



**Universidad
Europea** MADRID

La influencia de la adopción temprana en el desarrollo de dificultades psicológicas. Estudio de caso.

Máster de Psicología General Sanitaria

Elena Romeo Rodríguez

Tutor/a académico: Carlos Velo Higuera

Fecha de realización del trabajo: **28/02/2023**

Número de palabras: **10.008**

Resumen

En el presente trabajo se expone el caso de una paciente de 18 años, de origen chino y adoptada con un año y medio de edad. Remite sintomatología depresiva y pérdida de motivación. Para empezar, se realizó una evaluación centrada en la definición contextual del problema, en sus relaciones con el entorno y su propia historia de vida. Posteriormente, se procedió a la elaboración de un tratamiento ajustado a las características del caso y los objetivos pactados con la paciente. La intervención se realizó desde el paradigma sistémico, mostrando como un enfoque tradicionalmente asociado al trabajo en familias, se puede aplicar a una paciente en una intervención individual, manteniendo la atención a las relaciones que establece con el contexto. El plan terapéutico diseñado incluye las sesiones de evaluación y tratamiento. Hasta el momento, la paciente ha acudido a un total de 12 sesiones de una hora de duración. Se han apreciado mejoras significativas en algunos de los objetivos pactados, aunque actualmente la terapia continua en activo. La paciente remite una disminución considerable en la sintomatología depresiva. Además, ha comenzado a cambiar su narrativa hacia un enfoque más comprensivo y positivo hacia sí misma, siendo consciente de sus capacidades y logros.

Palabras clave

Adopción, aislamiento social, apego inseguro, depresión, baja motivación.

Abstract

This paper presents the case of an 18-year-old female patient of Chinese origin who was adopted at the age of one and a half years. He remitted depressive symptomatology and loss of motivation. To begin with, an assessment was carried out focusing on the contextual definition of the problem, on his relationships with his environment and his own life history. Subsequently, a treatment plan was drawn up in accordance with the characteristics of the case and the objectives agreed with the patient. The intervention was carried out from the systemic paradigm, showing how an approach traditionally associated with family work can be applied to a patient in an individual intervention, while maintaining attention to the relationships established with the context. The therapeutic plan designed includes assessment and treatment sessions. So far, the patient has attended a total of 12 one-hour sessions. Significant improvements have been seen in some of the agreed targets, although therapy is still ongoing. The patient reports a considerable decrease in depressive symptomatology. In addition, she has started to change her narrative towards a more understanding and positive approach to herself, being aware of her abilities and achievements.

Keywords

Adoption, depression, insecure attachment, low motivation, social isolation.

ÍNDICE

1. Introducción	1
La adopción: definición, inicios y situación actual	1
Factores de riesgo presentes en el proceso de adopción.....	2
Factores protectores post adoptivos	5
Comorbilidad con otros diagnósticos	6
Intervenciones eficaces.....	7
2. Identificación del paciente y motivo de consulta	10
Historia clínica.....	10
Motivo de consulta.	12
3. Estrategias de Evaluación	14
4. Formulación clínica del caso.	17
5. Tratamiento	22
Procedimiento detallado del tratamiento	24
6. Valoración del tratamiento	28
Adherencia al tratamiento	28
Consecución de objetivos	28
Dificultades encontradas en el procedimiento.....	30
7. Discusión y conclusiones	32
8. Referencias bibliográficas	34
9. ANEXOS	37
<i>Anexo 1. SOATIF – o</i>	37
<i>Anexo 2. SOATIF – s</i>	48

1. Introducción

La adopción: definición, inicios y situación actual

El proceso de adopción se plantea como una medida de protección a la infancia que pretende ofrecer a los menores que lo necesiten un contexto saludable que proporcione un adecuado desarrollo psicológico (Sánchez-Sandoval y Palacios, 2012).

Habitualmente, en este proceso se produce una ruptura de vínculos, tanto afectivos, personales y familiares, entre los niños y sus familias biológicas. Posteriormente se incorporan a las familias adoptivas, donde los menores deben adaptarse a normas familiares ya establecidas y crear nuevos vínculos de filiación (Sánchez-Sandoval y Palacios, 2012).

Como recogen Castón y Ocón (2002) el recurso de la adopción, ha experimentado una serie de modificaciones desde sus inicios hasta el día de hoy, a medida que las normas y valores culturales de la sociedad han ido avanzando. Actualmente, esta medida, tanto en su modalidad nacional como internacional, y junto al acogimiento familiar, se han establecido como los recursos idóneos para un adecuado desarrollo del menor que se encuentra en una situación de riesgo. Así la institucionalización, o acogimiento residencial, pasa a convertirse en una medida transitoria o provisional. El objetivo que se persigue con esta modificación es evitar las consecuencias negativas que pueden desarrollar los menores al permanecer aislados de un entorno natural. Los centros de menores suelen caracterizarse por una gran masificación, además de permanecer lejos de una figura de apego estable (Castón y Ocón, 2002). Con respecto a los problemas de conducta y emocionales, los niños adoptados muestran mejores resultados que los que permanecieron en hogares de acogida. Sin embargo, los adoptados también muestran tasas más altas de problemáticas, en comparación con niños no adoptados (Brown, et al., 2017).

En España, la regulación de la adopción nacional e internacional se estableció en momentos diferentes. La primera se reguló en la ley de 1987, mientras que la segunda lo hizo de manera específica en la de 1996 (Palacios, 2007).

Las primeras estadísticas oficiales de adopción transnacional no aparecen hasta 1997. Ese año llegaron al país, por esta vía 942 niños y niñas (Selman, 2009). Solo unos años más tarde, en 2004, la cifra se había elevado a 5.541 adopciones anuales y España se había situado como el segundo país, por detrás de EEUU, que más adopciones internacionales realizaba (García López Hortelano y Mellado Peña, 2015).

A pesar del auge, actualmente, la tendencia que llevamos observando desde hace unos años es descendente en ambos tipos de adopción (Observatorio de la Infancia, 2022). A nivel nacional, unas 537 personas menores de edad fueron adoptadas a lo largo del año 2020, así como en la adopción internacional en la que solo 195 niños fueron adoptados por familias residentes en España (Observatorio de la Infancia, 2022).

Factores de riesgo presentes en el proceso de adopción

Las personas adoptadas, a pesar de tener en común la vivencia de una situación de adversidad temprana, o haber atravesado por la misma medida de protección, se considera un grupo muy heterogéneo, en el que la influencia de diferentes variables individuales hace que encontrar diferencias entre el mismo grupo sea incluso más fácil que encontrar patrones de conducta similares. Ya que dentro de esta medida conviven realidades muy diferentes que afectan tanto al estilo de vida, como a los contextos de desarrollo y al ajuste psicológico propios de cada individuo (Moreno, et al., 2016)

Todo esto, pone de manifiesto que hablar de una influencia de la adopción a nivel general, especialmente a partir de la adolescencia, puede inducir a error.

A pesar de ello, hay múltiples estudios en los que se analizan el impacto de diferentes variables en este proceso. Para analizar dicho impacto, se ha realizado una clasificación entre los factores de riesgo, con el fin de facilitar el análisis y la investigación. En dicha diferenciación, la adopción se

considera el punto de inflexión entre los dos grandes grupos. Por un lado, se encontrarían los factores preadoptivos, por otro, los factores post adoptivos.

Los **factores de riesgo preadoptivos**, son aquellos factores biológicos y ambientales con los que se encuentra el menor antes de la adopción (Blake, et al., 2022). A su vez, existen dos grupos de factores de riesgo dentro de la influencia pre adoptiva: los **factores de riesgo prenatales** (aquellos que tienen base biológica), y los **factores de riesgo post natales** (relacionados con el contexto, con el trauma). Aunque se realice este tipo de clasificación, no quiere decir que estos grupos sean independientes entre sí. Estos constructos son de riesgo acumulativo, por lo que, a mayor número de factores de riesgo, peor pronóstico y adaptación del menor a su nuevo contexto (Blake, et al., 2022).

Los **factores de riesgo prenatales**, son aquellos que pueden estar asociados con un mayor riesgo de salud y desarrollo físico en el niño. En este grupo se incluyen aspectos como la prematuridad, complicaciones en el parto, bajo peso al nacer, consumo de drogas en el embarazo, entre otros.

Entre los **factores de riesgo post natales** podemos encontrar:

- La separación temprana de los padres biológicos
- Exposición a negligencia, abusos, o malos tratos.
- Experiencia en centros y sus consecuentes privaciones físicas y emocionales.
- Institucionalización prolongada. Cuanto más largo sea este proceso de institucionalización mayor será la probabilidad de que el menor tenga problemas de conducta de internalización como aislamiento, ansiedad y depresión y en problemas sociales.
- Mayor edad en la adopción final
- Inestabilidad en el proceso de adopción: procesos adoptivos que no llegan al final
- Ausencia de una figura de apego segura y permanente en el tiempo.

Blake, et al. (2022), comprobaron en su estudio el impacto que sufren aquellos niños expuestos a situaciones de riesgo preadoptivo, en el funcionamiento post adoptivo en la infancia y adolescencia/adulthood. Han demostrado que la mayor exposición a situaciones adversas preadoptivas

está relacionada con una mayor presencia de problemas de interiorización o problemas emocionales, y mayores problemas de exteriorización o problemas de conducta, durante la infancia e incluso durante la edad adulta.

Encontraron diferencias significativas en el impacto entre los dos componentes del riesgo preadoptivo: los factores de riesgo post natales, se consideran que tienen un efecto más fuerte en la posterior adaptación del menor.

Con estudios como el de Juffer y van IJzendoorn (2005), se corroboran de nuevo estos resultados, al encontrar que los menores que presentaban mayor porcentaje de problemas de conducta eran aquellos adoptados internacionalmente y que habían experimentado graves adversidades post natales, como la privación extrema, maltrato o malnutrición, previamente a la adopción.

En el contexto de privación, la falta de contención por parte de un adulto dificulta que el menor pueda desarrollar una correcta capacidad de autorregulación y control de los propios impulsos. Este hecho incrementa la vulnerabilidad de presentar problemas de atención e hiperactividad en un futuro (Kreppner, O'Connor y Rutter, 2001).

En relación al efecto de institucionalización, en el estudio de Groza y Ryan (2002), se observan resultados significativos. Aquellos niños que han permanecido en una institución o acogimiento residencial durante periodos de tiempo más largos, obtuvieron puntuaciones más elevadas en problemas de conducta de tipo internalizante (aislamiento, ansiedad, y depresión) y un mayor porcentaje de problemas sociales, en comparación con aquellos niños que no han pasado por esta medida de protección o lo han hecho durante un periodo breve de tiempo.

Con respecto al apego, Van der Dries et al. (2009) encontraron que los niños adoptados mostraban apegos más desorganizados en comparación con sus iguales no adoptados, sobre todo si la adopción se había llevado a cabo después del primer año de vida. La separación temprana con la madre y vivir en una institución, donde a menudo la cantidad y la calidad de las relaciones entre los

niños y los cuidadores es muy limitada, dificulta el establecimiento o desarrollo de relaciones basadas en un apego seguro (Howe, 2006). En España, Román (2010) encontró que los comportamientos de tipo desinhibido (sociabilidad indiscriminada) eran frecuentes en el momento de la adopción. Aunque este tipo de problemas disminuían significativamente unos años después, se ha demostrado su persistencia (Román, 2010).

Factores protectores post adoptivos

A pesar de la influencia de la historia previa del menor, la adopción en sí es considerada como un factor de protección, ya que el niño pasa de una situación de privación, tanto física, como emocional, a formar parte de una familia que ayuda a reparar los efectos del trauma inicial (Rutter, 2005).

Las variables relacionadas con la familia adoptiva son un importante factor moderador en relación al impacto que puedan llegar a tener los factores de riesgo anteriormente comentados. Además, tienen un peso importante en la integración y la evolución adecuada de los menores. Aspectos como la paternidad adoptiva cálida se asoció con una marcada reducción de los problemas internalizantes y externalizantes, manteniéndose a lo largo del tiempo (Paine et al., 2021). Estos hallazgos permiten demostrar que el efecto positivo de este tipo de interacción es consistente en el tiempo. Además, puede influir positivamente en el comportamiento de los niños, al promover la regulación de las emociones y modelar una interacción positiva para extrapolar a otras relaciones o contextos (Paine et al., 2021).

En la investigación de Paine et al. (2021), la disminución de los problemas de interiorización que se observa, se aceleró para aquellos menores expuestos a niveles más bajos de riesgo. Por el contrario, los niños expuestos a mayores niveles, no mostraron el mismo ritmo de disminución que se observó en el otro grupo. Aunque las razones subyacentes a este proceso merecen más estudio, es importante destacar la importancia de reconocer las necesidades de apoyo de los niños que pasan

largos periodos en acogida y que pueden haber estado expuestos a un nivel de estrés vital temprano más complejo. Debe hacerse también hincapié en la construcción de una base de pruebas para las intervenciones terapéuticas que puedan mejorar el impacto de la adversidad preadoptiva en los problemas de adaptación infantil.

En resumen, los estudios muestran que los menores adoptados, como grupo, suelen presentar retrasos tanto a nivel físico como a nivel psíquico. Esto se debe, en gran parte, al fuerte impacto negativo que la adversidad temprana ejerce sobre el desarrollo. A pesar de ello, los estudios meta-analíticos sobre la evolución y adaptación de los niños tras la adopción muestran una notable recuperación de los retrasos evolutivos presentes en el momento de la llegada. No obstante, la comparación con sus compañeros revela que la recuperación no es total, sobre todo por lo que se refiere al desarrollo psicológico y a las dificultades en el aprendizaje (Van IJzendoorn y Juffer, 2006).

Comorbilidad con otros diagnósticos

A través de una revisión reciente realizada por Melero y Sánchez-Sandoval (2017) con respecto a las dificultades psicológicas, se comprueba que las personas adultas que habían sido adoptadas en la niñez, obtuvieron valores más altos que adultos no adoptados, en aspectos como ansiedad, depresión, o necesidad de asistencia psicológica.

En el artículo de Sánchez-Sandoval et al., (2021), concluyeron que los síntomas como las obsesiones y compulsiones, somatizaciones, ansiedad o depresión, entre otros, correlacionan de manera significativa e inversamente con las variables de autoestima y resiliencia. Además, los datos de su investigación también concuerdan con los extraídos de la investigación de Melero y Sánchez-Sandoval (2017) observando un mayor porcentaje de conductas clínicamente relevantes en personas adoptadas, en comparación con la población normativa. Sin embargo, en dicho estudio, también se evidencia una gran heterogeneidad en el grupo. La gran cantidad de variables individuales explicadas con anterioridad, como la mayor o menor adversidad de las experiencias tempranas, las variables

personales o la calidad del propio contexto adoptivo, pueden funcionar como predictores de tales diferencias. Por otro lado, aunque la familia adoptiva se considere en sí misma como un factor de protección, en algunos casos no es suficiente como para impedir el desarrollo de dificultades en salud mental (Sánchez-Sandoval et al., 2021).

En relación con el desarrollo de dificultades psicológicas, el estudio de Sánchez-Sandoval et al., (2021) aporta conexiones significativas entre la presencia de sintomatología psicopatológica y una peor calidad de vida, independientemente de la dimensión presente. La presencia de estilos más resilientes o niveles de autoestima más positivos amortiguan el impacto negativo de los síntomas relacionados con ansiedad, depresión, fobias o psicoticismo.

En general, los resultados apuntan que, al comparar a las personas que han sido adoptadas y a las que no, las primeras suelen presentar un mayor porcentaje de síntomas de malestar psicológico. Este malestar se observa en todas las variables estudiadas, salvo en el trastorno obsesivo compulsivo y en el trastorno antisocial de personalidad (Corral et al., 2021). Además, se ha encontrado que las personas adoptadas categorizadas como blancas tuvieron menos síntomas de desajuste. Asimismo, los resultados obtenidos indican que las personas adoptadas internacionalmente, comparadas con las adoptadas nacionalmente, presentaron un efecto marginalmente más grande en los indicadores analizados (Corral et al., 2021).

Intervenciones eficaces

Como se ha recogido a lo largo de este apartado, existen evidencias que apoyan la idea de que los menores adoptados muestren una peor adaptación y calidad de vida. Por ello surge la necesidad de impulsar investigaciones sobre el impacto en la salud mental en este sector de la población, para así optimizar un tratamiento adecuado e incrementar una intervención precoz (Blake, et al., 2022).

El proceso de adopción, supone una intervención psicosocial en sí misma, al aportar recursos y seguridad, por parte de la familia adoptante, al menor que se encuentra en un contexto de riesgo

(Sánchez-Sandoval et al., 2021). Resulta de vital importancia desarrollar un vínculo afectivo seguro con los padres adoptivos, que se convertirán en las nuevas figuras de referencia (Irigoyen, 2020). Se ha demostrado, que la crianza afectuosa supone una vía prometedora para mejorar los resultados de adaptación de este perfil de niños (Paine et al., 2021). Aun así, en algunos casos, el cambio de contexto no es suficiente para prevenir posibles dificultades en salud mental.

Actualmente, y tras la necesidad de apoyo post adoptivo, surgen varios niveles de atención o ayuda, dependiendo de la solicitud o problemática que presente la familia. La atención post adoptiva es considerada una pieza fundamental para asegurar una integración óptima del niño a su nuevo entorno social (Irigoyen, 2020). Estos servicios de apoyo deben estar preparados para atender solicitudes y problemáticas variadas, tanto en su contenido como en la gravedad de este (Palacios, 2007). Existen dos etapas críticas en la adaptación familiar, que coinciden con un incremento de solicitudes de ayuda post adoptiva: el primer periodo se produce entre la llegada del hijo al nuevo hogar y los dos o tres primeros años; y la segunda etapa coincide con la entrada del menor en la adolescencia (Irigoyen, 2020).

Existen tres niveles de apoyo post adoptivo. En primer lugar, se encuentra el seguimiento formal o inicial. Permite valorar cómo se está produciendo la adaptación y en que ámbitos pueden aparecer necesidades de apoyo específicas (Palacios, 2007). En segundo lugar, se encuentra la solicitud de asesoramiento por parte de las familias. Independientemente del tiempo que haya transcurrido desde la incorporación del menor al sistema familiar, se puede solicitar ayuda para comprender las dificultades, posibles retrasos o conductas del niño, y aprender a abordarlos de la manera más eficaz (Irigoyen, 2020). Las áreas de ayuda varían dependiendo del caso, desde preocupaciones a nivel de desarrollo físico normativo, adquisición del lenguaje, etc; hasta problemas de conducta, de identidad, dificultades para lograr sentimiento de apego, entre muchas otras. Por último, para problemáticas más complejas, se encuentran las intervenciones terapéuticas dirigidas no solo a la persona adoptada, sino también al sistema familiar en su conjunto (Irigoyen, 2020).

Es por esto, que resulta interesante abordar este tipo de casos desde el enfoque sistémico, donde las conductas individuales de cada miembro que forma el sistema familiar adquieren un significado en el sistema relacional de la familia (Papp, 1994). El foco de intervención seguido por esta corriente se centra en las interacciones que tiene el individuo con el contexto, poniendo especial atención a aquellos circuitos de interacción que mantienen el problema (Fernández, 2011). Se busca construir con el paciente una nueva visión de sí mismo: más comprensiva y positiva, que subraye sus capacidades y sus acciones que lo dirigen hacia el cambio. Además, es importante revisar su narrativa, de forma que comprenda como sus relaciones más significativas (tanto con la familia, como con la pareja, amigos, etc) han influido en su posterior forma de percibir y actuar en el mundo (Fernández, 2011). Por último, es importante analizar el contexto y la influencia de este en las situaciones que vive como complicadas y poder encontrar así nuevas maneras de enfrentar estas situaciones que se han tornado difíciles. En todo momento se busca potenciar el cambio desde la persona, siendo la propia paciente la que guíe sus pasos y considerándose al terapeuta como un mero acompañante en este proceso.

En las siguientes páginas se describirá el caso de una adolescente perteneciente a una familia monomarental, en la que una adaptación inadecuada a su contexto en el periodo crítico de la adolescencia, ha generado sintomatología disfuncional. A través de este relato se persigue ilustrar la intervención desde el paradigma sistémico, mostrando cómo un enfoque que se ha asociado tradicionalmente al trabajo con familias, se puede aplicar a una paciente desde un abordaje individual; donde se sigue manteniendo el foco en las relaciones familiares, las interacciones y el contexto (Fernández, 2011).

2. Identificación del paciente y motivo de consulta

Historia clínica

Para respetar el código deontológico y el correcto cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección de Datos, se salvaguardará la identidad de la paciente, refiriéndose a ella como Ainhoa, en lugar de utilizar su nombre real; así como el nombre de sus familiares y personas de su entorno, que también se verán modificados por este mismo motivo, para evitar que pueda ser reconocida. La información posteriormente presentada se obtuvo a través de diferentes entrevistas individuales tanto con la madre, como con la paciente identificada.

Ainhoa es una joven de 18 años, estudiante de Diseño Industrial en la Universidad de Coruña, en el campus de Ferrol. Actualmente vive sola en dicha ciudad.

De origen chino, adoptada cuando tenía 1 año y medio. Relata que su núcleo familiar está formado por su madre y ella. La madre, Lucía, es arqueóloga de profesión. Adoptó a Ainhoa estando soltera, y actualmente no tiene pareja relevante. Residió toda su infancia en Santiago de Compostela con su madre, hasta que acabó 2º de bachiller.

En la dinámica familiar está muy incluida la familia extensa, tal y como relata Lucía en múltiples ocasiones. Suponen un gran apoyo para ella y tienen un fuerte sentimiento de unión entre ellos. Ainhoa llega a reconocer culpabilidad por sentir que su abuelo es como su padre, y no tener la misma complicidad con su abuela.

Suelen realizar reuniones familiares todos los fines de semana, cuando Ainhoa vuelve a casa. Ambas reconocen que las conversaciones que aparecen suelen tener un tono culto y político en todo momento. “Nos gusta hablar de las cosas que ocurren en el mundo, y poder desarrollar un pensamiento crítico hacia estos hechos. Es algo que siempre quise fomentar en Ainhoa”. Ainhoa relata sentirse presionada en estas situaciones, y no suele expresar sus opiniones con libertad por miedo a que el resto no la compartan. En alguna ocasión, reconoce que llega a posicionarse en contra para experimentar que tiene un pensamiento propio y no uno impuesto por su familia.

En el ámbito social, durante su primera infancia, Lucía define a Ainhoa como una niña extrovertida y divertida. No tenía problemas a la hora de relacionarse en el colegio o en el parque con otros niños, aunque siempre se sintió más cómoda con los adultos y con conversaciones más serias. Su madre marca un punto de inflexión sobre los 12 años. Hay un cambio en Ainhoa, comienza a retraerse y a “encerrarse en sí misma”. Fue en este momento cuando sufre un distanciamiento con sus amistades. La propia Ainhoa comenta que dejaron de tener intereses comunes, y el desenlace fue inevitable. Todo esto coincide con la época en la que Ainhoa reconoce que comienzan a molestarle algunos de sus rasgos físicos característicos chinos.

A los 11 años tuvo su primer contacto sexual con una persona a través de las redes. Conoció a este chico en internet, y mantuvo con él una relación a distancia en las que se enviaban fotos y vídeos de carácter sexual. Ainhoa relata que, aunque le gustaba hablar con él, no se llegaba a sentir cómoda al grabarse, y se lo acabó confesando a la madre. Al año y medio, vuelve a mantener contactos sexuales (masturbaciones, juegos, etc), pero esta vez con varios hombres a la vez, adultos incluso. Lucía definió en sesión estas conductas como una estrategia de escape y desconexión de su realidad, por la incomprensión que sentía en su círculo social. Ainhoa llegó a admitir que se sentía coaccionada y que no disfrutaba con estas prácticas. Ambas tuvieron una conversación en la que etiquetaron esta coacción sexual como otra forma de violación.

En 2021, acaba el instituto, y se traslada a Castellón para estudiar arquitectura. Se alojaba en una residencia universitaria. Ambas coinciden en que no fue un buen año para Ainhoa. No consiguió socializar y nuevamente se volcó en el mundo virtual. Fue en esta época donde conoció a su actual novio. Vive en Cádiz y mantiene una relación a distancia con él.

En junio de 2022, con la finalización del curso académico, y tras no obtener un buen resultado en la universidad, Ainhoa decide volver a casa con su madre. Durante ese verano, barajan distintas opciones de futuro. Actualmente, con el apoyo de su madre, Ainhoa se traslada a Ferrol a estudiar

diseño, para luego redirigirse a una ingeniería. Ambas lo ven como una oportunidad de cambio, aunque presentan bastante preocupación por que Ainhoa vuelva a independizarse.

Lucía viene todas las semanas, al menos un día, a pasar el día con Ainhoa. En ocasiones, se queda a dormir en el piso con ella. Además, todos los fines de semana, Ainhoa vuelve a Santiago de Compostela para estar con su familia.

Motivo de consulta.

En las primeras consultas, Ainhoa acudió remitiendo una sintomatología depresiva, caracterizada por una distimia que se extrapolaba a todos los ámbitos de su vida y que hacía que pasase largos periodos de tiempo encerrada en su habitación. Reconoce que la desmotivación y los sentimientos de tristeza la abrumaban.

Se podía observar mucha inseguridad presente en todo su discurso, y un miedo a la pérdida palpable que intentaba resolver con una constante reafirmación y validación externa, en este caso de su madre cuando estaba presente en las sesiones, o de las terapeutas cuando estaba ella sola. Aun así, le cuesta recibir elogios de la madre. Los suele interpretar como críticas.

Su único contacto social era los fines de semana al visitar a su familia en Santiago de Compostela. Durante la semana, se limitaban a contactos esporádicos a través de internet. Ainhoa llegó a reconocer que se siente sola e incomprendida constantemente. A la vez, se ve incapaz de conectar con alguien en clase por miedo a abrirse y que la defrauden.

A medida que las sesiones iban transcurriendo se pudo observar un rechazo a su imagen física que la propia paciente reconoce. No tanto por su figura corporal, sino más enfocado a los rasgos característicos asiáticos: ojos rasgados, cara redonda, etc.

La culpa es un sentimiento que también aparecía habitualmente en su discurso. Llegar a ser una carga para su familia, sobre todo para su madre, y no cumplir con el ideal de hija perfecta que ella tenía, hacía que estos sentimientos aflorasen.

La preocupación de Lucía tuvo su pico más álgido en el periodo que Ainhoa estuvo en Castellón. La pérdida total de las rutinas básicas de higiene y alimentación, acompañadas de una distimia y apatía total sobre todo al finalizar el curso, fue lo que hizo saltar la alarma de la necesidad de recibir ayuda psicológica. Ainhoa comenta que llegó a vivir rodeada de basura, y pasando varios días sin moverse de la cama porque “no tenía fuerzas”. “Me sentía sola, no le importaba a nadie”.

Actualmente, las rutinas de higiene las intenta mantener, pero las de alimentación solo las cumple cuando su madre está con ella. Ambas se toman el inicio de curso como una prueba en la que Ainhoa pueda comprobar que es capaz de vivir sola sin que vuelvan a aparecer esos sentimientos de abandono. Quiere ir a clase todos los días, aunque ya ha faltado en varias ocasiones porque no fue capaz de levantarse de la cama.

3. Estrategias de Evaluación

El proceso terapéutico de Ainhoa sigue activo actualmente. Por el momento, se incluyen 12 sesiones, de una hora de duración. Las primeras tres sesiones se consideran sesiones pretratamiento. Consistieron en la recogida de información para conocer la problemática que presentaba la paciente y poder realizar una intervención adecuada y adaptada a la demanda. La evaluación psicológica se llevó a cabo a través de la obtención de información en las *entrevistas clínicas* con la familia, tanto con Ainhoa, como con la madre; además de por la *observación de las conductas clínicamente relevantes* en dichas sesiones.

En esta fase pretratamiento, se llevaron a cabo tres funciones principales. La primera de ellas fue desarrollar una buena alianza terapéutica, que garantizase la consulta como un espacio seguro donde la paciente se sintiese cómoda y motivada al cambio, para favorecer así la adherencia al tratamiento. Siguiendo el modelo SOATIF (Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar) (Friedlander, Escudero y Heatherington, 2009), se utilizó en varios momentos dos instrumentos que nos permiten la evaluación de esta dimensión. Por un lado, un sistema de observación (SOATIF-o) que podemos encontrar adjuntado en el *Anexo 1*, aplicable durante las sesiones. Cada dimensión se puntúa en una escala ordinal de 7 puntos que va desde -3 (muy problemática) a +3 (muy fuerte). Además de un auto-informe SOATIF-s (*Anexo 2*) que deben cumplimentar todos los participantes de la sesión, incluido el terapeuta; y aplicable al finalizar una sesión del proceso terapéutico (Escudero, 2009). Este auto-informe se compone 16 ítems de fácil aplicación. La fiabilidad del SOATIF-s, medida a través de la consistencia interna (índice alpha) de los 16 ítems, tiene estos resultados: para la versión inglesa = .87 (cliente) y .95 (terapeuta); y en español = .83 (cliente) y .84 (terapeuta). El objetivo de ambos cuestionarios es cuantificar el grado de alianza terapéutica y realizar un seguimiento de la misma, para realizar alguna modificación si los valores fuesen bajos y se considerase necesario, de cara a garantizar una adecuada adherencia al tratamiento.

De manera paralela, otra de las funciones realizadas en este proceso fue la obtención de información acerca de las conductas problema con el fin de operativizarlas y contextualizarlas, pudiendo obtener así las hipótesis de origen y de mantenimiento. Esta información, como ya se detalló con anterioridad, se recaudó a través de:

Entrevistas clínicas. Se considera el instrumento conductual más extendido por su frecuencia de uso y por el papel central que desempeña en el proceso de evaluación. Se realiza una recogida de información a través de una serie de preguntas semiestructuradas adaptadas a cada caso. Este procedimiento se caracteriza por ser flexible e interactivo. Se exploran los datos biográficos, el motivo de consulta y la magnitud del problema (desde cuando ocurre, con qué frecuencia, de qué manera te afecta, etc) y las diferentes áreas del contexto de la paciente. En este caso nos centramos en el área familiar, explorando las relaciones con la familia nuclear y la familia extensa, conductas relevantes, etc; área social (grupo de iguales y apoyos), el área académica y los hobbies y aficiones.

Resulta interesante comprobar también las posibles explicaciones que le da la paciente al problema y las soluciones intentadas para controlarlo. Comportamientos alternativos y excepciones del problema.

Observación conductual en sesión. Método eficaz a través del cual obtenemos información que puede escaparse en la entrevista. El lenguaje no verbal es una gran fuente de información que complementa a la verbal. Los principales objetivos que se persiguen con esta técnica son: la adquisición de información adicional acerca de la propia conducta en sí misma, y la obtención de información acerca de las condiciones y sucesos que pueden anteceder a la aparición de determinadas conductas (Vallejo y Ruiz, 1993).

Por último, nos centramos en el establecimiento de manera conjunta de los objetivos terapéuticos sobre los que se va a trabajar a lo largo de la terapia. Con preguntas como: *¿Qué significaría para ti estar mejor? O, si mañana te despertaras y el problema hubiese desaparecido, ¿en qué lo notarías?* Intentamos operativizar nuevamente y ajustarlos de manera adecuada. Estos objetivos se encuentran especificados de manera detallada en el siguiente apartado.

4. Formulación clínica del caso.

En base a los síntomas detallados por la propia paciente y a aquellos que se han observado durante la evaluación, se procede a presentar una formulación clínica del caso en función del modelo presentado por Kaholokula, et al. (2013), en su artículo “Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos”. Este procedimiento no se realizó por parte del psicólogo encargado del tratamiento, pero se vio de gran utilidad de cara a la exposición del caso.

El análisis funcional del caso de Ainhoa, en forma de diagrama clínico analítico-funcional, se recoge en la *Figura 1*. El objetivo perseguido con esta representación es exponer, de manera resumida y a nivel esquemático, la problemática que presentaba Ainhoa, incluyendo el estado de ánimo deprimido (caracterizado por pensamientos de poca valía, inseguridad, y culpa), una reducida actividad social, incapacidad de autocuidado (caracterizado por una pérdida de rutinas de higiene y alimentación) y problemas de autoestima (a la hora de aceptar sus características físicas).

Tal y como nos remite Ainhoa, el miedo a la pérdida y a la soledad (variable modificable) estuvieron presentes en su vida desde siempre. Esto ha podido desembocar en unas relaciones inestables en las que la inseguridad, complacencia y necesidad de reafirmación son constantes (apego inseguro). Sobre todo, con aquellas figuras más importantes en su vida, como es su madre o sus abuelos. A esto, se le suman pensamientos o creencias irracionales que tiene sobre la relación que tendría que tener con su familia: no ser una carga, cumplir las expectativas sobre como tendría que ser la hija perfecta para que estén orgullosos de ella. El proceso de adopción (variable causal inmodificable) pudo influir en estas dos variables que comentamos. Se podría considerar una de las hipótesis de origen de la problemática actual de Ainhoa.

Este proceso también provocó un desarrollo de la identidad negativa (variable modificable), que, a su vez, influyó directamente en el rechazo de su historia de origen y de sus características físicas típicas de la cultura china. Esta identidad negativa, también se ve relacionada con su incapacidad de autocuidado, al desarrollar creencias de no ser merecedora de cuidado: “*no valgo para nada*”.

Las experiencias de rechazo vividas entre su grupo de iguales en el instituto (variable causal inmodificable), potenció el aislamiento social, evitando así un posible futuro abandono (evitación del malestar, refuerzo de la conducta). Por esta misma razón, se pueden explicar los episodios de experiencias abusivas a través de internet, en donde Ainhoa “se enganchaba” a personas con las que se sentía escuchada y comprendida, aceptando enviar fotos o mantener “relaciones virtuales” a pesar de que provocasen en ella sentimientos de incomodidad y culpabilidad, para evitar nuevamente el abandono y rechazo social.

El fracaso sufrido el año pasado en la universidad de Castellón, jugó un papel muy importante en el aumento de la sintomatología. Suspender tiene una fuerte connotación para Ainhoa en relación nuevamente con las expectativas de hija perfecta. No cumplir con dichas expectativas genera un elevado malestar, lo que le reactiva de nuevo su miedo al abandono: “como no soy la hija que a mi madre le gustaría, me voy a quedar sola”. Al activarse la cadena conductual se potencia la sintomatología de los problemas identificados en la conducta de Ainhoa, generando así la situación crítica en la que la distimia, la falta de cuidados básicos y el aislamiento llegaron a su punto más álgido.

El estado de ánimo depresivo, se ve relacionado con todas las cadenas conductuales que ya hemos comentado de manera directa o indirecta. La incapacidad de autocuidado, las relaciones sociales reducidas y el miedo al abandono influyen y se ven influidas por este estado de ánimo.

Actualmente, la vivencia del año pasado se reactiva al comenzar a vivir sola de nuevo. La aparición nuevamente de los sentimientos de abandono reactiva el malestar por la soledad y la inseguridad a quedarse sola. Se puede observar al no ser capaz de mantener unas rutinas de limpieza en casa o incluso comer los tupper que le prepara su madre (exponerse a la comida de su madre le incrementa los sentimientos de abandono). Le cuesta levantarse de la cama e incluso acudir a clase.

Estos hallazgos concuerdan con la hipótesis propuesta de que el proceso de adopción influyó de manera potente en su forma de reaccionar y de relacionarse a lo largo de su adolescencia y adultez. Desencadenando un miedo al abandono que, junto con otras experiencias vitales como el rechazo

entre iguales, han generado un estado de ánimo depresivo que podríamos enmarcar como el foco de la terapia.

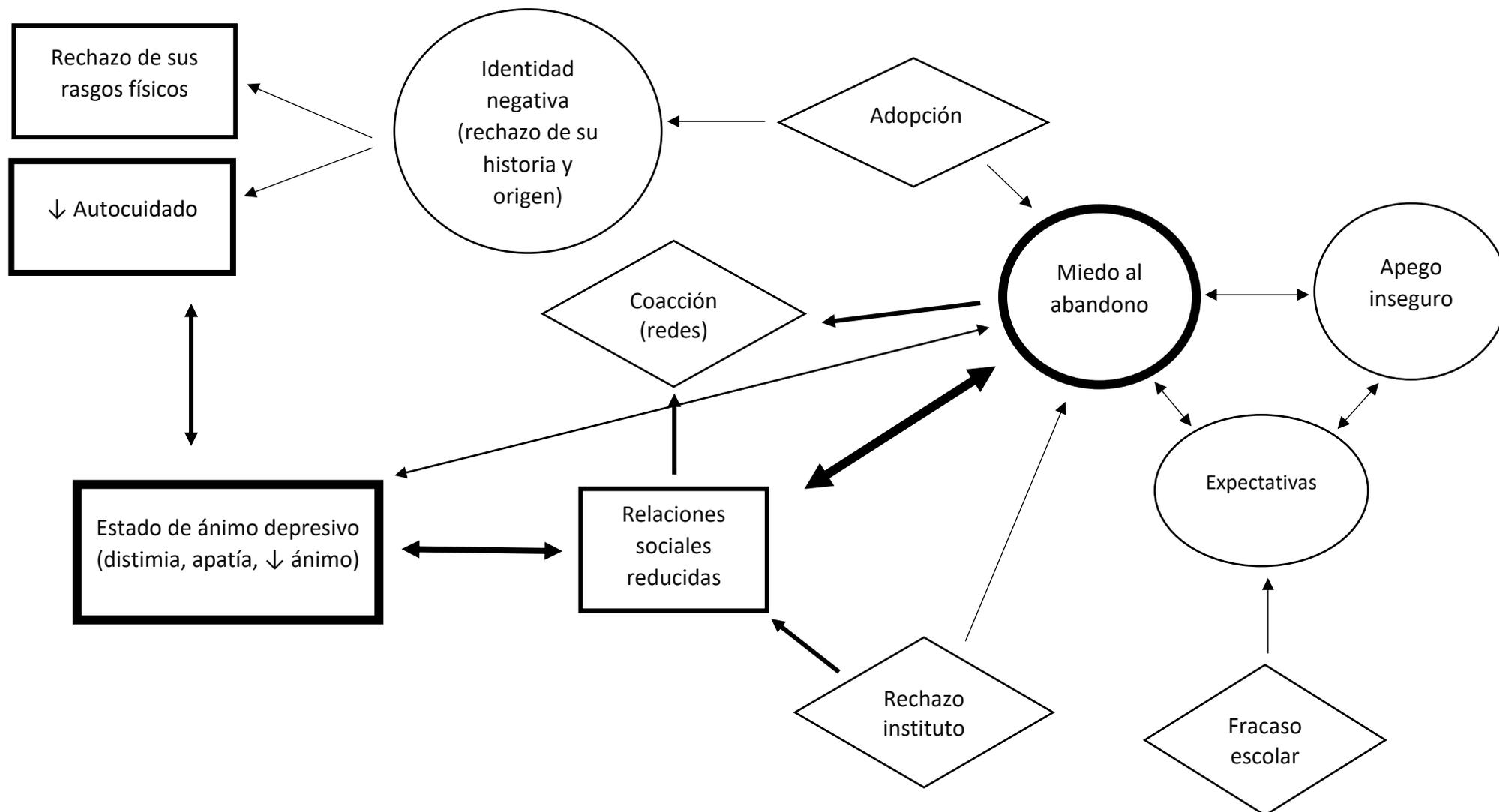


Figura 1. Diagrama clínico analítico-funcional de la problemática presentada por Ainhoa. Fuente: Elaboración propia, basado en Kaholokula, et al. (2013)

A raíz del establecimiento de las hipótesis, y teniendo en cuenta la solicitud de la paciente, se plantean los siguientes **objetivos terapéuticos**.

- Mejorar el estado de ánimo.
- Disminuir el aislamiento social. Entrenar habilidades sociales, ser capaz de marcar límites.
- Recuperar rutinas básicas de aseo, limpieza o alimentación.
- Reforzar la autoestima. Reconocimiento de sus propios logros y cualidades. Ser capaz de recibir halagos y gestos positivos. A la vez, ser capaz de estar abierta a las críticas constructivas, sin que generen sentimientos de poca valía. Generar un dialogo interno positivo, no destructivo; o priorizar sus necesidades antes que la aprobación de los demás.
- Generar un apego seguro. Potenciar la seguridad a la hora de relacionarse, sobre todo con su madre. Seguridad en la toma de decisiones de su día a día sin necesidad de que exista una validación externa. Potenciar habilidades de afrontamiento y regulación emocional.
- Trabajar sobre su historia de vida. Reducir el rechazo de su origen. Reducir sentimientos de culpabilidad por ser abandonada.

5. Tratamiento

El proceso terapéutico descrito es una terapia individual, iniciada hace 6 meses, que se encuentra aún en curso, con un total de 12 sesiones completadas, y una periodicidad quincenal entre sesiones. El pretratamiento se espació durante las 3 primeras sesiones, en las que el objetivo principal fue la recogida de información para crear así un plan de tratamiento que se comenzó a partir de la cuarta sesión.

El desarrollo del tratamiento se fundamentó en los principios básicos de la terapia familiar sistémica. Donde se buscaba potenciar el cambio desde la persona, considerando la relación terapéutica, como una relación en la que ambas partes adquieren cierto grado de corresponsabilidad hacia el cambio (Fernández, 2011).

Entre los principales puntos del proceso terapéutico se encuentra realizar una adecuada redefinición contextual y relacional del problema, a través del análisis sobre cómo afectan y se ve afectados los diferentes problemas que presenta la paciente: origen, circunstancias de aparición, posibles disminuciones, curso de la problemática, intensidad, etc.

En segundo lugar, se busca diseñar un plan de intervención sobre los circuitos de interacción de la persona. Esto es, intervenir sobre los pensamientos, creencias y conductas que desarrolla la paciente a la hora de interactuar e interpretar su contexto. El cambio terapéutico se busca a través de la percepción de un nuevo significado relacional del problema. El objetivo del terapeuta se centra en ayudar a que la paciente sea capaz de crear una nueva narrativa y nuevos significados (White, 1997).

El foco de atención se pone en los cambios concretos que se van logrando a lo largo del proceso terapéutico, comprobando el avance gracias al feedback que nos ofrece la paciente. A través de preguntas como: *¿Qué logró hacer ahora que antes era incapaz? ¿Qué sucedió esta semana que no sucedía antes?* Entre otras.

En la *Tabla 1* que se muestra a continuación podemos ver la relación entre los objetivos pactados con la paciente y las técnicas empleadas por la psicóloga encargada del caso para su consecución.

Objetivos	Intervención
<p>Mejorar estado de ánimo</p> <p><i>Romper ciclo de tristeza-desesperanza-inactividad</i></p>	<p>Excepción del síntoma. Focalizar la atención a las excepciones, y, por tanto, hacerlas más visibles.</p> <p>Una vez identificadas, animar a generar estas situaciones.</p>
<p>Disminuir aislamiento social</p>	<p>Reforzar conductas de acercamiento. Reconocer logros.</p> <p>Ajustar expectativas sobre las relaciones <i>¿Qué espera de una relación de amistad?</i></p> <p>Aprender a marcar límites: <i>¿Qué toleraría y que no?</i></p>
<p>Potenciar el autocuidado:</p> <p><i>Recuperar rutinas básicas de aseo, limpieza o alimentación</i></p>	<p>Generar unas escalas de autocuidado que ayuden a la consecución del objetivo final marcado por Ainhoa. <i>¿Qué te gustaría conseguir?</i></p>
<p>Reforzar la autoestima:</p> <p><i>Aumentar sentimiento de logro, sentido de pertenencia, búsqueda de fortalezas y éxitos de afrontamiento</i></p>	<p>Cambio de la imagen que tiene de sí misma, como alguien válida y capaz:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Árbol de la autoestima. Trabajar el reconocimiento de los éxitos conseguidos y las fortalezas que le han hecho lograrlos. - Potenciar el sentimiento de logro, a través de la comprobación y reconocimiento del avance en los objetivos y las tareas propuestas en sesión.
<p>Generar un apego seguro:</p> <p><i>Potenciar la seguridad a la hora de relacionarse y tomar decisiones</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Experiencias correctivas a través de la alianza terapéutica generada en consulta: terapia como lugar de vínculo seguro, Potenciar decisiones con el diálogo decisional presente en todo el proceso. Hacia donde quiere dirigir la terapia, objetivos que quiere conseguir. - Explorar su identidad a través del trabajo con la matrioska. Identificar fortalezas y características que la definen. - Proyección de futuro. <i>¿Hacia dónde me gustaría encaminar mi vida?</i> - Ser capaz de poner límites en relación filio-parental, reducir criticismo.

<p>Reinterpretar su historia de vida:</p> <p><i>Reducir rechazo y culpabilidad por ser abandonada</i></p>	<p>A través de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Línea de vida: destacar los aspectos positivos y negativos de su vida. - Símbolos que hablen de su infancia. Reconstrucción de su historia de vida. - Reconocer y validar los sentimientos que le despierta el abandono y la adopción. - Carta desde su posición de adulta a la niña que fue. Buscando trabajar la culpa que siente por haber sido adoptada. El objetivo que persigue esta tarea es poder enviar mensajes desde su yo presente, que podrían haberle sido útiles, apoyándola y reconfortándola.
---	---

Tabla 1. Relación objetivos terapéuticos-intervenciones específicas. *Fuente: Elaboración propia.*

Procedimiento detallado del tratamiento

Sesión 1-3. Pretratamiento. Sesiones enfocadas a evaluar las conductas problema y obtener información de posibles variables relacionadas. La primera toma de contacto, donde, potenciar la alianza terapéutica fue fundamental para asegurar una adecuada adherencia al tratamiento. Se estableció un compromiso de trabajo, donde el trabajo en equipo es importante para la consecución de los objetivos personales que traía.

Las dos primeras sesiones fueron con la paciente identificada, y la tercera con su madre, para aportar información adicional sobre el contexto de Ainhoa y su perspectiva del problema. En todo momento, siempre que se invitó a alguien a consulta, se consultó previamente con Ainhoa y se aseguró la confidencialidad de esta.

Durante este proceso se utilizaron técnicas como la *línea de vida*, a través de la cual se pudo explorar con profundidad su historia de vida. Se le solicitó que, desde el inicio hasta la actualidad, apuntase en un papel aquellos recuerdos que fueron importantes para ella, tanto de manera positiva como negativa, y que los ordenase cronológicamente.

Además, se realizó una *redefinición positiva del síntoma* con la que se buscaba atribuir un significado a los síntomas que presentaba la paciente a través del contexto relacional, donde esta conducta adquiere una funcionalidad. Especificando la posible contribución de cada miembro a esta pauta circular. Permite modificar así la percepción cognitiva del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual.

Por último, para cerrar esta fase, se expusieron las bases del tratamiento, definiendo, a partir de los objetivos, las fases diseñadas del plan, además de una explicación acerca de la forma de trabajo desde la corriente sistémica.

Sesión 4. Escala de autocuidado, limpieza y alimentación. Reconoce que el discurso de sobreprotección que tiene su madre sobre ella, hace que aparezcan pensamientos inconscientemente sobre que no será capaz de vivir sola y lo interpreta como una situación de desamparo y abandono hacia sí misma.

Posteriormente realizamos unas escalas con diferentes objetivos sobre limpieza y alimentación. Se diseña a través de preguntas como: *¿Qué te gustaría conseguir? ¿Qué es lo que más te cuesta ahora mismo? ¿Hacer x te resultaría fácil o difícil? Etc.*

Finalmente, las escalas construidas son las siguientes:

Limpieza	Alimentación
<ul style="list-style-type: none"> - Barrer y limpiar encimeras todos los días - Limpieza del salón, baño y cocina cada dos días - Limpieza del salón, baño y cocina, al menos una vez a la semana - Al irse a dormir, recoger salón, cocina y baño - Al irse a dormir, recoger salón 	<ul style="list-style-type: none"> - Calentar algún tupper de su madre y comérselo - Cocinar algo y comérselo - Cocinarle a alguien (su madre), aunque ella no se lo coma - Cocinar algo, aunque no se lo coma - Comer cualquier comida precocinada - Comer cualquier dulce

Tabla 2. Escala de objetivos de rutinas de limpieza y alimentación.

De manera conjunta, establecemos los objetivos para la próxima sesión (señalados en la escala en negrita).

Sesión 5. Interacciones sociales. Hablamos sobre las burlas recibidas por su origen en 2º de la ESO, que comenzaron por una amiga suya. Se sintió traicionada y enfadada, pero nunca se lo pudo decir. Desde entonces, se siente insegura con cualquier persona, por miedo a que la puedan volver a traicionar. Redirigimos a valores. ¿Qué es lo mínimo que te gustaría que tuviese una amiga tuya? Hay una chica en clase que podría llegar a ser amiga suya. Reconoce que atreverse a invitarla sería un logro para Ainhoa.

Con respecto a las rutinas personales, es capaz de mantener la higiene en el piso, pero la comida le sigue costando. Mantuvo los intentos que le pedimos la sesión anterior, pero fue incapaz de comérselos. Ajustamos y bajamos escalón en la jerarquía: probamos a cocinar, pero a su manera, sin seguir las pautas de su madre. Potenciamos sentimiento de logro: trabajo realizado y objetivo logrado a través de esfuerzo.

Sesión 6. Historia de vida. Hablamos de la adopción y de su origen a través de símbolos que hablen de su infancia. Ainhoa se animó a traer un objeto que represente un espacio de seguridad, era un peluche con el que siempre dormía. Se lo regaló su tía cuando llegó a España. Comenta que tiene una caja de recuerdos de la adopción, donde hay fotos, documentos e incluso el vestido con el que se vino a España, pero es incapaz de abrirla.

Consigue quedar con la amiga de clase. Se siente bien, aunque hay aspectos de ella que no le gustan. Ajustamos expectativas: no te tiene por qué gustar el 100% de los pensamientos o actitudes de una persona mientras estos no vayan en contra de tus valores. Si consigues disfrutar y estar a gusto con ella, es un paso muy positivo.

Sesión 7. Sesión con la madre. Percibe el avance en Ainhoa de cara a las rutinas y hábitos. Consigue comer los tupperes que le prepara la madre y mantener la limpieza básica del piso. Aunque nota un bajón, que coincide con el ingreso hospitalario del abuelo y una operación leve de la madre.

Sesión 8. Reforzar la autoestima a través del árbol de la autoestima. El objetivo es analizar la imagen que tiene de ella misma y centrarnos en la parte positiva. Indicamos a la paciente que debe realizar un dibujo de un árbol con raíces, tronco, ramas y frutos. Posteriormente, tendrá que hacer una lista en la que deberá escribir, por un lado, los logros o éxitos que ha alcanzado en su vida y de los que está orgullosa; y por otro lado cualidades o virtudes que la caracterizan. Por último, tendrá que pasar esta información al dibujo, donde las raíces serán aquellas características positivas y los frutos los logros. Además, añadimos en el tronco a todas las personas que considera un apoyo y en las ramas las fortalezas que le ayudan en su día a día.

Es capaz de reconocer logros anteriores. También de ver los logros conseguidos en terapia (limpieza del piso, de la cual está muy orgullosa, o conseguir mantener una relación con la amiga de la universidad, entre otros)

Sesión 9. Potenciar expresión de emociones. Trabajamos a través de canciones que la propia paciente trae a sesión. Canciones con las que se siente representada. Hablamos de lo que le hacen sentir y de lo incomprendida que se siente a veces, sobre todo con su madre.

Sesión 10. Búsqueda de identidad a través de la Matrioska. Potenciar introspección. Utilizamos una metáfora a través de la cual intentamos separar los problemas que dificultan la visión sobre ella misma, sobre quien es Ainhoa. La muñeca grande sería ella, y el resto de muñecas que están dentro, son las diferentes características y vivencias que forman parte de su identidad.

Sesión 11. Sesión de reflexión con Ainhoa, en la que es capaz de ver diferentes indicadores de mejoría por sí sola. Por ejemplo, refiere que físicamente se ve mejor. También es capaz de poner límites. Se ve fuerte para hacer lo que ella quiere y rechazar lo que no. Se atreve a dar su opinión, ya no da la razón en todo.

Sesión 12. Sesión conjunta madre e hija donde se reconocen los avances de Ainhoa. Validación sin criticismo. Potenciar la relación hacia un vínculo más seguro. Trabajar de manera conjunta en la reparación del vínculo de apego y la desconexión emocional de Ainhoa.

6. Valoración del tratamiento

Adherencia al tratamiento

Hasta el momento, Ainhoa lleva en tratamiento 6 meses, desde el comienzo del curso académico, y los avances son notables en comparación con las primeras sesiones. Debido a la elevada preocupación con la que la paciente acudió por primera vez, la implicación en el tratamiento ha sido excelente: el miedo por sentirse igual de mal que el curso anterior, fue un punto clave para la adherencia al tratamiento. Cabe destacar que la alianza terapéutica motivó mucho a la hora de acudir a las sesiones y de realizar las actividades. Sentir la consulta como un lugar seguro donde poder expresarse y ser ella misma potenció el cambio de manera positiva.

Ainhoa fue una paciente responsable e implicada, que realizó todas las tareas y desafíos que se le mandaban a casa. A pesar de no obtener siempre el resultado esperado, no desistía. Además, pudo generalizar en algún contexto lo aprendido en consulta, poniendo en práctica varias de las herramientas utilizadas en sesión.

Consecución de objetivos

De cara a analizar la evolución, no se ha podido emplear ningún cuestionario que aporte datos cuantitativos. El avance y la consecución de objetivos se ha ido midiendo a lo largo de las sesiones a través de las conductas observables y las manifestaciones verbales de la propia paciente.

A continuación, se presenta una pequeña reflexión de la evolución del caso con cada objetivo:

Recuperar rutinas básicas de aseo, limpieza o alimentación. Con respecto a la limpieza, tanto Lucía, como Ainhoa, reconocen que están sorprendidas por la rapidez en la que Ainhoa comenzó a incluir estos hábitos en su vida. Actualmente reconoce que suele limpiar una vez a la semana, pero recoge la casa todos los días. Está contenta con haber llegado hasta aquí, y cree que limpiar más a menudo será un objetivo poco realista, por lo que podemos dar por concluida esta línea de trabajo.

Con respecto a la alimentación, es capaz de prepararse su propia comida. Come todo tipo de alimentos, y la variedad nutricional se empieza a parecer a la misma que consumía antes de comenzar en la universidad. Aun así, le sigue costando comer la comida que le prepara su madre cuando está en su piso de estudiantes, por lo que han decidido entre las dos dejar de enviarle tupperes, para evitar así el malestar que le producía, tanto al obligarse a comerlo, como a almacenarlo en la nevera indefinidamente. Ese momento fue un punto de inflexión para Ainhoa, ya que a partir de entonces comenzó a estar más cómoda con la comida, organizándose ella la compra y el menú semanal.

Disminución del aislamiento social. A raíz de ese primer contacto con una chica de su clase, Irene, pudo entablar una amistad con ella. Actualmente suelen pasar las tardes juntas, estudiando en casa de Ainhoa. Aunque sigue sin encontrarse cómoda con mucha gente por miedo a juicios que puedan hacer sobre ella, Irene ha conseguido animarla a ir a tomar un café con algunos compañeros de la facultad. Para Ainhoa, esto fue todo un logro, porque fue capaz de estar con una compañera con la que no tenía nada en común, pero igualmente se sintió cómoda y apoyada por Irene. Aun así, es necesario seguir trabajando este objetivo, ya que aún no está satisfecha con su círculo social, y sigue teniendo creencias irracionales como *“si le cuento mis problemas, se van a ir”* o *“tenemos que tener muchas cosas en común para ser amigas”*.

Mejorar estado de ánimo. A pesar de no haber podido trabajar directamente este objetivo, el hecho de tener una rutina marcada (ir a clase, organizar la casa, y quedar con Irene por las tardes) ayudó a romper el ciclo de tristeza-inactividad-desesperanza. Ainhoa remite bajones por las noches, sobre todo en los días que no ha estado tan ocupada, como fue el periodo post-exámenes de enero. Será necesario trabajar directamente sobre este objetivo en futuras sesiones de intervención.

Reforzar la autoestima. Con respecto al físico, siguen existiendo inseguridades que suele intentar ocultar. Fue capaz de hacerse un corte de pelo atrevido, que tenía ganas de hacerse con el que se siente más cómoda actualmente. Además, es capaz de ver y agradecerse a sí misma por haber llegado hasta donde está hoy. Reconoce los logros terapéuticos y está orgullosa de ellos.

Generar un apego seguro. La relación con su madre se ha vuelto más satisfactoria para ambas. Lucía reconoce que no ve tan dependiente a Ainhoa como antes. Es capaz de recibir elogios de madre, sin interpretarlos como críticas, algo que innegablemente afectaba a la armonía de la relación. También está comenzando a poner límites cuando no está de acuerdo con ciertas decisiones de su madre y a dar su opinión sobre algunos temas polémicos en comidas familiares.

Reducir el rechazo de su historia de origen. Podría ser el objetivo en el que menos se ha podido avanzar, pero también el más complicado y que más tiempo necesita. Aún no fue capaz de abrir la caja de recuerdos de la adopción, ya que le despiertan muchos sentimientos negativos. Pero si tuvo una conversación en la que tocó el tema de la adopción con su madre, donde le pudo explicar cómo se siente al pensar en su historia.

A pesar de no haber logrado los objetivos finales, el pronóstico es muy favorable. Ainhoa refiere más seguridad a la hora de enfrentar ciertas situaciones y aunque el malestar sigue presente en momentos de estrés o soledad extendida, no es tan intenso.

Dificultades encontradas en el procedimiento

Durante el proceso terapéutico es habitual no observar una mejoría constante y lineal. Aunque en este caso, la evolución de Ainhoa ha sido bastante consistente y positiva, se han observado momentos de crisis y retrocesos, donde la sintomatología se volvió ligeramente más intensa debido a complejidades en el contexto. Como es el caso del ingreso hospitalario de su abuelo, que además coincidió con una operación programada de su madre. Un momento donde la enfermedad y el miedo a la pérdida se hicieron presentes e hizo que se reactivasen cadenas conductuales, provocando que el estado de ánimo decayera y los hábitos rutinarios retrocediesen. Sin embargo, cuando la situación se solucionó, se pudieron observar nuevamente los avances de Ainhoa. La terapia no deja de ser un proceso de aprendizaje de conductas alternativas, en el que se van dejando de lado las conductas desadaptativas o que provocan malestar para dejar pasar otras conductas más adecuadas para cada

situación. Por ello, el bajón de Ainhoa no se puede considerar un retroceso terapéutico como tal, las conductas que fue aprendiendo hasta ese momento seguían presentes en su repertorio, y por ello retomar el nivel de avance una vez superada la crisis se consiguió realizar de manera óptima.

7. Discusión y conclusiones

La adopción se plantea como una medida de protección a la infancia que busca ofrecer a los menores que lo necesiten un contexto saludable que proporcione un adecuado desarrollo psicológico (Sánchez-Sandoval y Palacios, 2012). El proceso supone una intervención en sí misma, al apartar al menor del contexto de riesgo y aportarle recursos y seguridad desde la familia adoptiva (Sánchez-Sandoval et al., 2021). Aun así, en ocasiones, esta intervención no resulta suficiente para evitar una mala adaptación.

Acompañar a los menores en esta reconfiguración y adaptación es fundamental para que puedan realizar una integración de sus vivencias y poder construir una identidad fuerte y estable (Irigoyen, 2020).

A través de la revisión bibliográfica se ha podido comprobar como el porcentaje de niños adoptados que consiguen una buena adaptación es elevado. La mayoría de estos estudios hacen hincapié en analizar la primera infancia, pero son pocas las investigaciones que analizan las repercusiones a largo plazo en la adolescencia o edad adulta. Con la llegada de la adolescencia comienza un periodo crítico en la adaptación del menor a su contexto post adoptivo (Irigoyen, 2020). Existen casos como el de Ainhoa, en el que la adaptación inicial fue positiva, tal y como nos relató la madre en la sesión de pretratamiento, pero se complicó al entrar en la adolescencia. En esta situación, el proceso de adopción se convirtió en una variable disposicional que, al añadirse situaciones como una relación filio-parental complicada, el rechazo social de iguales o incluso la propia etapa evolutiva, pueden generar sintomatología disfuncional.

Con respecto a la intervención llevada a cabo en el caso de Ainhoa, hay algunos objetivos que no se han podido trabajar por falta de tiempo. Es un caso complejo, con múltiples aspectos que abordar, por lo que el ritmo de trabajo es lento. Aun así, Ainhoa remite mejoría en su estado de ánimo, lo que le ha llevado a solicitar las sesiones cada tres semanas. El tratamiento sigue activo, se prevé

una evolución favorable, y el objetivo de las futuras intervenciones irá enfocado a promover este pronóstico.

Es conveniente destacar algunas limitaciones en la evaluación del proceso terapéutico. Aunque las verbalizaciones del paciente son suficientes para comprobar la efectividad de la intervención, sería recomendable obtener datos objetivos a través de cuestionarios pre post test. Cuestionarios de fácil administración como el BDI, donde se evalúa, a través de 21 preguntas, la presencia y severidad de la depresión; o la escala de la autoestima de Rosenberg, de 10 ítems enfocados a evaluar la presencia de sentimientos de respeto y aceptación de sí mismo, podrían ayudar de cara a conocer el rendimiento de una forma más exacta.

En consonancia con la sintomatología que presenta la paciente de este caso, los estudios de Melero y Sánchez (2017) o Sánchez-Sandoval et al. (2021), corroboran estos resultados, observando mayor porcentaje de conductas clínicamente relevantes en personas adoptadas, en comparación con la población normativa.

Además, síntomas como ansiedad o depresión entre otros, correlacionan de manera significativa e inversamente proporcional con las variables de autoestima y resiliencia (Sánchez-Sandoval, et al., 2021). Por ello, uno de los objetivos pactados con Ainhoa se centró en reforzar su autoestima y seguridad. Se pudo observar la relación entre ambas variables al relacionar la mejoría en la sintomatología depresiva, cuando comenzó a realizar cambios en la narrativa hacia ella misma: validando sus sentimientos y vivencias y aceptando sus capacidades y logros.

A nivel personal, la experiencia con el caso y la propia intervención resultaron ser realmente satisfactorias y enriquecedoras. A través del estudio de este caso, he podido comprobar mis puntos fuertes y detectar aquellos aspectos a mejorar para ser mejor profesional. Con respecto a la intervención, no estaba especialmente familiarizada con esta corriente por lo que ha sido un descubrimiento realmente positivo, gracias al cual he podido abrir otra posible alternativa sobre hacia donde quiero dirigir mi futura formación como terapeuta para mi posterior proyección laboral.

8. Referencias bibliográficas

- Blake, A. J., Ruderman, M., Waterman, J. M., y Langley, A. K. (2022). Long-term effects of pre-adoptive risk on emotional and behavioral functioning in children adopted from foster care. *Child Abuse & Neglect*, 130, 105031.
- Brown, A., Waters, C. S., y Shelton, K. H. (2017). A systematic review of the school performance and behavioural and emotional adjustments of children adopted from care. *Adoption & Fostering*, 41(4), 346–368.
- Castón, P. y Ocón, J. (2002). Historia y sociología de la adopción en España. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 60(33), 173-209.
- Corral, S., Herrero, M., Martín, N., Gordejuela, A. y Herrero-Fernández, D. (2021). Psychological adjustment in adult adoptees: A meta-analysis. *Psicothema*, 33(4), 527-535.
- Escudero Carranza, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27 (2-3), 247-259.
- Fernández, A. M. (2011). "Quiero Recuperar el Control". Un Caso de Terapia Individual desde el Enfoque Sistémico. *Clínica Contemporánea*, 2(1), 25-37.
<https://doi.org/10.5093/cc2011v2n1a3>
- Friedlander, M., Escudero, V., y Heatherington, L. (2009) *La Alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- García López Hortelano, M., y Mellado Peña, M. J. (2015). Adopción internacional en España: situación actual. *An. pediatr.(2003. Ed. impr.)*, 291-292.
- Groza, V., y Ryan, S. D. (2002). Pre-adoption stress and its association with child behavior in domestic special needs, and international adoptions. *Psychoneuroendocrinology*, 27(1/2), 181-198.

- Howe, D. (2006). Developmental Attachment Psychotherapy with Fostered and Adopted Children. *Child and Adolescent Mental Health*, 1(3), 128-134.
- Irigoyen, I. M. (2020). Reflexiones en torno al nuevo escenario de la adopción. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria= Revista de servicios sociales*, (71), 37-52.
- Juffer, F. y van IJzendoorn, M. H. (2005). Behavior problems and mental health referrals of international adoptees: A meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 293, 2501-2515
- Kreppner, J. M., O'Connor, T. G. y Rutter, M. (2001). Can inattention/overactivity be an institutional deprivation syndrome? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 513-528.
- Melero, S., y Sánchez-Sandoval, Y. (2017). Mental health and psychological adjustment in adults who were adopted during their childhood: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 77, 188-196.
- Moreno C, Paniagua C, Rivera F et al. Adolescentes adoptados: análisis de sus estilos de vida, salud, ajuste psicológico y relaciones en sus contextos de desarrollo. Resultados del Estudio HBSC-2014 en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016
- Observatorio de la Infancia. (2022). Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (datos 2020).
- Palacios, J. (2007). Después de la adopción: necesidades y niveles de apoyo. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 181-198.
- Paine, A. L., Perra, O., Anthony, R., & Shelton, K. H. (2021). Charting the trajectories of adopted children's emotional and behavioral problems: The impact of early adversity and postadoptive parental warmth. *Development and psychopathology*, 33(3), 922-936.
- Papp, P. (1994). El proceso del cambio. Barcelona: Paidós

- Román, M. (2010). El apego en niños y niñas adoptados. *Modelos internos, conductas y trastornos de apego*. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla, Sevilla
- Román, M. y Palacios, J. (2011). Apego, adopción y escolaridad. *Padres y Maestros*, (339), 5-8
- Rutter, M. (2005). Environmentally mediated risks for psychopathology: Research strategies and findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(1), 3-18.
- Sánchez-Sandoval, Y., Jiménez-Luque, N., y Melero, S. (2021). Calidad de vida y salud mental en adultos adoptados. *Clínica y Salud*, 32(3), 139-146.
- Sánchez-Sandoval, Y., & Palacios, J. (2012). Problemas emocionales y comportamentales en niños adoptados y no adoptados. *Clínica y Salud*, 23(3), 221-234.
- Vallejo, M.A. y Ruiz, M. A. (1993). *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Madrid-Empresa.
- Van den Dries, L., Juffer, F., van IJzendoorn, M. H. y Bakermans-Kranenburg, M. (2009). Fostering security? A meta-analysis of attachment in adopted children. *Children and Youth Services Review*, 31(3), 410-421.
- Van IJzendoorn, M. y Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: Adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 1228–1245.
- White, M. (1997). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.

9. ANEXOS

Anexo 1. SOATIF – o

Sistema de Observación de la Alianza en Terapia Familiar

SOATIF-o (cliente)

INSTRUCCIONES: Lea por favor la definición de cada uno de los cuatro constructos encuadrados más abajo. A continuación, identifique en la parte superior de las columnas de anotación a los miembros de la familia que van a ser observados. Comience a observar la sesión marcando en la columna correspondiente aquellas conductas que ocurran. Al finalizar la sesión ha de realizar una valoración sobre una escala, para cada miembro de la familia, acerca del nivel en que ha percibido Enganche Terapéutico, Conexión Emocional con el Terapeuta, y Seguridad dentro del Sistema Terapéutico. También hará una valoración similar para la dimensión de Sentido de Compartir el Propósito, pero para esta dimensión el juicio se realiza sobre la totalidad del sistema familiar como grupo. Ha de sustentar su estimación para dichas escalas en el registro conductual que ha ido realizando en el proceso de observación. No olvide que los items que están escritos en *itálica* reflejan la falta de Enganche, pobre Conexión Emocional, carencia de Sentido de compartir el propósito, y falta de Seguridad.

Utilice la siguiente escala:

- 3 = muy problemática
- 2 = bastante problemática
- 1 = ligeramente problemática
- 0 = no reseñable o neutral
- +1 = ligera
- +2 = bastante fuerte
- +3 = muy fuerte

<p>ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO:</p> <p>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.</p>	<p>SEGURIDAD DENTRO DEL SISTEMA TERAPÉUTICO:</p> <p>El cliente ve la terapia como un lugar en el que puede arriesgarse, estar abierto a nuevas cosas, ser flexible; sensación de confort y expectación hacia las nuevas experiencias y aprendizajes que pueden ocurrir, de que hay cosas buenas que provienen de estar en terapia, que el conflicto dentro de la familia puede manejarse sin hacerse daño, que no es necesario estar a la defensiva.</p>
<p>CONEXIÓN EMOCIONAL CON EL TERAPEUTA:</p> <p>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.</p>	<p>SENTIDO DE COMPARTIR EL PROPÓSITO:</p> <p>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.</p>

MIEMBRO DE LA FAMILIA

ENGANCHE EN EL PROCESO TERAPÉUTICO:

El cliente indica su acuerdo con las metas propuestas por el terapeuta	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente describe o discute un plan para mejorar la situación	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente introduce un problema para discutirlo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente acepta hacer las tareas para casa que se le sugieren	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente indica que ha hecho una tarea o la ha visto como útil	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente expresa optimismo o indica que ha tenido lugar un cambio positivo	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente cumple las peticiones del terapeuta para discutir entre ellos o representar alguna interacción delante de él	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente se inclina hacia delante (postura corporal)	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
El cliente menciona el tratamiento, el proceso de terapia, o una sesión en concreto	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<i>El cliente expresa sentirse "atascado" o afirma que la terapia no ha sido o no es útil</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<i>El cliente muestra indiferencia acerca de las tareas o del proceso de terapia</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Puntúe Enganche en el Proceso	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
para cada miembro de la familia:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

CONEXIÓN EMOCIONAL CON EL TERAPEUTA:

El cliente comparte un momento humorístico o una broma con el terapeuta	_____	_____	_____	_____
El cliente verbaliza su confianza en el terapeuta	_____	_____	_____	_____
El cliente expresa interés en aspectos de la vida personal del terapeuta	_____	_____	_____	_____
El cliente indica que se siente entendido o aceptado por el terapeuta	_____	_____	_____	_____
El cliente expresa físicamente o verbaliza su afecto por el terapeuta	_____	_____	_____	_____
El cliente imita, reproduce, la postura corporal del terapeuta	_____	_____	_____	_____
<i>El cliente evita el contacto ocular con el terapeuta</i>	_____	_____	_____	_____
<i>El cliente rechaza o es reticente a responder al terapeuta</i>	_____	_____	_____	_____
<i>El cliente tiene interacción hostil o sarcástica con el terapeuta</i>	_____	_____	_____	_____
<i>El cliente hace comentarios sobre la incompetencia o inadecuación del terapeuta</i>	_____	_____	_____	_____

Puntúe Conexión Emocional con el	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Terapeuta para cada miembro							
de la familia:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

SENTIDO DE COMPARTIR EL PROPÓSITO EN LA FAMILIA:

Los miembros de la familia ofrecen un acuerdo de compromiso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Los miembros de la familia comparten entre ellos una broma o un momento gracioso	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Los miembros de la familia se preguntan entre ellos sobre sus puntos de vista	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Los miembros de la familia validan mutuamente sus puntos de vista	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Los miembros de la familia reflejan-reproducen posturas corporales similares	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
<i>Los miembros de la familia evitan el contacto ocular entre ellos</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
<i>Los miembros de la familia se culpan unos a otros</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
<i>Unos miembros de la familia devalúan la opinión o perspectiva de otros</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
<i>Miembros de la familia tratan de aliarse con el terapeuta en contra de otros miembros de la familia</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
<i>El cliente hace comentarios hostiles o sarcásticos a otros miembros de la familia</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
<i>Algunos miembros de la familia no están de acuerdo entre sí sobre el valor, el propósito, las metas, o las tareas de la terapia, o sobre quien debe ser incluido en las sesiones</i>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
Puntúe Compartir el Propósito	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

para la familia globalmente: _____

Sistema de Observación de Alianza Terapéutica en Intervención Familiar

SOATIF-o (terapeuta)

INSTRUCCIONES: Por favor, antes que nada lea detalladamente las definiciones de los siguientes cuatro constructos. Durante la observación de la sesión, marque cada conducta que ocurra. Cuando concluya la sesión, utilice las marcas realizadas para valorar la contribución del terapeuta al Enganche, Conexión emocional, Seguridad dentro del Sistema Terapéutico, y Sentido de Compartir el Propósito. Utilice las directrices del Manual de Entrenamiento para inferir las puntuaciones de escala a partir de los registros de conductas. Observe que los descriptores en *itálica* reflejan contribuciones negativas para el enganche, conexión emocional, compartir el propósito y seguridad.

Utilice la siguiente escala:

- 3 = muy problemática
- 2 = bastante problemática
- 1 = ligeramente problemática
- 0 = no reseñable o neutral
- +1 = ligera
- +2 = bastante fuerte
- +3 = muy fuerte

CONTRIBUCIÓN DEL TERAPEUTA AL ENGANCHE EN EL PROCESO DE TERAPIA:

El terapeuta explica cómo funciona la terapia	_____
*El terapeuta pregunta al cliente acerca qué quiere hablar en la sesión	_____
El terapeuta estimula que el cliente defina sus metas en la terapia	_____
*El terapeuta pregunta al cliente por su disposición para hacer una tarea en la sesión	_____
*El terapeuta pregunta cuál es la disposición del cliente para seguir una indicación-sugerencia o hacer una tarea	_____
*El terapeuta pregunta al cliente por el impacto o valor de una tarea asignada previamente	_____
*El terapeuta expresa optimismo o señala que un cambio positivo ha ocurrido o puede ocurrir.	_____
El terapeuta captura la atención del cliente (por ej. inclinándose hacia delante, usando el nombre del cliente, dirigiéndose a él/ella directamente, etc.)	_____
El terapeuta pregunta si el cliente tiene alguna duda o pregunta que hacer	_____
El terapeuta elogia la motivación del cliente para colaborar o para cambiar	_____
<i>El terapeuta define metas terapéuticas o impone tareas o procedimientos sin pedir la colaboración del cliente</i>	_____
<i>*El terapeuta discute con el cliente acerca de la naturaleza, propósito o valor de la terapia</i>	_____
<i>El terapeuta critica cómo hizo (o por no hacerla) el cliente una tarea para casa</i>	_____
Puntúe la contribución del terapeuta para Enganche:	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

CONTRIBUCIÓN DEL TERAPEUTA A LA SEGURIDAD

*El terapeuta reconoce que la terapia implica aceptar riesgos o discutir cuestiones privadas	_____
El terapeuta proporciona estructura y directrices de confidencialidad y seguridad	_____
*El terapeuta propicia la discusión sobre elementos del contexto de terapia que pueden intimidar al cliente (por e.j., equipos de grabación, informes a terceras partes, equipo terapéutico, espejo unidireccional, investigaciones, etc.)	_____
El terapeuta ayuda al cliente a hablar sinceramente y a no estar a la defensiva con los demás	_____
El terapeuta intenta contener, controlar, o manejar la hostilidad abierta entre clientes	_____
El terapeuta protege activamente a un miembro de la familia de otro (por e.j., de acusaciones, hostilidad, o intrusividad emocional)	_____
El terapeuta cambia la conversación hacia algo agradable o que no genera ansiedad (programas de la tele, diversión, elementos de la sala, etc.) cuando parece que hay tensión o ansiedad	_____
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	_____
<i>El terapeuta permite que el conflicto familiar se escale hacia el abuso verbal, amenazas, o intimidación</i>	_____
<i>El terapeuta no atiende a expresiones claras de vulnerabilidad de un cliente (por ej., llanto, defensividad, etc.)</i>	_____
Puntúe la contribución del terapeuta para Seguridad en el sistema terapéutico:	-3 -2 -1 0 +1 +2 +3

CONTRIBUCIÓN DEL TERAPEUTA AL SENTIDO DE COMPARTIR EL PROPÓSITO:

- *El terapeuta alienta acuerdos de
compromiso entre los clientes _____
- *El terapeuta anima a los clientes a preguntarse
entre ellos por sus puntos de vista respectivos _____
- *El terapeuta elogia a los clientes por respetar
los puntos de vista de los otros _____
- El terapeuta subraya lo que tienen en común
las diferentes perspectivas de los clientes
sobre el problema o solución _____
- El terapeuta destaca lo que comparten los clientes
en cuanto a valores, experiencias,
necesidades, o sentimientos _____
- El terapeuta anima al cliente a mostrar afecto,
interés o apoyo a otro cliente _____
- *El terapeuta anima a un cliente a pedir
confirmación y opinión (feedback) a otro/s _____
- *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* _____
- *El terapeuta ignora las preocupaciones explicitadas
por un cliente discutiendo únicamente las
preocupaciones de otro cliente* _____

Puntúe la contribución del terapeuta

para Sentido de Compartir el Propósito: -3 -2 -1 0 +1 +2 +3

**indica que hay un descriptor similar en la versión del cliente*

Anexo 2. SOATIF – s

Sesión individual:

SOATIF (IND)

Nombre:

Fecha:

Valore las siguientes afirmaciones y rodee con un círculo:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Lo que hacemos en terapia puede solucionar nuestros problemas.	1	2	3	4	5
2. El terapeuta me comprende.	1	2	3	4	5
3. Las sesiones me sirven para abrirme (por ejemplo: expresar sentimientos o probar cosas nuevas).	1	2	3	4	5
4. Resulta difícil comentar con mi terapeuta lo que hay que hacer en terapia.	1	2	3	4	5
5. El terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarme.	1	2	3	4	5
6. Me siento cómodo/a y relajado/a en las sesiones.	1	2	3	4	5
7. Siento que estoy trabajando en equipo con el terapeuta.	1	2	3	4	5
8. Considero que el terapeuta se ha convertido en una persona importante para mí.	1	2	3	4	5
9. Hay algún tema del que no me atrevo a hablar en terapia.	1	2	3	4	5
10. Entiendo el sentido de lo que se hace en terapia.	1	2	3	4	5
11. Al terapeuta le faltan conocimientos y capacidad para ayudarme.	1	2	3	4	5
12. A veces estoy a la defensiva en las sesiones.	1	2	3	4	5

ENGANCHE EN EL PROCESO	
Nº ITEM	PUNTUACIÓN
1	
*4	
7	
10	
TOTAL	
CONEXIÓN EMOCIONAL	
2	
5	
8	
*11	
TOTAL	
SEGURIDAD	
3	
6	
*9	
*12	
TOTAL	
PUNTUACIÓN TOTAL	

- Los ítems marcados con * (4, 9, 11 y 12) puntúan a la inversa.
- De tal forma que:
 - Si el sujeto en cualquiera de esos ítems marca: 5 || la puntuación será: 1.
 - 4 || la puntuación será: 2.
 - 3 || la puntuación será: 3.
 - 2 || la puntuación será: 4.
 - 1 || la puntuación será: 5.

Sesión familiar:

SOATIF

Nombre:

Fecha:

Valore las siguientes afirmaciones y rodee con un círculo:

	Nada	Poco	Algo	Bastante	Mucho
1. Lo que hacemos en terapia puede solucionar nuestros problemas.	1	2	3	4	5
2. El terapeuta me comprende.	1	2	3	4	5
3. Las sesiones me sirven para abrirme (por ejemplo: expresar sentimientos o probar cosas nuevas).	1	2	3	4	5
4. Los que venimos a terapia queremos conseguir lo mejor para nuestra familia y resolver los problemas.	1	2	3	4	5
5. Resulta difícil comentar con mi terapeuta lo que hay que hacer en terapia.	1	2	3	4	5
6. El terapeuta está haciendo todo lo posible por ayudarme.	1	2	3	4	5
7. Me siento cómodo/a y relajado/a en las sesiones.	1	2	3	4	5
8. Todos los que venimos a terapia valoramos el esfuerzo y el tiempo invertido por los demás aquí.	1	2	3	4	5
9. Siento que estoy trabajando en equipo con el terapeuta.	1	2	3	4	5
10. Considero que el terapeuta se ha convertido en una persona importante para mí.	1	2	3	4	5
11. Hay algún tema del que no me atrevo a hablar en terapia.	1	2	3	4	5
12. Algunos miembros de la familia consideran que sus objetivos son incompatibles con los de los demás.	1	2	3	4	5
13. Entiendo el sentido de lo que se hace en terapia.	1	2	3	4	5
14. Al terapeuta le faltan conocimientos y capacidad para ayudarme.	1	2	3	4	5
15. A veces estoy a la defensiva en las sesiones.	1	2	3	4	5
16. Todos en la familia intentamos ayudar a que los demás consigan en terapia lo que necesitan.	1	2	3	4	5

ENGANCHE EN EL PROCESO	
Nº ITEM	PUNTUACIÓN
1	
*5	
9	
13	
TOTAL	
CONEXIÓN EMOCIONAL	
2	
6	
10	
*14	
TOTAL	
SEGURIDAD	
3	
7	
*11	
*15	
TOTAL	
COMPARTIR EL PROPÓSITO	
4	
8	
*12	
16	
TOTAL	
PUNTUACIÓN TOTAL	

- Los ítems marcados con * (5, 11, 12, 14 y 15) puntúan a la inversa.
- De tal forma que:

Si el sujeto en cualquiera de esos ítems marca:

5	la puntuación será: 1
4	la puntuación será: 2
3	la puntuación será: 3
2	la puntuación será: 4
1	la puntuación será: 5