



BASE EMPÍRICA DE LA TERAPIA FAMILIAR BASADA EN EL APEGO

PARA ADULTOS JÓVENES DE MINORÍAS SEXUALES Y DE GÉNERO Y SUS PADRES NO RECEPTIVOS

Este capítulo presenta la base de la investigación que sustenta los objetivos de la intervención, los mecanismos de cambio propuestos y las estrategias de intervención de la terapia familiar basada en el apego para adultos jóvenes de minorías sexuales y de género y sus padres no receptivos (TFBA-MSG). Revisamos hallazgos relevantes sobre el rechazo y la aceptación parental de la identidad de minoría sexual y de género de los adultos jóvenes, el desarrollo normativo de esta etapa y los procesos de cambio en intervenciones con base en la familia. Señalamos cómo cada uno de estos marcos teóricos de conocimiento ha influido en la conformación del modelo de intervención. Asimismo, resumimos hallazgos de estudios que evalúan la eficacia de la terapia familiar basada en el apego (TFBA) en general y de la TFBA-MSG en particular.

RECHAZO Y ACEPTACIÓN PARENTAL DE HIJOS CON IDENTIDAD DE MINORÍA SEXUAL Y DE GÉNERO

La investigación ha documentado de manera consistente los efectos penetrantes y perjudiciales del rechazo parental sobre adolescentes, adultos emergentes y adultos jóvenes, lesbianas, gays, bisexuales, transgénero y queer (LGBTQ+).

<https://doi.org/10.1037/0000352-002> *Attachment-Based Family Therapy for Sexual and Gender Minority Young Adults and Their Nonaccepting Parents*, by G. M. Diamond and R. Boruchovitz-Zamir Copyright © 2023 by the American Psychological Association. Todos los derechos reservados.

Numerosos estudios muestran que el rechazo de los padres hacia la orientación sexual o la identidad de género de sus hijos se asocia con tasas considerablemente más altas de depresión, ansiedad, ideación suicida, intentos de suicidio, estigma internalizado, ocultamiento de identidad y sensibilidad al rechazo (Bouris *et al.*, 2010; D'Augelli, 2002; Grossman *et al.*, 2021; Hall, 2018; Kieken *et al.*, 2020; Pachankis *et al.*, 2008; Parra *et al.*, 2018; Ryan *et al.*, 2009; Tate y Patterson, 2019). Estos hallazgos se replican tanto en muestras de personas predominantemente blancas como en muestras de afrodescendientes (Mitrani *et al.*, 2017; Salerno *et al.*, 2022).

Por ejemplo, Ryan *et al.* (2009) llevaron a cabo un estudio seminal con 224 adultos emergentes latinos y blancos lesbianas, gays y bisexuales (LGB) en Estados Unidos. Encontraron que mayores niveles de rechazo parental específico a la orientación sexual durante la adolescencia se relacionaban con una amplia gama de resultados negativos en la adultez joven, incluidos mayores niveles de depresión, intentos de suicidio, uso de drogas ilícitas y conductas sexuales sin protección.

De manera consistente, un estudio transversal con 256 adultos jóvenes LGB israelíes mostró que el rechazo parental hacia su orientación sexual predijo la severidad de las expresiones psicológicas, incluso después de controlar el nivel de rechazo parental global (es decir, el rechazo asociado con aspectos de la vida del adulto joven no vinculados con su orientación sexual; Kibrik *et al.*, 2019).

En uno de los pocos estudios longitudinales disponibles, Pachankis *et al.* (2018) examinaron la relación entre el rechazo de los padres hacia la orientación sexual de su adulto joven, los asuntos inconclusos reportados por estos (p. ej., sentirse frustrados porque sus necesidades no fueron satisfechas por sus padres; sentirse preocupados por emociones negativas no resueltas hacia ellos, como ira, dolor o resentimiento) y las expresiones depresivas. Durante siete años, siguieron a 113 estudiantes universitarios de Estados Unidos desde los 20 años en promedio. Encontraron que el rechazo parental predecía un aumento de asuntos inconclusos al año siguiente, y que estos asuntos inconclusos, a su vez, predecían expresiones depresivas al año posterior.

En contraste con los efectos nocivos del rechazo parental, la aceptación de la orientación sexual e identidad de género del hijo se ha relacionado con mayores niveles de autoestima, mejor ajuste y menor malestar psicológico entre adolescentes, adultos emergentes y adultos jóvenes LGBTQ+ (D'Augelli, 2002; Eisenberg y Resnick, 2006; Elizur y Ziv, 2001; Evans *et al.*, 2004; Floyd *et al.*, 1999;

Hershberger y D'Augelli, 1995; Needham y Austin, 2010; Ryan *et al.*, 2010; Savin-Williams, 1989; Sheets y Mohr, 2009; Shilo *et al.*, 2015; Simons *et al.*, 2013).

Por ejemplo, Ryan *et al.* (2010) encontraron que una mayor aceptación parental de la orientación sexual e identidad de género de su hijo durante la adolescencia estaba asociada con una amplia gama de resultados positivos de salud física y psicológica durante la adultez emergente, incluyendo mayor autoestima, apoyo social y salud general, así como menores niveles de expresiones depresivas e ideación suicida. En la misma línea, Kibrik *et al.* (2019) encontraron que la aceptación materna específica a la orientación sexual predijo menores niveles de angustia psicológica entre una muestra de adultos jóvenes LGB israelíes, incluso después de considerar la aceptación materna global. Un estudio reciente de adultos jóvenes LGB en China también mostró que el apoyo parental específico a la orientación sexual se correlacionaba positivamente con el ajuste psicológico de los adultos jóvenes (Shao *et al.*, 2018).

La aceptación y apoyo parental puede ser la fuente más importante de aceptación y apoyo para la descendencia LGBTQ+. En efecto, un segundo estudio sobre la muestra de Ryan *et al.* (2010) encontró que los reportes retrospectivos de los adultos emergentes sobre la aceptación específica de su orientación sexual o género de parte de sus padres durante la adolescencia predijeron sus niveles actuales de bienestar y ajuste por encima y más allá de los efectos del apoyo de amigos y la comunidad (Snapp *et al.*, 2015). Igualmente, en un estudio de adolescentes y adultos emergentes LGB israelíes, Shilo y Savaya (2011) encontraron que el apoyo familiar tuvo un efecto más fuerte en la autoaceptación de los participantes que el apoyo de amigos.

Vale la pena señalar que la aceptación y el rechazo parental son constructos relacionados, pero no idénticos. No son extremos opuestos del mismo continuo (Kibrik *et al.*, 2019). Así, los padres pueden volverse menos rechazantes (p. ej., disminuir sus comentarios homofóbicos e intentos coercitivos para influir en los comportamientos de su adulto joven) sin necesariamente volverse más receptivos (p. ej., mostrar más interés en la vida personal de su adulto joven, ser más abiertos con amigos y familia sobre la identidad de su hijo). En efecto, los estudios han mostrado que en las relaciones adulto joven-padres, cuando presentan bajos niveles tanto de aceptación parental específica a la orientación sexual como de rechazo, estas son en realidad comunes (Clark *et al.*, 2021; LaSala, 2010; Livingston y Fourie, 2016).

Informados por estos hallazgos de investigación, los terapeutas de la TFBA-MSG se enfocan tanto en los comportamientos parentales de rechazo como de aceptación. Los resultados óptimos de la intervención se caracteri-

zan no solo por una reducción en los comportamientos parentales de rechazo, como crítica explícita, invalidación, coerción y microagresiones, sino también por un aumento en los comportamientos parentales de aceptación y afirmación. Tales comportamientos parentales de aceptación y afirmación incluyen aumentar el involucramiento positivo en la vida de su adulto joven; revelarse a la familia extendida, colegas y amigos; trabajar para volverse más cómodos alrededor de personas LGBTQ+ y abogar por la justicia social.

APEGO, AUTONOMÍA Y RELACIÓN EN LA ADULTEZ JOVEN

La TFBA-MSG es única porque aborda el rechazo y la aceptación parental específicos a la orientación sexual e identidad de género en la adultez joven. Para comprender plenamente la importancia e implicaciones de la aceptación y el rechazo parental en adultos jóvenes LGBTQ+, es necesario examinar estos procesos en el marco de la investigación sobre el desarrollo y las relaciones normativas entre adultos jóvenes y sus padres en la población general.

Las relaciones adaptativas y saludables entre adultos jóvenes y sus padres se caracterizan por la coexistencia de apego, vínculo y autonomía (Koepke y Denissen, 2012). La investigación muestra que, aunque la proximidad física entre hijos y padres puede disminuir durante la adultez joven, los padres siguen siendo figuras primarias de apego (Doherty y Feeney, 2004; Trinke y Bartholomew, 1997). Los adultos jóvenes con apego seguro confían en que sus padres estarán ahí si los necesitan y acuden a ellos en busca de consuelo y apoyo en momentos de angustia (Doherty y Feeney, 2004). Una encuesta de Arnett y Schwab (2012) halló que la mayoría de los adultos jóvenes en Estados Unidos se comunica con sus padres casi a diario por texto, correo electrónico o teléfono. Además, los padres ofrecen a sus hijos adultos distintos tipos de apoyo —financiero, instrumental y emocional— que se han vinculado con mayor satisfacción vital y mejor ajuste psicológico (Fingerman *et al.*, 2012).

Las relaciones saludables entre adultos jóvenes y sus padres también se caracterizan por autonomía psicológica. A diferencia de la adolescencia, la distribución de poder en estas relaciones resulta más equilibrada: hay respeto y reconocimiento mutuo, y los padres respaldan la autonomía psicológica de sus hijos. Reconocen a su adulto joven como distinto de ellos mismos, lo ven como una persona independiente y competente por derecho propio, y muestran curiosidad y respeto hacia sus opiniones y valores. Esto permite que los adultos jóvenes exploren quiénes son y en quién se están convirtien-

do sin temor a ser juzgados, rechazados, invadidos, controlados o abandonados (Luyckx *et al.*, 2007). Esa exploración facilita que los adultos jóvenes se perciban cada vez más como personas con identidad propia. Al mismo tiempo, desarrollan una visión más realista de sus padres como personas con fortalezas y debilidades. El desarrollo óptimo de la identidad en la adultez joven no ocurre en aislamiento, sino en el marco de una relación de “nosotros” con los padres (Koepke y Denissen, 2012).

La autonomía conductual más amplia es otra característica distintiva de las relaciones saludables en esta etapa. A diferencia de los adolescentes, la mayoría de los adultos emergentes y jóvenes vive fuera del hogar.

Los padres tienen menos control sobre las decisiones de sus hijos y menos capacidad de supervisarlas. Esto brinda a los adultos jóvenes mayor libertad para desenvolverse en el mundo mientras continúan descubriendo quiénes son y qué desean en la vida. Al mismo tiempo, la adultez joven implica asumir roles adultos con mayores responsabilidades: tomar decisiones profesionales con implicaciones duraderas, alcanzar mayor independencia financiera y, en algunos casos, elegir una pareja de vida y formar una familia.

Con mayor claridad sobre sí mismos y un sentido más fuerte de competencia, independencia y autonomía, los adultos jóvenes se acercan nuevamente a sus padres desde una posición más segura y diferenciada. Esta combinación de apego seguro, autonomía psicológica y conductual fomenta relaciones más abiertas, honestas, igualitarias, mutuas y satisfactorias con los padres (Aquilino, 2006; Koepke y Denissen, 2012). En general, tanto los padres como los adultos jóvenes reportan que sus vínculos mejoran respecto a la adolescencia: describen relaciones más armoniosas, honestas, sólidas y placenteras, así como conversaciones más adultas que fortalecen la conexión íntima y significativa (Arnett, 2014).

Los terapeutas de la TFBA-MSG tienen en cuenta este delicado equilibrio de apego, autonomía y vínculo en su trabajo con adultos jóvenes LGBTQ+ y sus padres. Buscan promover la conexión continua mientras apoyan límites sanos. Usan su conocimiento del desarrollo normativo para ayudar a las familias a construir relaciones apropiadas para la edad y establecer metas adaptativas para la intervención. También reconocen que los adultos jóvenes LGBTQ+ que han crecido en entornos no receptivos pueden ser especialmente sensibles a la invalidación y al control parental. Por ello, ayudan a los padres a comprender cómo invalidar la experiencia de su hijo, negar la legitimidad de su identidad sexual o de género, intentar controlar sus pensamientos o conductas, o mostrarse incapaces de valorarlo y admirarlo por quien es, termina por socavar el

sentido de sí mismo del joven. Incluso en la adultez, seguimos deseando que nuestros padres nos aprecien, nos admiren y se sientan orgullosos de nosotros.

La invalidación y el control parental no solo debilitan el yo del adulto joven, sino que además suelen generar conflicto o distancia en la relación de apego. Esto reduce la probabilidad de que el joven reciba apoyo, consuelo y orientación de sus padres, elementos esenciales en esta etapa de desarrollo. En muchos casos, el apoyo, la validación y el orgullo parental resultan aún más importantes para los adultos jóvenes LGBTQ+ que para sus pares heteronormativos y cisgénero, debido al estrés de minoría que enfrentan en su vida personal y en la sociedad en general (Meyer, 2003).

Por esas razones, los terapeutas de la TFBA-MSG destacan temas relacionados con el apego, la autonomía y la relación a lo largo de la intervención, y trabajan para promover reconocimiento, aceptación y respeto mutuos en un marco de conexión continua.

REPRESENTACIÓN COMO MECANISMO DE CAMBIO

La tarea de apego, que incluye episodios correctivos de apego, constituye el principal mecanismo de cambio en la TFBA-MSG. Un episodio correctivo de apego es un tipo específico de representación o interacción dentro de la sesión entre miembros de la familia.

Las representaciones son un elemento central en la mayoría de las terapias de pareja y familiares (Gardner y Butler, 2009). Como intervención terapéutica, buscan que los miembros de la familia se relacionen de manera nueva, más abierta, directa, productiva y sostenida (Minuchin, 1974). Una representación exitosa transforma patrones interaccionales, facilita la revelación de emociones adaptativas y necesidades no satisfechas, permite procesar heridas pasadas e *impasses* actuales, modifica la percepción de uno mismo y de los otros, y aumenta la confianza y seguridad en las relaciones (Davis y Butler, 2004; Nichols y Colapinto, 2017).

Sin embargo, realizar representaciones efectivas resulta una tarea compleja y desafiante para los terapeutas. Alimentadas por emociones intensas y reactividad, las interacciones de parejas y familias pueden escalar rápidamente. Los miembros de la familia tienden a atacarse y retirarse, o a centrarse demasiado en los detalles concretos de un evento (p. ej., “¡Ni siquiera le dijiste nada a papá cuando hizo ese comentario sobre ‘lesbianas!’”) en lugar de expresar los sentimientos subyacentes y las necesidades centrales (p. ej., “Me siento solo en

esos momentos. Necesito que me defiendas"). Por ello, resulta fundamental que los terapeutas cuenten con un mapa clínico basado en la evidencia que los guíe al moldear representaciones terapéuticas y transformadoras.

El mapa clínico para llevar a cabo episodios correctivos de apego en la TFBA-MSG se apoya en hallazgos de varios estudios que emplearon metodologías analíticas de tareas y otros eventos de cambio. Estas investigaciones identificaron secuencias en la sesión de conductas familiares o de pareja y estados afectivo-cognitivos asociados con la reparación relacional. Así, en estudios sobre terapia enfocada en emociones (TEE) con parejas con heridas emocionales no resueltas, se observó que el perdón se facilitaba y la confianza aumentaba cuando un miembro de la pareja expresaba vulnerabilidad y el otro respondía de inmediato con expresiones de apoyo (McKinnon y Greenberg, 2017).

Cuando había ocurrido una traición en la pareja, el perdón surgía si el compañero ofensor asumía responsabilidad por el daño y luego expresaba vergüenza, angustia empática o una disculpa sincera, seguida de un cambio en la percepción del compañero herido hacia él (Meneses y Greenberg, 2011).

En otro estudio sobre TEE con parejas con problemas de apego, los resultados mostraron que estos problemas se resolvían cuando: el compañero ofendido accedía e integraba emociones relacionadas con el apego vinculadas al incidente y expresaba dolor y anhelo; el compañero ofensor asumía responsabilidad o expresaba pesar y ofrecía una disculpa; el compañero ofendido aceptaba la disculpa y mostraba emociones vulnerables y necesidades de apego, y cuando el ofensor respondía de manera empática y responsiva a esas necesidades. Las intervenciones clave para facilitar este proceso incluyeron reflejar emociones primarias, respuestas evocativas, intensificación e invitar a cada miembro a responder a las necesidades de apego y preocupaciones por la afectación del otro en un nivel emocional (Zuccarini *et al.*, 2013).

En un estudio seminal sobre representaciones en terapia familiar, Friedlander *et al.* (1994) analizaron cómo los miembros de la familia en terapia familiar estructural lograban permanecer productivamente involucrados (es decir, compartían voluntariamente pensamientos y sentimientos, cooperaban y respondían con atención al otro) durante un tiempo sostenido. Encontraron que esto ocurría cuando cada miembro reconocía su contribución al estancamiento, comunicaba sus pensamientos y sentimientos sobre el bloqueo, reconocía los del otro, mostraba cambios en sus atribuciones respecto a la conducta ajena y valoraba los beneficios de superar el *impasse*.

En un estudio enfocado en la resolución de impasses en la terapia familiar multidimensional con adolescentes con problemas de abuso de sustancias (G. Diamond y Liddle, 1996), el resultado exitoso se producía cuando el padre culpabilizador expresaba pesar o tristeza, lo que sorprendía y alentaba al adolescente. Después, el padre mostraba interés en la experiencia de su hijo. El adolescente respondía con sentimientos de vulnerabilidad y una necesidad de cercanía, y el padre expresaba empatía. Luego, el adolescente manifestaba una ira legítima por fallas de apego pasadas, y el padre asumía responsabilidad por su parte. Es importante destacar que los autores subrayan el papel central del terapeuta en orquestar toda esta secuencia de resolución.

Los terapeutas bloquearon activamente, desviaron o ayudaron a los miembros de la familia a procesar su afecto negativo, la culpa mutua y la impotencia, mientras evocaban, amplificaban y destacaban disminuciones en hostilidad o defensividad, así como aumentos en curiosidad, cuidado y tristeza parental.

Dos estudios examinaron el proceso de reparación del apego en la TFBA. El primero se enfocó en la tarea de apego en adolescentes con depresión. Los resultados mostraron que, en sesiones exitosas de apego, los padres respetaron más la experiencia de su hijo, evidenciaron calidez y empatía, asumieron responsabilidad por su parte en la ruptura relacional y ofrecieron disculpas. Los adolescentes, por su parte, expresaron sus sentimientos y necesidades de manera más directa. En contraste, en sesiones de apego no exitosas, los padres mostraron actitudes despectivas, culpabilizaron y se enfurruñaron (G. S. Diamond y Stern, 2003).

El segundo estudio analizó episodios correctivos de apego en adultos jóvenes que presentaban la ira no resuelta hacia su padre (Tsveli *et al.*, 2022). Los hallazgos identificaron dos secuencias de múltiples pasos asociadas con buenos resultados. En la primera, el terapeuta se enfocó en las emociones primarias adaptativas del adulto joven, quien logró procesar de manera productiva sus emociones vulnerables. Luego, el terapeuta empatizó y validó al padre mientras escuchaba a su hijo, lo que llevó a una expresión de calidez del padre hacia su adulto joven. En la segunda secuencia, el terapeuta trabajó primero con las necesidades de apego no satisfechas del adulto joven, quien nuevamente procesó sus emociones vulnerables. Después, el padre expresó disposición a responder a esas necesidades y manifestó calidez hacia su hijo.

Estos hallazgos ilustran cómo las intervenciones del terapeuta, la revelación del adulto joven de emociones vulnerables y necesidades no satisfechas, y las respuestas empáticas y validadoras de los padres fomentan mayor confianza y segu-

ridad en la relación adulto joven-padre, facilitan la resolución de la ira y reducen los expresiones psicológicas (G. S. Diamond *et al.*, 2014; Kobak y Bosmans, 2019).

En general, los hallazgos mencionados ofrecen un mapa clínico sólido para los terapeutas de la TFBA-MSG en su labor de facilitar la reparación relacional. Un componente esencial consiste en ayudar a los padres a acercarse a su hijo desde la calidez, la empatía y la curiosidad, e invitarlos a escuchar sus sentimientos y necesidades. Otro componente clave es promover el procesamiento emocional productivo del adulto joven y, en particular, la expresión de emociones vulnerables adaptativas. Finalmente, los terapeutas necesitan guiar a los padres para que escuchen y validen la experiencia de su hijo, asuman responsabilidad por las acciones que lo lastimaron y conecten con su propia angustia empática al presenciar el dolor de su adulto joven.

EL ROL DEL PROCESAMIENTO EMOCIONAL PRODUCTIVO DE LOS ADULTOS JÓVENES EN LA TFBA-MSG

A la luz del papel que se atribuye a la vulnerabilidad de los adultos jóvenes en el proceso de cambio, dos estudios examinaron directamente la relación entre el procesamiento emocional productivo y los resultados de la intervención. El primer estudio analizó la asociación entre el procesamiento emocional y los resultados en una muestra de 39 adolescentes con conducta suicida que participaron en 16 semanas en una TFBA (Lifshitz *et al.*, 2021). Se exploraron vías secuenciales, planteadas teóricamente, a través de las cuales se esperaba que los adolescentes transitaran desde la angustia global secundaria y la ira de rechazo hacia la herida primaria adaptativa, el dolor y la ira asertiva. Tal como se había planteado en la hipótesis, los adolescentes avanzaron de estados de angustia global a vergüenza maladaptativa, de ira de rechazo maladaptativa a ira asertiva adaptativa, y de esta última a dolor/daño adaptativos, aunque estas secuencias no fueron exclusivas de los casos con buenos resultados de intervención. Sin embargo, los resultados más pobres se asociaron con tasas más altas de angustia global maladaptativa en los adolescentes.

El segundo estudio analizó la relación entre la cantidad de procesamiento emocional productivo de los adultos jóvenes y los resultados de la intervención en la TFBA y la TEE, con participantes que presentaban ira no resuelta hacia un padre (G. M. Diamond *et al.*, 2016). Se midió el procesamiento emocional durante sesiones de apego (en la TFBA) o durante intervenciones de silla vacía (en la TEE). Los resultados mostraron que la cantidad de procesamiento emocional productivo de los adultos jóvenes predijo cambios en expresiones psicológicas entre la pre y la postterapia en ambas intervenciones, aunque no

predijo disminuciones en ira no resuelta, ira de estado, ni ansiedad o evitación de apego en ninguna de las condiciones.

LA PROMOCIÓN DEL PROCESAMIENTO EMOCIONAL PRODUCTIVO DE LOS ADULTOS JÓVENES EN LA TFBA-MSG

Ayudar a los adultos jóvenes a conectar con sus emociones vulnerables no es una tarea sencilla. Incluso en enfoques terapéuticos como la TFBA-MSG y TEE, cuyo propósito es precisamente suscitar la vulnerabilidad, esos momentos suelen ser difíciles de alcanzar y a menudo resultan fugaces (G. M. Diamond *et al.*, 2016; Kramer *et al.*, 2015).

Para entender mejor qué intervenciones del terapeuta promueven dicho procesamiento emocional productivo, se realizaron dos estudios. El primero se desarrolló con una muestra de 30 adolescentes deprimidos y con conducta suicida que recibían TFBA (Tsveli *et al.*, 2020).

Los análisis secuenciales revelaron que los reencuadres relacionales (es decir, llevar a los adolescentes a reflexionar sobre la pérdida en su relación con sus padres) y enfocarse en emociones primarias adaptativas facilitaron la iniciación del procesamiento emocional productivo. En contraste, intervenciones que no tenían ese propósito —como interpretaciones, tranquilizaciones o centrarse en la ira de rechazo de los adolescentes hacia sus padres— interrumpieron procesos emocionales productivos que ya habían comenzado. El aliento general de los terapeutas hacia la expresión afectiva y el enfoque en necesidades de apego o identidad no satisfechas se asociaron tanto con la iniciación de procesamiento emocional productivo como con su interrupción una vez que ya había iniciado.

En el segundo estudio, realizado con una muestra de 15 adultos jóvenes en TFBA por ira no resuelta hacia un padre, los resultados mostraron que el procesamiento emocional productivo ocurrió con una frecuencia significativamente mayor que la esperada por azar después de que los terapeutas se enfocaron en emociones vulnerables y necesidades de apego, y tras intervenciones de silla vacía. En cambio, cuando los terapeutas se enfocaron en la ira de rechazo del adulto joven, aumentó la interrupción del procesamiento de manera considerable (Tsveli y Diamond, 2018).

Los terapeutas de la TFBA-MSG tienen presente que los miembros de la familia suelen manifestar reacciones emocionales secundarias frente a emociones vulnerables primarias subyacentes, y que activar esos esquemas

emocionales secundarios maladaptativos puede abrir el acceso a emociones vulnerables primarias adaptativas (Greenberg, 2012; Pascual-Leone y Greenberg, 2007; Rochman *et al.*, 2008). Además, varias intervenciones específicas han demostrado ser útiles para ayudar a los miembros de la familia a conectar con emociones vulnerables, como la tristeza y el dolor adaptativos. Entre estas se incluyen los reencuadres relacionales (redirigir la atención hacia la pérdida en la relación), enfocarse en las necesidades centrales no satisfechas y preguntar directamente por emociones primarias adaptativas, como el daño y el dolor (Pascual-Leone y Kramer, 2019; Tsvieli y Diamond, 2018).

LA ALIANZA TERAPÉUTICA

La TFBA-MSG enfatiza la importancia de construir una alianza terapéutica sólida con todos los miembros de la familia. La alianza terapéutica, definida habitualmente como la fortaleza del vínculo entre consultante y terapeuta, así como el grado de acuerdo en los objetivos y tareas de la intervención (Bordin, 1994), se ha reconocido desde hace tiempo como un componente esencial de la psicoterapia efectiva en una amplia gama de enfoques, incluida la terapia familiar (Flückiger *et al.*, 2018).

En efecto, varias revisiones exhaustivas, así como un metaanálisis reciente de cerca de 40 estudios independientes de terapia familiar, mostraron que mientras más fuerte es la alianza terapéutica, mejores son los resultados de la intervención (Friedlander *et al.*, 2018; Heatherington *et al.*, 2015; Rohrbaugh, 2014).

Formar y mantener alianzas terapéuticas en terapia familiar resulta complejo. En este contexto participan muchos miembros de la familia, quienes pueden tener definiciones conflictivas o competitivas del problema y distintas ideas sobre qué se necesita para resolverlo. También pueden mostrar niveles variables de motivación, mentalización psicológica y capacidad de regulación emocional. El terapeuta debe ayudar a que todos los miembros de la familia se sientan escuchados y comprendidos, y guiarlos hacia un objetivo acordado y compartido de la terapia. Lo ideal es que ese objetivo sea significativo para todos y que estén dispuestos a trabajar juntos para alcanzarlo (Friedlander *et al.*, 2006); de lo contrario, podrían terminar persiguiendo fines distintos y dirigiéndose hacia direcciones opuestas.

La alianza con cada miembro de la familia también debe ser lo suficientemente fuerte. En la terapia familiar existe el riesgo de establecer alianzas desequilibradas, en las que un miembro percibe que el terapeuta lo com-

prende, lo aprecia y se identifica con sus necesidades, mientras otro se siente incomprendido, ignorado o juzgado. Por ello, el terapeuta necesita monitorear la solidez de su vínculo con cada integrante a lo largo de la intervención. La investigación ha mostrado que las alianzas divididas —cuando un miembro reporta un vínculo fuerte y otro uno débil con el terapeuta— están vinculadas con peores resultados y con terminaciones prematuras (Friedlander *et al.*, 2021).

En la TFBA-MSG, la alianza cumple varias funciones. Primero, ayuda a calmar e involucrar a los miembros de la familia. Por eso, los terapeutas comienzan construyendo un vínculo con cada uno desde los primeros momentos de la primera sesión. Escuchan de manera empática y validan el miedo, la ira y el dolor del adulto joven derivados de los comportamientos rechazantes de sus padres, al mismo tiempo que muestran comprensión hacia el miedo, la vergüenza, la ira e impotencia de los padres. Esta construcción de alianza continúa cuando, hacia el final de la primera sesión, el terapeuta señala la ruptura en la relación entre el adulto joven y sus padres, amplifica la pérdida y el dolor que ambos han experimentado a raíz de esa fractura y propone la reconstrucción del vínculo como un objetivo compartido de la intervención.

La segunda función de la alianza en la TFBA-MSG consiste en reclutar y motivar al adulto joven y a sus padres para participar productivamente en las tareas de la intervención, especialmente en la tarea de apego. Para ello, el terapeuta se reúne por separado con el adulto joven y con los padres. En las sesiones individuales con el primero (segunda tarea de la intervención.), lo ayuda a conectarse con sus emociones vulnerables y sus necesidades insatisfechas (p. ej., anhelo de cuidado, reconocimiento y conexión con los padres), y presenta las sesiones de apego conjuntas como una oportunidad para comunicar esos sentimientos y necesidades directamente a los padres. En las sesiones con los padres (tercera tarea de la intervención.), el terapeuta los guía a reflexionar sobre el daño y la ira legítima de su hijo adulto joven y los invita a comprometerse en estar ahí para él de una manera diferente. Presenta los episodios de apego como una oportunidad para que escuchen —quizás por primera vez— el dolor y las necesidades no satisfechas de su hijo. De esta forma, la alianza en la TFBA-MSG se entiende mejor como una plataforma que permite a la familia involucrarse con el proceso terapéutico, más que como un factor de ayuda en sí mismo.

Un estudio con 19 familias con un adolescente suicida y deprimido en TFBA (Feder y Diamond, 2016) encontró que la fortaleza de la alianza padre-terapeuta durante la tarea de construcción de vínculo predijo el grado en que los pa-

dres mostraron conductas promotoras de apego en las sesiones conjuntas posteriores. Específicamente, cuanto más sólida era la alianza, más alentaban los padres a su hijo a expresar emociones y necesidades, y más respondían de manera empática, no defensiva y no crítica durante las siguientes sesiones.

Otro estudio, realizado por Shpigel y Diamond (2014), usó investigación cualitativa consensual para examinar temas y procesos terapéuticos relacionados con alianzas buenas y pobres con padres no receptivos en TFBA-MSG. Los resultados indicaron que, en las buenas alianzas, los padres adoptaron la reconstrucción del vínculo como meta, aceptaron atribuciones causales esencialistas de la orientación sexual (p. ej., verla como biológica e inmutable), reconocieron aspectos positivos de su hijo y percibieron al terapeuta como empático y receptivo. En contraste, los padres con alianzas débiles rechazaron la reconstrucción de la relación como un objetivo, negaron atribuciones causales esencialistas, descartaron la posibilidad de revelarse como padres de un hijo LGBTQ+, invalidaron los aspectos positivos de su hijo, intentaron cambiar su orientación, culparon al terapeuta por validar la identidad de su hijo y lo presionaron para obtener información sobre el adulto joven.

Vale la pena señalar que la construcción de la alianza no constituye una tarea única y acabada; su fortaleza con cada miembro de la familia puede fluctuar a lo largo del tiempo. Por ello, los terapeutas de la TFBA-MSG monitorean de manera continua el estado de la alianza con cada integrante durante el proceso terapéutico. Cuando sospechan de una ruptura en una o más de las alianzas, toman varias medidas para repararlas: preguntan al miembro de la familia cómo percibe la relación terapéutica o abordan la ruptura de manera explícita. En algunos casos, el terapeuta decide volver a reunirse a solas con los padres o con el adulto joven para explorar su ambivalencia, reconectarlos con su dolor y anhelo, y reafirmar la reparación del vínculo de apego como objetivo compartido de la intervención.

APOYO EMPÍRICO PARA LA EFICACIA DE LA TFBA PARA ADOLESCENTES DEPRIMIDOS Y SUICIDAS Y PARA ADULTOS JÓVENES CON IRA NO RESUELTA HACIA UN PADRE

TFBA PARA ADOLESCENTES DEPRIMIDOS Y SUICIDAS

El desarrollo y la validación de la TFBA comenzaron con el trabajo seminal de Guy S. Diamond en la Philadelphia Child Guidance Clinic a finales de los años

noventa. Después de crear el modelo, él y su equipo llevaron a cabo una serie de ensayos clínicos aleatorizados. El primero asignó al azar a 32 adolescentes diagnosticados con trastorno depresivo mayor (TDM) —muchos de ellos afroamericanos y provenientes de familias de bajos ingresos— a 12 semanas de TFBA o a una condición control de seis semanas en lista de espera. De los 16 adolescentes con intervención, 13 (81%) ya no cumplían criterios para TDM al finalizar la intervención, en contraste con solo siete (47%) de los 15 adolescentes en lista de espera, diferencia que resultó estadísticamente significativa. Al término de la intervención, el 62% de los adolescentes en TFBA obtuvo una puntuación de 9 o menos en el Inventario de Depresión de Beck (Beck *et al.*, 1961), frente al 19% de los adolescentes en lista de espera. En el seguimiento a seis meses, el 87% de los adolescentes intervenidos ya no cumplía criterios para TDM y mostró reducciones significativas en depresión, ansiedad y conflicto familiar, junto con mejoras en cohesión familiar (G. S. Diamond *et al.*, 2002).

El segundo ensayo clínico (G. S. Diamond *et al.*, 2010) aleatorizó a 66 adolescentes deprimidos y suicidas a 16 semanas de TFBA o a atención habitual mejorada (AHM). Esta última incluía asistencia para obtener un terapeuta en la comunidad, elaboración de un plan de seguridad, seguimiento semanal de depresión e ideación suicida y acceso a una línea de crisis 24 horas.

Comparados con AHM, los adolescentes intervenidos con la TFBA presentaron reducciones significativamente mayores y más rápidas en ideación suicida durante la intervención. Estas diferencias se mantuvieron en el seguimiento, con un tamaño del efecto grande ($d = 0.97$). La TFBA también resultó efectiva en los casos más graves: jóvenes con ansiedad sumada a otro problema psicológico, múltiples intentos de suicidio previos o antecedentes de abuso sexual (G. Diamond *et al.*, 2012). Además, los resultados también mostraron que la TFBA se relaciona con mayores tasas de recuperación clínica y mejor retención en la intervención. Al finalizar la terapia, el 87% de los consultantes intervenidos reportó niveles de ideación suicida por debajo del punto de corte clínico e incluso comparables —o inferiores— a los de una muestra no clínica con características demográficas similares (Reynolds y Mazza, 1999). En la AHM, solo el 51% alcanzó ese nivel de recuperación. Los beneficios se mantuvieron en el seguimiento, con un tamaño del efecto robusto ($OR = 4.41$).

El tercer ensayo clínico aleatorizado (G. S. Diamond *et al.*, 2019) comparó la TFBA con la terapia de apoyo no directiva mejorada con familia (TANDMF; Brent y Kolko, 1991). Los adolescentes en ambas condiciones mostraron reducciones significativas en ideación suicida: en la TFBA, con un tamaño del efecto de $d = 2.24$, y en la TANDMF, con $d = 1.93$. Las tasas de respuesta —definidas como una reducción del 50% o más en ideación suicida respecto a la línea

base— fueron de 69.1% para la TFBA y 62.3% para la TANDMF. Se observaron resultados similares en la disminución de morfologías de conducta depresiva.

TFBA PARA ADOLESCENTES LGBTQ+ DEPRIMIDOS Y SUICIDAS

El gran número de adolescentes de minorías sexuales que participaron en ensayos previos llevó al equipo del Center for Family Intervention Studies a adaptar la TFBA a las necesidades específicas de adolescentes LGB y sus padres, y posteriormente a investigar la eficacia del modelo ajustado.

En la primera fase del estudio (G. M. Diamond *et al.*, 2012), un grupo de expertos se reunió para modificar la intervención. Las adaptaciones incluyeron:

- a) Dedicar más tiempo a sesiones individuales con cuidadores para procesar su decepción, dolor, ira y miedo relacionados con la identidad sexual minoritaria de su hijo.
- b) Abordar el significado, las implicaciones y el proceso de aceptación tanto para cuidadores como para adolescentes.
- c) Aumentar la conciencia de los cuidadores sobre sus respuestas invalidantes, sutiles, pero potentes, frente a la identidad sexual de sus adolescentes (es decir, microagresiones).

Tras estas adaptaciones, G. M. Diamond *et al.* (2012) realizaron un ensayo piloto abierto con 10 adolescentes LGB deprimidos y suicidas junto con sus padres, quienes recibieron 12 semanas de TFBA. Los resultados mostraron que los adolescentes que completaron la intervención reportaron disminuciones significativas en ideación suicida, morfologías de conducta depresiva y ansiosa y evitación relacionadas con el apego materno, con tamaños del efecto de moderados a grandes.

Recientemente, Russon *et al.* (2021) evaluaron la viabilidad, aceptabilidad y efectividad preliminar de la TFBA en entornos comunitarios LGBTQ+. Diez participantes completaron 16 semanas de TFBA a través de tres organizaciones LGBTQ+, de los cuales ocho se identificaron como transgénero o de género diverso. Los resultados mostraron que la TFBA fue tanto viable como aceptable. Todos los adolescentes terminaron la intervención, y tanto ellos como sus cuidadores reportaron puntuaciones altas de alianza terapéutica a lo largo del proceso. Asimismo, se observó una disminución significativa en la ideación suicida, aunque no en depresión.

TFBA PARA ADULTOS JÓVENES CON IRA NO RESUELTA HACIA UN PADRE

La TFBA también se ha adaptado para adultos emergentes y jóvenes que presentan ira no resuelta hacia sus padres, independientemente de su orientación sexual o identidad de género. En un ensayo clínico que comparó la TFBA con la TEE individual (Greenberg, 2011), 32 participantes recibieron 10 semanas de terapia. Ambas intervenciones redujeron significativamente la resolución de ira, el estado de ira, la ansiedad de apego y las expresiones psicológicas. Sin embargo, solo la TFBA se asoció con una disminución en la evitación de apego (G. M. Diamond *et al.*, 2016).

EL MODELO DE LA TFBA-MSG

El modelo clínico presentado en este libro se fundamenta principalmente en el trabajo que mis colegas y yo (GMD) hemos realizado durante los últimos 10 años al adaptar la TFBA para adultos jóvenes de minorías sexuales y de género y sus padres no receptores (G. M. Diamond *et al.*, 2019). Al igual que la TFBA para adultos jóvenes con ira no resuelta, la TFBA-MSG no se centra únicamente en reducir expresiones psicológicas (p. ej., ideación suicida, morfologías de conducta depresiva). Su foco principal está en disminuir el rechazo parental, aumentar la aceptación y mejorar la calidad de la relación de apego entre el adulto joven y sus padres. Estos constituyen los objetivos primarios de la intervención.

En un ensayo abierto reciente, nosotros (G. M. Diamond *et al.*, 2022) brindamos a 30 adultos jóvenes LGBTQ+ israelíes y a sus padres no receptivos hasta 26 semanas de TFBA-MSG. Los análisis de crecimiento multivariados multinivel mostraron que tanto los adultos jóvenes como sus padres reportaron incrementos en la aceptación parental de la orientación sexual o identidad no cisgénero del adulto joven. Además, los adultos jóvenes reportaron una disminución en los niveles de rechazo parental. Asimismo, las madres, pero no los padres, informaron reducciones en sus propios niveles de rechazo. Finalmente, los adultos jóvenes señalaron una disminución en la evitación de apego hacia ambos progenitores, aunque no se observó una reducción en la ansiedad de apego. Es importante destacar que estos logros se mantuvieron en el seguimiento a tres meses.

En un estudio de proceso realizado con esta misma muestra, Boruchovitz-Zamir y Diamond (2019) analizaron los cambios en los comportamientos de los padres durante las sesiones conjuntas y su relación con la percepción de

aceptación o rechazo parental de los adultos jóvenes. Los observadores calificaron las conductas de los padres y hallaron que las reducciones en comportamientos negativos (p. ej., crítica, invalidación) predijeron disminuciones en la percepción de rechazo parental por parte de los adultos jóvenes debido a su identidad (Boruchovitz-Zamir y Diamond, 2019).

En síntesis, la evidencia a favor de la eficacia de la TFBA para adultos jóvenes en general, y de la TFBA-MSG para adultos jóvenes LGBTQ+ en particular, sigue creciendo. Aun se requieren más estudios con muestras amplias y condiciones de control activas. No obstante, los hallazgos actuales resultan prometedores. De manera paralela, los investigadores de la TFBA-MSG en la Universidad Ben-Gurión continúan generando conocimiento sobre los mecanismos que favorecen buenos resultados y sobre las intervenciones terapéuticas que promueven dichos procesos. Factores como el desarrollo de una alianza terapéutica sólida, el procesamiento emocional productivo de los adultos jóvenes, el funcionamiento reflexivo parental y el incremento en respuestas empáticas y validadoras de los padres merecen mayor exploración en futuras investigaciones.



CAPÍTULOS MUESTRA