de las discusiones de pareja se refieren a problemas específicos solucionables. Las parejas que tienen buen pronóstico no resuelven la mayoría de los problemas perpetuos, por lo tanto lo que determina el buen pronóstico, es la capacidad para discriminar entre problemas solucionables y no solucionables y el diálogo sobre los problemas perpetuos con afecto y en clima positivo, para así dedicarse a solucionar lo solucionable. (Gottman 1999 a).

Percepciones. Una parte importante de la vivencia emocional en una interacción esta relacionada con el contexto en que se ubica y con la *percepción* de los participantes. En Psicodrama hay un concepto llamado *soliloquio*, que es cuando el protagonista o algún otro personaje luego de una interacción con un otro significativo habla en voz alta de lo no dicho, de lo que se siente y se piensa, pero no se dice, y que gracias al despliegue dramático se verbaliza. Cuando una pareja interactúa, el texto o guión de la interacción está constantemente siendo contextualizado. Lo que cada miembro de la pareja está sintiendo y pensando y no es dicho se le denomina *subtexto*. Este subtexto implica una evaluación de la interacción y ésta se va interpretando en forma (+) o (-) y se van haciendo atribuciones. En las parejas disfuncionales se produce un *error atribucional* donde los conflictos son atribuidos a defectos en los rasgos de carácter del otro. Veamos la siguiente viñeta (Tapia L., 2001):

Esposo llega a casa desde el trabajo y ocurre la primera interacción con la esposa:

Esposa: Hola que tal el día

Esposo: Ahí (malhumorado)

Esposa: ¿Te acordaste de traer lo que te encargué?

Esposo: Lo olvidé..... (distráido)

Esposa: mmm....

En las parejas felices y estables se producirá una atribución externa y situacional de la forma.... *“Ha estado irritable y olvidadizo estos días, puede que tenga problemas en el trabajo y no me lo ha dicho”*. En las parejas disfuncionales se producirá una atribución interna y estable del modo... *“Es una persona egoísta sólo piensa en él”*. Veamos esta otra viñeta. (Tapia L., 2001).

Esposo llega del trabajo y en la primera interacción:

Esposa: ¡Hola! (sonriendo)

Esposo: Hola

Esposa Te tengo una sorpresa...te preparé lo que te gusta. ¡Adivina!.....

En las parejas felices y estables se producirá una atribución interna y estable del modo... *“Ella es una persona amorosa y preocupada...”*. En las parejas disfuncionales se producirá una atribución externa y situacional del modo..... *“Es amorosa porque le tiene que haber ido bien en el trabajo o....mmm, algo querrá...”* (Tapia L., 2001). En otras palabras las parejas felices y estables tienden a atribuciones externas y situacionales de los eventos negativos y a atribuciones internas y estables de los eventos positivos. Las parejas disfuncionales tienden a atribuciones internas y estables de los eventos negativos y a atribuciones externas y situacionales de los eventos positivos. La atribución a los rasgos de carácter del otro de los conflictos de la pareja es una de las características más frecuentes de las parejas disfuncionales y numerosos trabajos confirman las diferencias atribucionales entre parejas felices e infelices y existe una fuerte correlación entre el estilo atribucional y los resultados de los tests de satisfacción marital.

Las variables fisiológicas nos pueden ayudar desde otra perspectiva a conocer lo que ocurre con los conflictos durante el matrimonio. En términos generales en el Sistema Nervioso Autónomo hay un equilibrio entre el sistema simpático y parasimpático. Básicamente, el sistema simpático está a cargo de la activación de los mecanismos de respuesta ante situaciones de emergencia y el parasimpático es responsable de la “vuelta a la calma” de los sistemas fisiológicos. Ante una situación que se percibe como estresante o peligrosa se activa un mecanismo fisiológico difuso llamado DPA (Diffuse Physiological Arousal), que es una respuesta de alarma general. Esta respuesta está mediada, por un lado, por el *sistema simpático* que activa la liberación de catecolaminas (dopamina, epinefrina y norepinefrina), y por otro, por la activación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal con la producción de cortisol. Durante la activación de DPA se produce un foco de la atención sólo en lo que produce alarma y se limita seriamente la capacidad de acceder a nueva información. Así, en parejas disfuncionales, al producirse una dificultad en procesar información es muy difícil atender lo que el otro está diciendo. Es experiencia común que en discusiones de pareja con una elevada tensión emocional, al rato se produzca confusión e incluso olvido de cómo se inició la discusión y hay una falta de comprensión cognitiva de lo que se está discutiendo.

En un estudio en parejas de recién casados, (Malarkey W.B., 1994 en Gottman 1999a), se tomaron muestras de sangre a 40 parejas, las que fueron divididas en dos grupos en relación a la presencia de 4JA, (en términos de cantidad de interacciones maritales negativas). En las muestras se determinaron niveles de epinefrina en cuatro momentos, antes, durante y después de una discusión. Se observa que en ambos grupos antes de la discusión, el nivel de epinefrina es similar, luego en las parejas con mayor nivel de negatividad, los niveles de epinefrina son más altos durante la discusión y 30' después de de que la discusión haya terminado, los niveles de epinefrina aún permanecen altos. El sistema parasimpático por otro lado restaura la calma y se ha encontrado asociación entre tono parasimpático y capacidad de focalizar la atención, que como dijimos, es fundamental en relación al pronóstico de una discusión en una pareja. Existen dos vías de activación fisiológica ante el estrés, el sistema nervioso parasimpático y el cerebro. Cada una es mediada por diferentes estados psicológicos. Así, la rabia y la hostilidad activarían el sistema simpático (secreción de catecolaminas) y las sensaciones de abandono, depresión y pesimismo activarían el eje hipotálamo-hipófisis suprarrenal (secreción de cortisol). En las parejas en conflicto la presencia simultánea de ambas, actuaría en los dos ejes con el riesgo de desarrollar enfermedades físicas.

Existe numerosa evidencia de que el estrés crónico produce depresión del sistema inmune. Existe una estrecha relación entre calidad de los vínculos cercanos y respuesta inmune, y más específicamente hay evidencia reciente de que la calidad de la relación de pareja afecta el desempeño de dicho sistema específicamente en términos de inmunidad celular (Kiecolt-Glaser J., 1997).

De lo anterior podremos suponer que un elemento importante de la relación de pareja será su capacidad para bajar la activación de estados de estrés (DPA), esto es, la capacidad para tranquilizarse y tranquilizar al otro, por lo cuál el nivel de estabilidad de la estructura de personalidad será un factor relevante para lograr dicha calma. En estas capacidades hay diferencias de género, así las mujeres (probablemente desde rasgos que han evolucionado en la filogenia) tienen una mayor capacidad para tranquilizar y tranquilizarse a sí mismas y los hombres en cambio responden rápida y agresivamente con estados de vigilancia ante el peligro. Se ha observado que algunas conductas bajan significativamente el nivel de activación del DPA (evaluado a través de la frecuencia cardiaca) y son; el humor, una actitud cariñosa, mostrar interés por el otro, respuestas no verbales que confirman que quien escucha sigue activamente la conversación y detener las escaladas del conflicto (Gottman 1999a). (Tapia L. 2001, 2003)

Alianza Terapéutica (AT)

En los últimos años ha habido un notorio desarrollo de las investigaciones sobre AT en el ámbito de la psicoterapia en general. El interés de investigar alianza radica en el hecho de que esta variable explica una parte relevante de la varianza del cambio en psicoterapia. Las cifras giran alrededor del 30% (Doucette 2002). En Terapia de Pareja la investigación de alianza ha sido notoriamente menor, salvo en los últimos años en que han parecido algunas investigaciones relevantes (Symonds D., Horvath A, 2004). Tal vez la escasa cantidad de

investigaciones se deba a lo complejo de desarrollar instrumentos que deban dar cuenta de un modelo triádico de alianza.

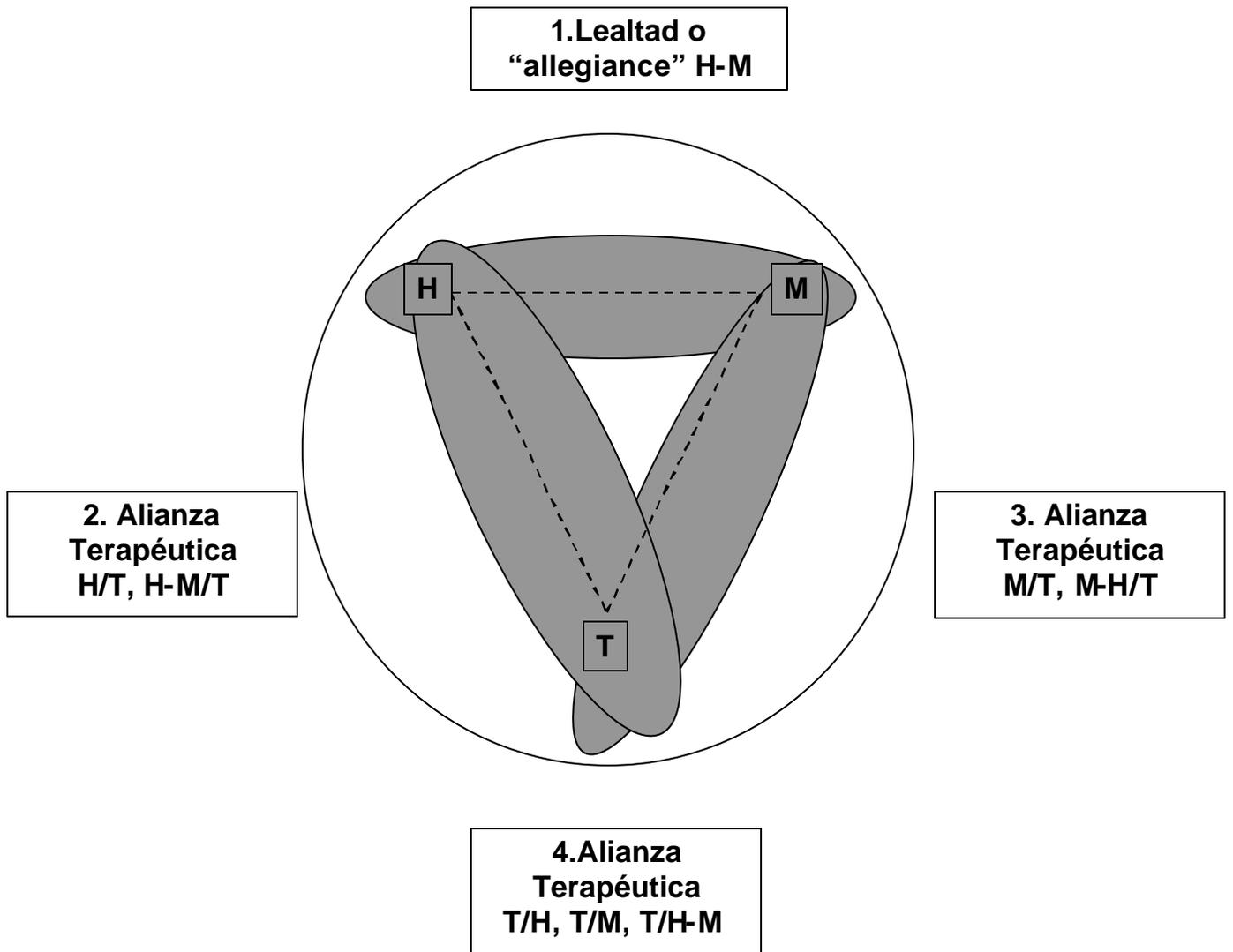
Desde una perspectiva sistémica la alianza podría definirse como aquellos aspectos de la relación entre el sistema consultante y el sistema terapéutico, que permiten que dichos sistemas formen una mutualidad de inversión y colaboración en el logro de las tareas y metas terapéuticas, (Pinsof, 1995 b)

La AT tiene tres dimensiones de contenido (Bordin, 1975, 1989, 1994, en Horvath 2003):

- Consenso respecto de las tareas en la terapia (Tasks)
- Acuerdo en las metas terapéuticas (Goals)
- Desarrollo de un vínculo entre cliente y terapeuta (Bond)

La AT en Terapia de Pareja tiene la particularidad de que se construye en una triada, donde la AT entre cada uno de los miembros y el terapeuta tiene una dimensión individual y otra como pareja y la AT necesita ser balanceada con la alianza o lealtad que tienen los cónyuges entre sí. El siguiente esquema puede servir para aclarar lo dicho.

Esquema 1. Dimensiones de la AT en Parejas



1. Lealtad o "allegiance" H-M = Es la alianza entre la pareja.
2. Alianza Terapéutica H/T, H-M/T = Es la AT del hombre con el terapeuta, y de la pareja como un todo con el terapeuta (desde la perspectiva del hombre).
3. Alianza Terapéutica M/T, M-H/T = Es la AT de la mujer con el terapeuta, y de la pareja como un todo con el terapeuta (desde la perspectiva la mujer).
4. Alianza Terapéutica T/H, T/M, T/H-M = Es la AT de l terapeuta con el hombre, del terapeuta con la mujer y del terapeuta con ellos como pareja

En las investigaciones sobre AT antes mencionadas (Symonds D. Horvath, 2004) no se detectó una fuerte correlación entre la evaluación de la alianza por parte del cliente y los resultados de la terapia, incluso fue más débil que la evaluación hecha por el terapeuta. *Se encontró una fuerte correlación entre*

alianza y resultados terapéuticos cuando existía acuerdo entre los cónyuges, respecto de la fuerza de la alianza o cuando ambos cónyuges aumentaban la alianza entre las sesiones primera y tercera. Se plantea que lo anterior esta relacionado con las interacciones que se producen entre dos clases de alianza, la “alianza” y la “lealtad”. En terapia de pareja es importante al parecer conciliar estos dos aspectos. El terapeuta tendrá que moverse con habilidad de una posición de esto/o a ambos/y.

Parece que lo que importa, es *el acuerdo en la fuerza de la alianza* más que la alianza individual de cada uno, esto explicaría la falta de relación entre alianza y resultados. Entonces si el acuerdo sobre la fuerza de la alianza es alto los resultados son positivos, si el acuerdo es débil los resultados también lo serán. *Si hay desacuerdo en la fuerza de la alianza el resultado es impredecible.*

Un hallazgo importante es el hecho de que, cuando la alianza del hombre es mayor que la de la mujer y si la alianza del hombre va mejorando, la correlación de alianza y resultados es alta. Probablemente esto se deba a que los hombres son más reacios a consultar y el terapeuta puede “arriesgar” más la alianza con la esposa.

No se encontraron diferencias en la evaluación de la alianza en esposos y esposas y el género del terapeuta.

En investigaciones sobre predicciones de AT en relación a variables previas existen algunas conclusiones preliminares interesantes (Knobloch- Fedders L., 2004). Parece ser que la sintomatología previa de cada cónyuge no predice AT. Una alta disfunción marital predice una pobre Alianza Terapéutica entre-cónyuges en etapas precoces de la terapia y una alta disfunción en la familia de origen predice pobre Alianza Terapéutica precocemente en la terapia. Esto apunta que tal vez el terapeuta tendrá que focalizarse mas en intervenir en el clima emocional y los recursos positivos y considerar en esto la disfuncionalidad de la familia de origen actualizada en sesión.

El apego

Bowlby (Bowlby 1993) definió el apego como un tipo de vínculo especial, diferente a otros tipos de relaciones sociales. Este vínculo es un sistema conductual innato que esta dirigido a cumplir funciones tales como: búsqueda de proximidad (mantener un contacto con la figura de apego), creación de una base segura (mantener un recurso de seguridad que hace posible la exploración), creación de una pertenencia segura (usar la figura de apego como un recurso de bienestar y protección) y protestar ante la separación (resistencia a la separación). La separación física y emocional de la figura de apego produce una secuencia de respuestas de protesta, búsqueda, depresión y finalmente desapego. Algunos elementos de las relaciones adultas como los cuidados mutuos y la sexualidad se consideran hoy también como parte del apego.

Las formas en que las investigaciones han abordado el estudio del apego, han sido, *la observación conductual de infantes y cuidadores, el estudio de la representación mental que adultos tenían de sus experiencias de apego y el estudio de las percepciones a través de autoreportes, que adultos tienen respecto de sus relaciones cercanas.* La *observación conductual de infantes y cuidadores*

que realizó Ainsworth y cols. en 1978, a través del Strange Situation Test o SST (Fisher J. 2001). Este consiste en la observación y registro de secuencias interactivas en un laboratorio con juguetes, entre un infante de 12 a 18 meses, un cuidador y un extraño. Del análisis de las secuencias (el niño juega con un extraño mujer, la cuidadora sale y luego vuelve y así en diversas secuencias), los niños fueron clasificados como *seguros*, *ambivalentes* o *evitadores*, como se observa en la Tabla 7.

Tabla 7. Tipos de apego entre infantes y cuidadores. Ainsworth y cols 1978 (Fisher J. 2001) (Tapia L., 2001)

Tipo de apego	Características
Seguro	El niño puede o no exhibir tensión emocional cuando se separa del cuidador, si esta ansioso buscará el contacto cuando se reúna de nuevo con el, se tranquilizará y volverá a jugar. Los que no se tensionan, recibirán al cuidador en el reencuentro con alegría, y establecerán contacto emocional a través de sonrisas y gestos.
Ambivalente	El niño muestra gran ansiedad ante la separación y busca contacto cuando se reúne de nuevo con el cuidador, pero a diferencia de los seguros, el niño continua llorando, busca el contacto físico y lo rechaza, no se calma ni vuelve a jugar.
Evitador	El niño muestra una mínima o ninguna ansiedad durante la separación y al reunirse de nuevo con el cuidador lo evita, a pesar de los numerosos intentos que este haga. El niño se muestra inexpresivo pero presenta indicios fisiológicos de tensión emocional (pulso, respuesta galvánica de la piel).

En años recientes se ha agregado una cuarta categoría llamada “*desorganizada*”, donde el niño muestra una conducta desorganizada, impredecible y peculiar.

Numerosas investigaciones muestran que los apegos inseguros se asocian con dificultades en las competencias sociales. Bowlby (Bowlby 1993) planteaba que las experiencias de apego temprano generan un “*modelo de respuesta internalizado*” en la vida adulta.

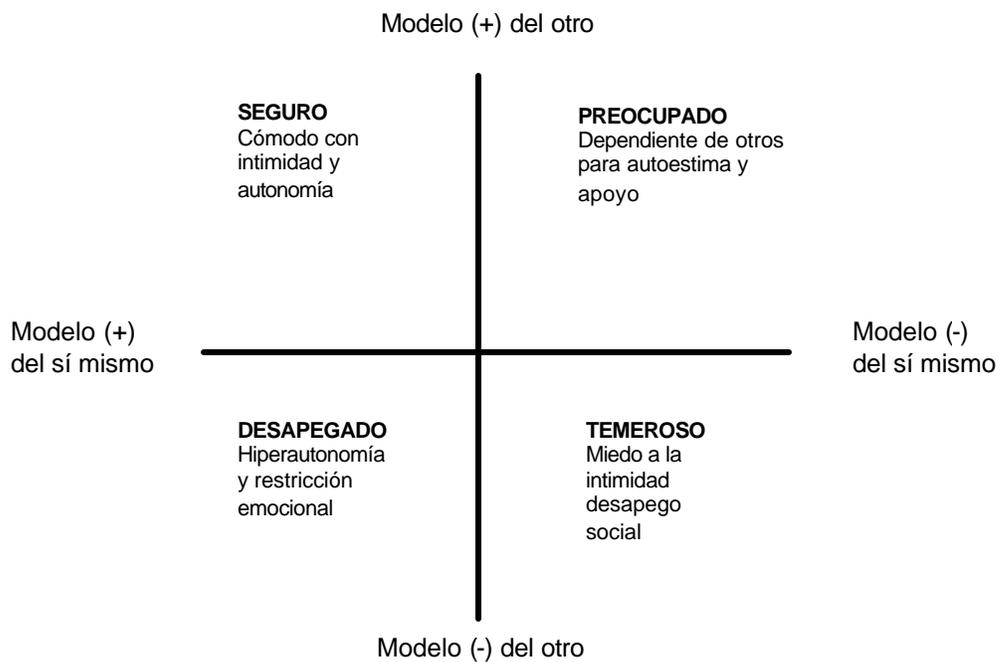
El estudio de la *representación mental que adultos tenían de sus experiencias de apego* se han estudiado a través de la *Adult Attachment Interview (AAI)* (Fisher J. 2001), donde se le pregunta a individuos adultos sobre las experiencias de apego con sus padres. Se han descrito cuatro tipos de individuos, en la misma línea que la SST. Los individuos “*seguros*” son flexibles, reflexivos,

conversan acerca de sus relaciones, tienen recuerdos específicos, valoran las experiencias de apego, integran las experiencias positivas y negativas de sus padres y están concientes de cómo esas experiencias han influido en su vida adulta. Los individuos “*desapegados*” presentan dificultad para encontrar recuerdos de la niñez, tienen dificultad para expresar afectos, desvalorizan la importancia de esas relaciones en su vida adulta y presentan representaciones idealizadas y contradictorias de sus experiencias con sus padres. Los individuos “*preocupados*” presentan recuerdos específicos, pero son invadidos por intensos contenidos negativos y son incapaces de integrar esas experiencias en una comprensión coherente de las relaciones con sus padres durante su infancia y presentan intensa rabia con ellos. Finalmente, algunos adultos tienen un patrón “*desorganizado*” de recuerdos relacionados con muerte, abuso y trauma.

Los conceptos hasta aquí comentados se refieren a apegos en las relaciones cercanas en la infancia pero ¿qué pasa con las relaciones adultas, específicamente en las relaciones de pareja? Las relaciones de apego con un cuidador son *unidireccionales* es decir uno es la figura de apego y el otro es el niño que depende. En las relaciones adultas de pareja cada uno es una figura de apego para el otro y en este sentido es un sistema de apego *bidireccional*. En una relación segura cada miembro tolerará moverse flexiblemente de una posición de dependencia a una de apoyo. Esta naturaleza dual del apego en las relaciones amorosas adultas se ha llamado “*apego complejo*”.

En este sentido Bartholomew y Horowitz (Bartholomew, 2001), han desarrollado un modelo bidimensional con cuatro categorías de apego adulto. Las dimensiones son *la positividad de la autoimagen* (eje horizontal) en y *la positividad de la imagen del otro*, (eje vertical). Así existirían según este modelo los apegos, *seguro*, *desapegado*, *preocupado* y *temeroso*. Las características del modelo se observan en Esquema 2.

**Esquema 2. Dos dimensiones y cuatro categorías del apego adulto.
(Bartholomew y Horowitz 2001)**



Desde la conceptualización de apego complejo y de las categorizaciones descritas a través de SST y AAI se pueden hipotetizar los siguientes *tipos de apego en las parejas*, en un modelo de tres categorías como se observa en la Tabla 8 (Fisher J. 2001).

Tabla 8. Tipos de apego de pareja. (Fisher y Crandell, 2001) (Tapia L., 2001)

Tipo de Apego	Descripción		
1.Parejas de Apego Seguro	Ambos cónyuges tienen la habilidad para moverse en forma flexible entre las posiciones de depender y apoyar. Hay sentimientos empáticos de comprensión de los pensamientos y sentimientos del otro en ambas posiciones. Hay una expresión abierta de las necesidades de cuidado y contacto así como de la recepción de dicho contacto		
2.Parejas de Apego Inseguro	Hay tres distintos patrones de apego inseguro, no obstante comparten algunas características. Hay falta de la flexibilidad y de la reversible bidireccionalidad de posiciones de las parejas con apego seguro. Hay asimetría y rigidez en la relación, donde cada miembro de la pareja se mantiene en su posición. Hay poca preocupación por los sentimientos del otro y se está más centrado en las propias.		
Tipos de Pareja con Apego Inseguro	Parejas con apego inseguro Desapegado/Desapegado	Parejas con Apego Inseguro Preocupado/Preocupado	Parejas con apego Inseguro Desapegado/Preocupado
	Ambos cónyuges tienen historias donde las necesidades de dependencia han sido desvalorizadas y han aprendido a negar las necesidades y la vulnerabilidad. Son hiper-independientes y autosuficientes. Es una pseudoindependencia ya que hay posturas defensivas con gran sensibilidad a las posturas dependientes y son negados y reprimidos los sentimientos de necesidad y son "exiliados" de la relación y aparece no haber conflicto hasta que aparece un evento vital que desencadena la crisis (nacimiento de un hijo, cesantía o enfermedad)	Existe una historia de relaciones con las figuras parentales donde la satisfacción de las necesidades ha sido inconsistente o invertida, es decir ha sido errática o ha estado más centrada en las necesidades de alguno de los padres. Debido a lo anterior el niño intensifica la petición de satisfacción para provocar una respuesta de la figura parental .En la pareja cada miembro demandará al otro la satisfacción de necesidades que nunca es suficiente, reaccionado en forma rabiosa y ambivalente ante la frustración.	Es un sistema altamente conflictivo donde el miembro preocupado expresa la mayoría del descontento, mientras el miembro desapegado cree que el único problema es el descontento del otro. El cónyuge preocupado se siente crónicamente deprivado y abandonado y el cónyuge desapegado rechaza las necesidades de dependencia del otro. Se produce una escalada de intensificación de la pauta
3.Parejas con Apego Seguro/ Inseguro	El cónyuge seguro tiene la capacidad de moverse flexiblemente entre las posiciones de apoyo y dependencia. Se produce una experiencia emocional correctiva que hace que en general el cónyuge inseguro evolucione a posiciones más flexibles. En pocos casos ocurre lo contrario donde el miembro arrastra al otro a posiciones rígidas		

El apego seguro se ha relacionado con aspectos positivos de la relación de pareja con altos niveles de compromiso, confianza y satisfacción. (Jonhson S. 2001).

Un daño al apego se origina por situaciones de abandono o violación de la confianza, donde un cónyuge siente que se ha roto la sensación de seguridad en el vínculo. Lo anterior impide sentir la necesaria sensación de apoyo y cuidados que se espera de una figura de apego. La aparición de la disfunción producirá entonces un clima emocional de negatividad, defensividad, donde predomina la desvalorización del otro, el atrapamiento en conflictos crónicos y reiterativos, con el consiguiente estrés psicofisiológico. Como ya he comentado estas variables al aparecer en las relaciones de pareja, discriminan para divorcio.

Podemos observar que existe cierta correlación entre tipo de apego, tipo de intimidad y nivel de diferenciación. Así, los sujetos con apego seguro podrán establecer relaciones mas diferenciadas, con una intimidad basada en la validación del si-mismo y con una flexibilidad en los roles de cuidar y ser cuidado. La sexualidad tendrá una profunda intimidad sexual y se desplegará más bien en relaciones con compromiso. En los apegos inseguros, habrá mas angustia de fusión en la intimidad sexual, o distanciamiento e inhibición del deseo ante una intimidad que se hace insoportable. Serán más probables las relaciones casuales y puede haber escisión entre el contacto físico relacionado con la ternura y aquel relacionado con lo erótico. Las mujeres evitadoras y los hombres ambivalentes son los que menos probablemente se involucrarán en un encuentro sexual. En la Tabla 9 se observa un resumen de los hallazgos de investigaciones empíricas sobre los tipos de apego y las características de la sexualidad de los individuos (Feeney J. 1999).

Tabla 9. Tipos de apego y sexualidad. (Hazan, 1994, Feeney, 1993, Shaver, 1995 en Feeney J. 1999) (Tapia L., 2001)

Tipo de apego	Características de la sexualidad
Seguro	<i>Poco probable que se involucre en relaciones casuales, o fuera de la relación primaria. Altamente probable que el inicio de la sexualidad sea compartido y con disfrute del contacto físico</i>
Ambivalente	<i>Mujeres: Mas probable, exhibicionismo, voyerismo y sado-masoquismo. Más disfrute con caricias tiernas y abrazos que con conductas sexuales claras no ritualizadas.</i> <i>Hombres: Sexualmente reticentes. Mas disfrute con caricias tiernas y abrazos que con conductas sexuales</i>
Evitador	<i>Baja intimidación psicológica, más probable relaciones casuales, extraconyugales y sin sentimientos. Menos disfrute con contacto físico</i>

Existen algunas características del apego seguro que tienen relación con su funcionamiento en los vínculos de pareja. *Las personas con apego seguro tienden a reaccionar con menos estrés emocional a los eventos estresantes que las personas con apego evitador o ansioso. Están más dispuestas a buscar apoyo y contención en situaciones difíciles que las con apego evitador o ansioso. Tienen expectativas más positivas acerca de su relación de pareja que aquellas con apego evitador. y existe mejor autoestima que las personas con apego ansioso. Las personas con apego seguro desarrollan más la exploración (otras actividades) y la afiliación (relaciones sociales) y tienen una mayor capacidad de percibir las necesidades de otros que las persona con apego evitador o ansioso (Mikulincer, 2002).*

Se han estudiado las relaciones entre apego y satisfacción marital tanto a través de instrumentos autoaplicados como de observación de interacciones.

Respecto de las expectativas de la relación *las personas con apego seguro respecto de las con apego inseguro, tienen creencias positivas sobre las relaciones de parejas, la existencia del amor romántico y que éste dura en el tiempo.* Si observamos la elección de pareja y la mantención de la relación, *las personas con apego seguro tienden a emparejarse con personas con apego seguro. (Mikulincer, 2002). Personas con apego desapegado tienden a emparejarse con personas con apego ambivalente y las personas con apego seguro en relación a las con apego inseguro se involucran en relaciones de pareja de más largo plazo, tienen relaciones de pareja más estables, sufren de menos dificultades y rupturas en sus relaciones de pareja y tienen mayor estabilidad marital, (Feeney J., 1999) (Mikulincer, 2002).*

Se han realizado numerosos estudios que relacionan el tipo de apego y la satisfacción de las parejas (Mikulincer F., 2002). Estos trabajos han concluido que *las personas con apego seguro en relación a las con apego inseguro, tienen mayor satisfacción en la relación, mayor nivel de compromiso, mayor estabilidad de la relación, mayor confianza en el otro, alta cercanía emocional, bajo nivel de patrones de perseguidor-perseguido, más sentido del humor y mayor expresividad emocional.*

Se han realizado numerosos estudios que relacionan el tipo de apego y la satisfacción de las parejas casadas (Mikulincer F., 2002).

Estos trabajos han concluido que las personas con apego seguro en relación a las con apego inseguro:

- ? Si los dos cónyuges son seguros tienen mayor satisfacción marital e intimidad que en las parejas mixtas o inseguras.
- ? El cambio del tipo de apego en esposos o esposas pudo predecir un cambio en la satisfacción marital de la relación.
- ? Tienen mayor intimidad, menor ambivalencia y más confianza en la relación.
- ? Hay dos estudios que muestran una correlación positiva entre apego seguro y calidad de las interacciones (secuencias de positividad, menor rechazo y más contención ante las dificultades) observadas en videotape.

Feeney en 1999 (Feeney, 1999) encuentra que las relaciones entre tipos de apego de los esposos y satisfacción marital tiene una influencia cultural importante. *El estudio considera sólo esposos y esposas con apegos inseguros.* La relación de pareja que produjo mayor insatisfacción marital en las esposas fue aquella en que las esposas tenían dificultades con la cercanía (evitadoras) y los esposos tenían alta ansiedad (ambivalentes). La interacción inversa es decir esposos evitativos y esposas ambivalentes fueron tanto en esposos como en esposas los que menos insatisfacción marital produjeron.

Finalmente las conclusiones de estas investigaciones sobre apego y pareja nos permiten relacionarlas con diversos aspectos de la clínica de la Terapia de Pareja. Así, el tipo de apego influencia la cercanía, nosotridad, intimidad y la estabilidad de las relaciones a largo plazo. El tipo de apego está relacionado con la representación mental de otros, elemento relevante en la empatía y el conocimiento y satisfacción de las necesidades de otros. El apego está relacionado con la satisfacción de otras necesidades de las personas como son la afiliación, exploración y los cuidados, elementos que están relacionados con las pautas de autonomía/necesidad. El tipo de apego influencia las relaciones establecidas entre la intimidad emocional y la sexualidad en las parejas en que la sexualidad es el o uno de los temas relevantes de la terapia. El constructo de apego está relacionado entonces con diversas dimensiones del conflicto en las parejas como son la intimidad, diferenciación y los conflictos de poder.

Se han realizado algunos estudios que relacionan las diferentes dimensiones del apego con los trastornos de la personalidad (Bartholomew, 2001).

Una posibilidad es relacionar los tipos de apego con rasgos o tipos de personalidad en modelos dimensionales (FFM Five Factor Model (Costa 1994) en Bartholomew, 2001), DAPP Assesment of Personality Pathology, Livesley, 1989

en Bartholomew, 2001) o a través de modelos descriptivos como el DSM IV (DSM-IV, 1994).

En el primer ámbito se ha encontrado asociación entre la ansiedad relacionada con el apego y el *neuroticismo*, con la posibilidad de desarrollar síntomas como sensibilidad a la crítica, miedo a ser abandonado y necesidad de aprobación constante, (Griffin, 1994 en Bartholomew, 2001). En términos del DSM IV estos individuos podrían ser diagnosticados como *borderline*, *histriónico*, *evitadores* o *dependientes*. Otra dimensión del apego es la evitación defensiva, donde los individuos ante la ansiedad suprimen las conductas de apego. Esta supresión está relacionada con rasgos de introversión en el DAPP. Los individuos con apego evitador se relacionan con los individuos diagnosticados como dependientes o evitadores, (Griffin, 1994 en Bartholomew, 2001).

Existe una relación entre el estilo preocupado de apego y la personalidad histriónica, la excesiva emocionalidad y la constante necesidad de atención, segurización y aprobación se relaciona con un apego con altos niveles de ansiedad. No obstante existen otros rasgos de la personalidad histriónica (como la impulsividad) que no se relacionan con el apego preocupado sino que más bien dependen de los rasgos de la personalidad. La personalidad *borderline* es una de las personalidades que más atención ha recibido en los estudios de apego. Sus características más importantes son las intensas e inestables relaciones interpersonales y sus enormes esfuerzos para evitar el abandono real o imaginado. Presentan altos niveles de ansiedad de apego con conductas que los acercan a los estilos preocupados y temerosos de las clasificaciones bidimensionales de apego. Numerosos estudios que han relacionado los distintos tipos de apego (evaluados a través de la AAI (Adult Attachment Scale e instrumentos no-AAI) han encontrado una asociación entre personalidades *borderline* y estilos de apego preocupados y temerosos (Patrick 1994, Fonagy 1996, Stalker 1995, Brennan 1998 y Bartholomew 1994 en Bartholomew, 2001). La ansiedad extrema de apego entonces es una de las características importantes de la personalidad *borderline*. Estos pacientes pueden además presentar conductas de apego como la búsqueda del “cuidador”, conductas evitativas de rabia ante la separación y devaluación de sus parejas.

Existe una notoria sobreposición entre las características del apoyo temeroso y el trastorno de personalidad *evitativa*. Esto significa un deseo de relaciones cercanas y un miedo al rechazo y la desaprobación. No obstante la ansiedad del apego temeroso está centrada en las relaciones cercanas, y los temores de la personalidad *evitativa*, en la timidez y desempeño social. Sin embargo ambas características no necesariamente coexisten, así por ejemplo, hay individuos que pueden mantener una timidez social y presentar un apego seguro en las relaciones íntimas. Las personas con rasgos de personalidad evitadores tienden a sobreponerse con el apego temeroso donde se distancian para evitar ser rechazados. Los individuos con personalidad dependiente se sobreponen más con el estilo de apego preocupado debido a su búsqueda ansiosa de atención y reconocimiento. (Bartholomew, 2001)

Los rasgos de personalidad *esquizoides* se han relacionado con el apego desapegado (dismissing), pero parece ser un relación equivocada toda vez que los individuos con apego desapegado toman distancia de la intimidad en las

relaciones cercanas pero se mantienen presentes aunque sea superficialmente en el mundo social y tienen una activa vida sexual. En los individuos *antisociales* existe una tendencia a tener apegos inseguros especialmente desapegados, no obstante la mayoría de los individuos desapegados no son antisociales. (Bartholomew, 2001)

La dimensión del apego puesta en el espacio de las relaciones adultas ha permitido categorizar las conductas de cuidado y la búsqueda de éste. En la vida adulta una de las relaciones más significativas es la relación de pareja en la cual se reproducirían estas pautas. El trabajo con las pautas relacionales es uno de los focos centrales de las intervenciones en el proceso, necesarias para que una Terapia de Pareja tenga éxito. La sobreposición entre las diferentes pautas de apego y rasgos de personalidad orientará al terapeuta de pareja a poner especial atención en determinadas tensiones interactivas, según los diferentes tipos de personalidad. Así por ejemplo, en parejas con un miembro borderline podremos sospechar un apego inseguro y viceversa, por lo que es importante buscar pautas relacionales que tengan que ver con la intolerancia a la separación, ya sea a través de la búsqueda o del retiro temeroso de la interacción con el otro. El develamiento de la pauta y sus emociones asociadas permitirán realizar intervenciones que permitan a la pareja buscar la satisfacción de sus necesidades a través de pautas alternativas, que sean además coherentes con sus rasgos de carácter y sus estilos de apego. (Tapia L., 2003)

Moderadores y mediadores en el proceso de cambio en Terapia de Pareja

En los últimos años ha habido un creciente interés por conocer como es que ocurre el proceso de cambio y su relación con los resultados. Han surgido así las investigaciones de moderadores y mediadores. *Los moderadores son aquellas variables que son predictivas y los mediadores son aquellas que tienen que ver con los mecanismos del cambio.* Los moderadores del cambio en Terapia de Pareja se observan en la Tabla 10.

Tabla 10. Moderadores en el proceso de cambio en Terapia de Pareja (Sexton T, 2004)

Características pre-existentes de la pareja	
?	El puntaje del DAS pre-tratamiento es predictivo de resultados de la terapia.
?	La presencia de síntomas depresivos en un esposo es predictivo de insatisfacción marital al término de la terapia y hasta los 4 años de seguimiento.
?	El nivel de confianza inicial de la esposa en relación al cuidado de su esposo hacia ella es predictivo del nivel de satisfacción marital del esposo a los tres meses de seguimiento.
?	Cuando la depresión de un cónyuge está más relacionada a problemas de pareja, la Terapia de pareja tendría que estar indicada.
Características pre-existentes del terapeuta	

- ? Los terapeutas más experimentados en términos de “horas clínicas de vuelo”, logran mejor alianza terapéutica, cometen menos errores técnicos y las parejas completan más el tratamiento. Lo anterior no necesariamente significa siempre un mayor resultado en el cambio.

Respecto de los mediadores del cambio se han investigado tres categorías: reducción de la comunicación negativa, control y estructura de la terapia y alianza terapéutica, las que se observan en la Tabla 11.

Tabla 11. Mediadores en el proceso de cambio en Terapia de Pareja (Sexton T, 2004)

Reducción de la comunicación negativa (Sexton T, 2004)	
?	La reducción de la comunicación negativa y la disminución de la culpabilización está relacionada con mayor nivel de satisfacción marital post-tratamiento.
Control y estructura de la terapia (Sexton T., 2004)	
?	Existe una correlación negativa entre la autopercepción de responsabilidad de la pareja en la terapia y los conflictos con el terapeuta. Las parejas comunicaron mas dificultades con el terapeuta cuando se percibieron a si mismas con menor responsabilidad en el proceso terapéutico.
Alianza Terapéutica (Symonds D., Horvath A., 2003)	
?	No se detectó una fuerte correlación entre la evaluación de la alianza por parte del cliente y los resultados de la terapia.
?	Se encontró una fuerte correlación entre alianza y resultados terapéuticos cuando existía acuerdo entre los cónyuges, respecto de la fuerza de la alianza o cuando ambos cónyuges aumentaban la alianza entre las sesiones primera y tercera. Entonces si el acuerdo sobre la fuerza de la alianza es alto los resultados son positivos, si el acuerdo es débil los resultados también lo serán. Si hay desacuerdo en la fuerza de la alianza el resultado es impredecible.
?	Un hallazgo importante es el hecho de que, cuando la alianza del hombre es mayor que la de la mujer y si la alianza del hombre va mejorando, la correlación de alianza y resultados es alta

Los mediadores del cambio en Terapia Familiar se observan en la Tabla 12.

Tabla 12. Mediadores en el proceso de cambio en Terapia Familiar (Sexton T, 2004)

<p>? La redefinición del problema en la primera sesión, depende de la capacidad del sistema terapéutico de migrar de un foco en la culpa en el paciente índice a una responsabilidad familiar compartida.</p>
<p>? La resolución de los quiebres terapéuticos se relaciona con buenos resultados terapéuticos. Fue considerada una resolución del quiebre cuando en la sesión ésta migró de una argumentación entre los miembros sobre el manejo del problema a un foco centrado en los aspectos interpersonales y relacionales del problema.</p>
<p>? Probablemente existe una correlación entre alianza terapéutica y resultados de la terapia familiar. Por ejemplo, en ciertas terapias familiares cuando el terapeuta actúa como aliado de un paciente adolescente se produce una alta alianza terapéutica. No obstante aún las muestras son pequeñas y se necesita más investigación en esta área.</p>
<p>? El nivel negatividad en sesión, está relacionado en forma inversa con los resultados de la terapia. El reencuadre y el estilo balanceado en la contención se relaciona con disminución de la negatividad en sesión y buenos resultados de la terapia.</p>
<p>? El foco en la interacción y comunicación entre padres e hijos adolescentes durante la terapia familiar, se ha relacionado con la disminución del consumo de drogas y de las alteraciones conductuales.</p>
<p>? La adherencia del terapeuta familiar al modelo terapéutico empleado, se ha relacionado con mayor éxito terapéutico.</p>

Es necesario el desarrollo de este tipo de investigaciones para aportar al clínico elementos que le permitan intervenir en el proceso terapéutico con mayor efectividad, especificidad e incluso poder utilizar como retroalimentación elementos del proceso de las etapas iniciales en intervenciones en etapas posteriores del proceso (research in progress). Existen hallazgos de investigación que quizás sean relevantes en la TFP y que tienen ya cierto desarrollo en la psicoterapia individual, como son, la función reflexiva, la metacomunicación en el aquí y el ahora de la sesión, la reparación de los quiebres de la alianza y el predominio de una interacción terapéutica emocional/reflexiva. Se necesita por lo

tanto que dichos hallazgos sean más investigados en terapias con familias y parejas.

Consideraciones básicas para realizar su propia investigación

A continuación les adjunto unos sencillos consejos que tal vez le sirvan a los que quieran iniciarse en investigar su terapias o a aquellos que ya investigan quizás estas reflexiones les sean de ayuda.

- **Utilice un método de registro unificado**
 - Defina lo que va a registrar, y algunos constructos básicos.
 - Registre sólo la información necesaria, intentando equilibrar la necesidad de información con la posibilidad concreta de recolectarla en su actividad clínica habitual.
 - Organice la información de una manera tal que le permita luego acumularla con facilidad en datos “digitales” y “analógicos”.
 - Otra posibilidad es utilizar entrevistas previamente diseñadas (Ficha Clínica Instituto Chileno de Terapia familiar (ICHTF, 2003), Gottman Oral Interview for couples, (Gottman, 1999 a), Ficha Clínica Terapia de Pareja (Tapia L., 2002).
 - Organice luego la información en tablas.
 - Ya está en condiciones de concretar un estudio exploratorio o descriptivo de su casuística.

- **Revise la literatura**
 - Le permitirá conocer el estado del arte en el tema
 - Permite conocer que están haciendo sus pares respecto a sus mismas inquietudes
 - Le permitirá especificar un área de interés. Mientras mas relacionada con su quehacer habitual y más delimitada sea el área, mejor, (aquí menos es mejor)
 - Permite conocer el desarrollo de instrumentos para evaluar variables que sean de su interés
 - Le permitirá conocer resultados de tratamientos y compararlos con los propios.

- **Introduzca uno o más instrumentos de registro**
 - Introduzca el registro estandarizado de una variable o constructo de la población clínica, por ejemplo la satisfacción o insatisfacción marital, la alianza terapéutica, intimidad emocional, etc.
 - Permite comparar sus datos con los de algún colega o con datos obtenidos en otros países por diferentes investigadores.
 - Estaría en condiciones de realizar algún estudio de correlación, es decir establecer correlaciones entre el registro y otras características de su población clínica por ejemplo, la satisfacción marital y los años de matrimonio.
 - Permite evaluar si ha ocurrido algún cambio en la terapia, por ejemplo utilizar la DAS (*Dyadic adjustment scale*) (Spanier 1976) antes y después del tratamiento de una pareja.
 - El instrumento necesita ser
 - *Confiable*, es decir que su aplicación repetida produce iguales resultados.
 - *Válido* significa que mide lo que dice medir.
 - *Adaptado*, es decir que sea posible de usar en la población chilena.
 - Algunas referencias bibliográficas sobre instrumentos:
 - Measures for Clinical Practice Vol. I Corcoran K., Fisher J. Free Press, New York 1994 (Corcoran K. 1994).
 - Assesing outcome in clinical practice. Ogles B., Lambert M. Ed. Needham Heights, Massachusetts, 1997 (Ogles 1997).
 - Essentials of outcome assesment. Ogles B., Lambert M. Eds. Wiley, New York 2002 (Ogles, 2002).
- **Es importante medir sus resultados ya que:**
 - Permite tener una retroalimentación de cómo lo está haciendo.
 - Las opiniones sobre satisfacción de los pacientes al alta son poco confiables.
 - Le permite poder cuantificar los resultados y poder hacer comparaciones y correlaciones.
 - Las mediciones pueden ser sencillas desde preguntarle a la pareja o familia cuales son los cambios de conducta o síntomas que desean cambiar y evaluar al alta como eso cambió en una escala ordinal, hasta la utilización de instrumentos estandarizados (DAS).

- **Grabe en videocinta alguna de sus sesiones**
 - Le permitirá ser supervisado.
 - Podrá mirar si hace lo que piensa que hace.
 - Podrá comparar con UD. mismo y evaluar su evolución como terapeuta.
 - Podrá juntar material para futuras investigaciones de proceso. Las investigaciones de proceso se refieren a como pasan las cosas en la terapia. Se requiere de pautas de observación (tiempos en que cada uno habla, sonrisas, tipo de interacciones, modos de la interacción racionales, cognitivas o reflexivas, intervenciones en proceso o en contenido etc.). Las investigaciones de micro-proceso o análisis secuencial se refieren al estudio de secuencias de interacciones y su influencia en las secuencias subsiguientes. Las investigaciones que relacionan el proceso con los resultados se llaman investigaciones de proceso resultado.

Conclusiones

Este artículo está destinado a terapeutas familiares y de parejas que trabajan diariamente en la clínica. La idea ha sido contar el estado de las cosas de una forma general y destinada sobretudo a generar reflexiones en los clínicos. Claramente este artículo no pretende ser un estudio acabado sobre la investigación en terapia sistémica, de hecho los datos sobre familias son pocos y el artículo ha estado centrado más bien en la Terapia de Pareja que es el área en que tengo mayor experiencia. He tenido dos intereses fundamentales en este artículo, el primero es contar a los clínicos algunos datos de la investigación que les pueden ser útiles en sus terapias cotidianas. Algunas de las conclusiones tienen bastante apoyo empírico otras son preliminares y requieren aún de mayor investigación para ser confirmadas y por lo tanto deben ser tomadas con mayor prudencia. La segunda es motivar a los terapeutas a realizar sus propias investigaciones, la investigación necesita de la perspicacia y agudeza de los clínicos para no transformarse en algo aislado del quehacer terapéutico y de los sufrimientos humanos. Mi identidad es la de un terapeuta y un clínico, la investigación me ha cautivado para poder reflexionar y descubrir qué ocurre en las terapias que hago y mi idea es motivarlos en el mismo sentido.

Referencias:

1. BARTHOLOMEW K., HENDERSON A., DUTTON D. En: Clulow C. *Adult attachment and couple psychotherapy. The secure base in practice and research*. Ch. 3. London. Brunner-Routledge, 2001.
2. BARTHOLOMEW K., KWONG M.J., HART S. D. *Attachment*. En: Livesley J., *Handbook of Personality Disorders. Theory Research and Treatment*. The Guilford Press. Cap. 9, 196- 230. New York 2001.
3. BOWLBY P. *El vínculo afectivo*. Cap. 11. Buenos Aires. Paidós, 1993.
4. COHEN J., *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates. 1988. En Effect size, <http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/es.htm>.
5. CORCORAN K., FISHER J. *Measures for Clinical Practice Vol. I, Couples, Families and Children*. Free Press, New York 1994.
6. DOUCETTE A. *Beyond the surface: Shared and Unique Perspectives Therapeutic Alliance*. Center for Mental Health Policy. Vandeblit University. Panel 33 th Annual Meeting. Santa Barbara. California USA, June 2002.
7. *DSM IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC. American Psychiatric Association, 1994.
8. FEENEY J.A. *Adult romantic attachment and couple relationships*. En: Cassidy J., Shaver P.R. *Handbook of attachment and couple relationships*. Cap. 17, 355-377. New York. The Guilford Press, 1999.
9. FISHER J., CRANDELL L. Patterns of relating in the couple. En: Clulow C. *Adult attachment and couple psychotherapy. The secure base in practice and research*. Ch. 1. London. Brunner-Routledge, 2001
10. GOTTMAN J. *Psychology and the study of marital processes*. Annual Rev of Psychology 49, 169-197. 1998.
11. GOTTMAN J. *The Marriage Clinic. A Scientifically based marital therapy*. W. W Norton & Company Ltd., New York, 1999 a.
12. GOTTMAN J., LEVENSON R. *¿What predicts change in marital interaction over time?* Family Process 38:2, 143-158, 1999 b.
13. GOTTMAN J. LEVENSON R. *How stable is marital interaction over time: A study of alternative models*. Family Process 38:2, 159-165, 1999 c
14. GOTTMAN J. LEVENSON R. *Rebound from marital conflict and divorce prediction*. Family Process 38:3, 287-292, 1999 d.
15. GOTTMAN J. *The seven principles for making marriage work*. New York Ed. Crown, 1999 e.
16. GURMAN A., FRAENKEL P. *The history of couple therapy. A millennial review*. Family Process 41:2, 199-260, 2002.
17. HORVATH A. *Running Head: The Alliance*. Ed. Simon Fraser University, 2003.
18. ICHTF. *Ficha Clínica del Instituto Chileno de Terapia Familiar*. 2003
19. JONHSON S. LEBOW J. *The coming of age of couple therapy. A decade review*. Journal of Marital and Family Therapy 26:1, 23-38, 2000.
20. JONHSON S. MAKINEN J. MILLIKIN J. *Attachment injuries in couple relationships: A new perspective on impasses in couples therapy*. Journal of Marital and Family Therapy 27:2, 145-155, 2001.

21. JONHSON S. *Marital Problems* En: SPRENKLE D. H. *Effectiveness Research in Marriage and Family Therapy*. Ch.6, 163-190. AAMFT. Alexandria VA., 2002.
22. KIECOLT-GLASER J., GLASER R., CACIOPPO J., MAC CALLUM R. *Marital conflicts in older adults: Endocrinological and immunological correlates*. *Psychosom Med* 59:4, 339-349. 1997.
23. KNOBLOCH-FEDDERS L., PINSOF W., MANN B. *The Formation of the Therapeutic Alliance in Couple Therapy*. *Family Process* 43:4, 425, 2004.
24. LIDDLE H.A. *Advances in Family Therapy Research*. En: NICHOLS M. *Family Therapy Concepts and Methods* Ch. 16, 395-435. Pearson Eds. Boston 2004.
25. MIKULINCER M., FLORIAN V., COWAN P., COWAN C. *Attachment security in couple relationships: A systemic model and its implications for family dynamics*. *Family Process* 41: 3, 405-434, 2002.
26. OGLES B., LAMBERT M. *Assessing outcome in clinical practice*. Ed. Needham Heights, Massachusetts, 1997
27. OGLES B., LAMBERT M. *Essentials of outcome assessment*. Ed. Wiley, New York, 2002
28. PINSOF W., LYMAN W., *The efficacy of marital and family therapy: An empirical overview, conclusions and recommendations*. *Journal of Marital and Family Therapy*. 21: 4, 585- 613, 1995 a.
29. PINSOF W. *Integrative Problem- Centered Therapy*. Ch. 3, 60-87, Basic Books. New York, 1995 b.
30. SHADISH W., BALDWIN S. *Meta- Analysis of MFT Interventions*. En: SPRENKLE D. H. *Effectiveness Research in Marriage and Family Therapy*. Ch.12, 339-370. AAMFT. Alexandria VA., 2002.
31. SEXTON T., ALEXANDER J., LEIGH A. *Levels of evidence for the models and mechanisms of therapeutic change in family and couple therapy*. En Lambert M. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley & Sons. New York 2004.
32. SPANIER G. *Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality marriage and similar dyads*. *Journal of Marriage and the family* 38, 15-28, 1976.
33. SYMONDS D. , HORVATH A. *Optimizing the Alliance in Couple Therapy* . *Family Process* 43:4, 443, 2004.
34. TAPIA L. *Algunas consideraciones para una psicoterapia basada en la evidencia*. *De Familias y Terapias* 9: 14, 7-30, 2001.
35. TAPIA L. *La primera entrevista en Terapia de Pareja*. *De Familias y Terapias* 10: 16, 54-61, 2002
36. TAPIA L. *Terapia de Pareja y Trastorno de Personalidad*. En: *Trastornos de la Personalidad*. Riquelme R Ed. SCHSM Santiago de Chile 2003.