

Inmaculada Ochoa de Alda

ENFOQUES EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

La familia constituye cada vez más un elemento central en el tratamiento de muchas psicopatologías. De ahí que se hable tan a menudo de «terapia familiar». Entre las diversas terapias de este tipo sobresale la llamada «sistémica», la cual postula que ni las personas ni sus problemas existen en el vacío, sino que ambos están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia.

Este libro pretende ofrecer un análisis de algunos de los enfoques más importantes dentro del amplio movimiento de la terapia familiar sistémica. En ningún momento se intenta efectuar un estudio comparativo ni, mucho menos, abogar por una perspectiva ecléctica. Lo que la autora desea es contribuir a formar terapeutas capaces de adaptarse con versatilidad a las diversas situaciones clínicas que se les planteen.

Cada capítulo incluye la transcripción de un caso, en la que se intercalan comentarios que ilustran los puntos más destacados en el texto. De este modo los aspectos teóricos de cada enfoque quedan ejemplificados en la praxis terapéutica. Diversos apéndices completan el contenido de la obra, entre los que descuella un glosario de los términos técnicos más utilizados.

Inmaculada Ochoa de Alda es profesora de terapia familiar en la Facultad de psicología de la Universidad de Salamanca.

Herder

ISBN 84-254-1891-7



Biblioteca de Psicología
Textos Universitarios

INMACULADA'OCHOA DE ALDA
Profesora de terapia familiar en la Universidad de Salamanca

ENFOQUES EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

INMACULADA OCHOA DE ALDA

ENFOQUES
EN
TERAPIA FAMILIAR
SISTÉMICA

BARCELONA
EDITORIAL HERDER
1995

BARCELONA
EDITORIAL HERDER
1995

Diseño de la cubierta: CLAUDIO BADO (O HACHE)

© 1995 Empresa Editorial HerderS.A., Barcelona

Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra, el almacenamiento en sistema informático y la transmisión en cualquier forma o medio: electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro o por otros métodos, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright

ISBN 84-254-1891-7

ES PROPIEDAD

DEPÓSITO LEGAL: B. 5.520 - 1995

PRINTED IN SPAIN

LIBERGRAF S.A. - BARCELONA

1. Origen y conceptos básicos en terapia familiar sistémica	
A. Desarrollo histórico.....	
B. Conceptos básicos.....	
C. Etapas del ciclo vital familiar.....	
Comentario.....	
Fuentes.....	
2. La entrevista.....	
Comentario.....	
Fuentes.....	
3. Genogramas en terapia familiar.....	
A. Trazado de la estructura familiar.....	
B. Registro de la información familiar.....	
C. Representación de las relaciones familiares.....	
Comentario.....	
Fuentes.....	
4. Terapia del MRI de Palo Alto.....	
A. Evaluación.....	
B. Intervención.....	
Ejemplo clínico.....	
Comentario.....	
Fuentes.....	
5. Terapia del Grupo de Milán	
A. Evaluación.....	
B. Intervención.....	

C. Tipos de juegos psicóticos.....	74
D. Estadios del proceso psicótico.....	76
E. Proceso terapéutico.....	79
Ejemplo clínico.....	80
Comentario.....	89
Fuentes.....	92
6. <i>La entrevista circular como intervención</i>	93
A. Directrices de la entrevista.....	93
B. Tipología de preguntas.....	95
Comentario.....	104
Fuentes.....	105
7. <i>Terapia centrada en las soluciones</i>	107
A. Evaluación.....	108
B. Intervención.....	109
C. Objetivos de la primera entrevista.....	114
D. Cómo ampliar y mantener el cambio.....	116
E. Elección de intervenciones. El árbol de toma de decisiones.....	117
F. Hoja de trabajo.....	120
Ejemplo clínico.....	120
Comentario.....	124
Fuentes.....	125
8. <i>Terapia estructural</i>	127
A. Evaluación.....	128
B. Intervención.....	130
Ejemplo clínico.....	136
Comentario.....	142
Fuentes.....	143
9. <i>Terapia familiar con adolescentes</i>	145
A. Problemas que se enfrentan en la adolescencia.....	145
B. Evaluación.....	147
C. Técnicas de intervención.....	151
D. Tratamiento del adolescente delincuente.....	153
E. Tratamiento del adolescente fugitivo.....	156
F. Tratamiento de la familia violenta.....	158
G. Tratamiento de la familia en la que surge el incesto.....	160
H. Tratamiento del adolescente suicida.....	163
I. Tratamiento del adolescente discapacitado.....	166
J. Tratamiento de la familia uniparental.....	169
Comentario.....	171
Fuentes.....	172

10. <i>Terapia estratégica</i>	175
A. Evaluación.....	176
B. Intervención.....	181
Ejemplo clínico.....	188
Comentario.....	191
Fuentes.....	192
11. <i>Enfoque estratégico para trastornos de la emancipación: esquizofrenia, delincuencia y drogadicción</i>	193
A. Evaluación.....	194
B. Intervención.....	195
Ejemplo clínico.....	200
Comentario.....	206
Fuentes.....	207
12. <i>Terapia psicoeducativa para la esquizofrenia</i>	209
A. Concepciones teóricas y empíricas de la esquizofrenia.....	209
B. Etapas de la terapia.....	210
Comentario.....	219
Fuentes.....	220
13. <i>Terapia de pareja</i>	221
A. Evaluación.....	222
B. Intervención.....	224
Comentario.....	229
Fuentes.....	231
14. <i>Comentario final</i>	233
Apéndices.....	241
I. Ciclo evolutivo normativo.....	243
II. Modelo de ficha telefónica.....	247
nia. Definición del contexto terapéutico.....	250
Ulb. Contrato terapéutico.....	251
ITC. Formulario de consentimiento de la filmación en vídeo.....	252
IV. Cuestionario de seguimiento.....	253
V. Instrumentos de evaluación en terapia de pareja.....	256
VI. Registros conductuales en terapia de pareja.....	258
Glosario.....	261
Bibliografía.....	271

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la denominación «terapia familiar» se ha convertido en un cajón de sastre que engloba numerosas y dispares formas de hacer terapia, a las que les sigue el apelativo de «familiar». Así encontramos, entre otras, la terapia familiar psicoanalítica, la terapia familiar guesáltica, la terapia familiar conductual y la terapia familiar sistémica. Esta última modalidad va a ser el eje central de nuestro libro.

El paradigma de la terapia familiar sistémica postula que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que ambos están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia. Como consecuencia, se precisa tener en cuenta el funcionamiento familiar de conjunto y no sólo el del paciente identificado, al que se considera «portador» de un síntoma, que únicamente se entiende dentro de su contexto. En este sentido, la terapia familiar sistémica realiza una labor preventiva para que, una vez despojado el paciente de su síntoma, no haya otro miembro de la familia que lo «sustituya» generando a su vez otra conducta sintomática.

El origen de la sintomatología suele situarse en las dificultades y crisis a las que se ven sometidos los grupos familiares en su devenir vital. Las familias acuden a terapia cuando se ven impotentes, en parte porque perciben su problema como irresoluble a pesar de sus esfuerzos para solucionarlo. El terapeuta familiar se convierte en una persona que asiste a la familia en momentos de crisis, razón por la cual es sumamente importante que observe las facetas fuer-

tes y los recursos que poseen sus miembros para generar una expectativa de lugar de control interno del cambio*, de forma que por sí mismos puedan resolver los problemas que les aquejan. Por consiguiente, no se debe contemplar a la familia como un agente nocivo para la persona que porta el síntoma, como un «estorbo» al que se culpa de la situación del paciente, sino más bien al contrario, como un grupo humano con capacidades y recursos para ayudar a sus componentes a superar los problemas e incluso salir renovados de la crisis. Por todo ello, el clínico debe transmitir muy claramente a la familia que necesita su cooperación y ayuda para poder obtener buenos resultados en el trabajo que van a realizar conjuntamente.

El plan de este libro

El libro pretende ofrecer a aquellas personas interesadas en la terapia familiar, que están terminando sus estudios de psicología o comenzando su entrenamiento como terapeutas, un análisis de algunos de los enfoques más importantes dentro del amplio movimiento de la terapia familiar sistémica. Nuestra intención no ha sido en ningún momento efectuar un estudio comparativo. Más bien al contrario, el énfasis reside en las peculiaridades de cada enfoque terapéutico con objeto de aportar ideas claras a los estudiantes y terapeutas noveles que, enfrentados muchas veces a perspectivas eclécticas pragmáticas, en ocasiones se ven sumidos en una gran confusión. El manejo de una terapia ecléctica precisa de cierta experiencia, de la que obviamente se carece en los inicios. Es opinión de la autora que un conocimiento de la teoría y práctica clínica de los principales enfoques que incluye la orientación general de la terapia familiar sistémica, es un elemento necesario para formar terapeutas capaces de adaptarse con versatilidad a las diversas situaciones clínicas que se les planteen.

Los tres primeros capítulos desarrollan temáticas que aparecen reiteradamente a lo largo del libro y que históricamente han supuesto puntos de confluencia para los distintos enfoques.

En el primer capítulo se recoge el surgimiento histórico de la terapia familiar y se establecen brevemente los conceptos básicos de

la terapia familiar sistémica,*exponiendo las nociones fundamentales entre las que resalta la «causalidad circular». También se especifican las etapas que abarca el ciclo vital de las familias, por tratarse de un referente clásico a la hora de explicar el origen de los problemas. El segundo capítulo está dedicado a la entrevista como instrumento terapéutico, concretamente el formato que presentamos fue desarrollado por el Grupo de Milán y ha sido adoptado, con más o menos modificaciones, por otros enfoques. En el tercer capítulo se hace referencia a los genogramas en terapia familiar, como una forma útil de registrar gráficamente la información sobre la familia.

En los capítulos siguientes hemos distinguido, con fines pedagógicos, los momentos de evaluación de los momentos de intervención¹, si bien en la praxis clínica esta diferenciación no es tan clara. Cuando hablamos de evaluación nos referimos a la forma en que cada enfoque define el síntoma o problema, distinguiéndola de la evaluación en términos *áefeedback*, es decir, de la información sobre la magnitud del cambio del paciente que también se recoge en las entrevistas. La evaluación implica establecer en qué consiste la patología, crear una teoría para explicar cómo se origina y detectar qué factores contribuyen a su mantenimiento. La intervención comprende una teoría del cambio, las metas y estrategias terapéuticas, así como un conjunto de técnicas de intervención. La teoría del cambio se constituye a partir de una serie de orientaciones generales acerca de dónde y cómo debe intervenir el terapeuta. Las metas definen los objetivos a los que hay que llegar, mientras las estrategias establecen cómo ha de articularse el proceso terapéutico para alcanzar dichas metas. Las técnicas de intervención, como recursos técnicos elaborados por cada enfoque para promover el cambio, se presentan en un epígrafe separado de las estrategias, aunque no por eso pensamos que dejen de formar parte de las mismas.

Cada capítulo incluye la transcripción de un caso, en la que se intercalan comentarios de la autora que ilustran los puntos más importantes descritos en el texto. La finalidad es que los aspectos teó-

1. La distinción entre «modelo de evaluación» y «modelo de intervención» aparece en el artículo de J. Navarro Góngora, *Límites de integración de modelos en terapia familiar*, publicado en 1987 en la «Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría», vol. VII, n.º 20.

ricos de cada enfoque queden ejemplificados en la praxis terapéutica.

Del cuarto al séptimo capítulo se detallan los enfoques siguientes: la terapia centrada en las soluciones intentadas ineficaces generada por el MRI de Palo Alto; la terapia sistémica del Grupo de Milán; la entrevista circular del Grupo de Milán como instrumento de intervención desde las aportaciones de Karl Tomm y la terapia centrada en las soluciones eficaces de Steve de Shazer. Todos ellos son susceptibles de aplicarse a una gran variedad de problemas psicológicos. Sin embargo, no conviene olvidar que el Grupo de Milán dirige su trabajo clínico a una población de familias con problemas graves y crónicos, especialmente síntomas anoréxicos y esquizofrénicos, aunque también ha extendido su concepción sistémica a ámbitos escolares y laborales.

Los capítulos 8 y 9 describen el enfoque de terapia estructural de Minuchin y Fishman. El octavo abarca el enfoque general y el noveno la aplicación específica que aporta Fishman para resolver los problemas de la adolescencia: los casos de delincuencia, violencia familiar, incesto, suicidio, discapacidad mental o física y adolescentes procedentes de familias uniparentales.

Los capítulos 10 y 11 giran en torno a la terapia estratégica. El décimo recoge las versiones del enfoque general de Jay Haley y Cloé Madanes. El undécimo ofrece una síntesis del procedimiento ideado por Haley para resolver lo que él entiende como fracasos en el proceso de emancipación del adolescente o joven, es decir, los problemas de delincuencia, drogadicción y esquizofrenia. El tratamiento se puede aplicar igualmente en las tres situaciones, aunque nosotros hemos optado por centrar la descripción principalmente en el tercer problema.

El capítulo 12 analiza la terapia psicoeducativa para casos de esquizofrenia, a la que considera una enfermedad -en general crónica- de base orgánica, cuya manifestación está determinada por ciertos factores ambientales como un alto grado de emoción expresada* y una intensa involucración de los miembros de la familia entre sí. Aunque no pertenece estrictamente al paradigma sistémico, su inclusión en este apartado se justifica por el empleo de métodos derivados de la terapia familiar sistémica y porque pensa-

mos que su propuesta puede aportar un mayor respeto por el paciente y su familia, a la que en absoluto se culpa de la enfermedad.

En el capítulo 13 abordamos un tratamiento para los problemas de pareja, basado en el entrenamiento, mediante modelado gradual, en habilidades de comunicación, negociación y solución de problemas. Se trata de un enfoque proveniente de la modificación de conducta, que está siendo incorporado cada vez con más frecuencia a la práctica clínica de muchos terapeutas familiares.

En el último capítulo incluimos un comentario final donde se realiza un breve análisis comparativo entre los distintos enfoques, centrado en las similitudes y diferencias entre los mismos. En ningún momento aspiramos a configurar un enfoque ecléctico, nuestra pretensión es simplemente aportar al lector una mayor claridad.

A lo largo del texto aparecen términos señalados con un asterisco, de forma que las personas no familiarizadas con la terminología de la terapia familiar sistémica pueden encontrar una definición de los mismos en el glosario incluido al final del libro.

ORIGEN Y CONCEPTOS BÁSICOS EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

A. Desarrollo histórico

La terapia familiar surge en torno a los años 1952 a 1962 impulsada por circunstancias clínicas y de investigación. Taschman, citado por Jones (1980), señala cómo John Bell reivindica su protagonismo en acuñar el término terapia familiar para designar una nueva modalidad terapéutica que trabaja con la familia como unidad de tratamiento.

Los factores clínicos que desencadenan su «nacimiento» concurren cuando diversos terapeutas, de forma independiente, deciden entrevistar al grupo familiar para obtener más información sobre el miembro sintomático. La experiencia de observar la dinámica familiar desplaza el interés de lo intrapsíquico a las relaciones presentes entre los componentes de la familia. A partir de este momento tratan de explicar cómo influyen tales relaciones en la patología del paciente. Una vez establecidas estas variables relacionales, que en un principio abarcan sólo a algunos miembros de la familia y más tarde a toda ella, sus tratamientos se orientarán a cambiar dichas variables.

Foley (1974) considera a Nathan W. Ackerman como el precursor de la terapia familiar por ser el primero en incluir en su enfoque terapéutico, otorgándoles la misma importancia, los conceptos intrapsíquicos e interpersonales. Ackerman sostiene que existe una continua interacción dinámica entre los factores biológicos que determinan la vida del ser humano y el medio social dentro del cual interactúa y que el contacto interpersonal precede al conflicto in-

trapsíquico que no es sino el resultado de conflictos interpersonales, le interioriza además que la patología familiar es el resultado de la adaptación a nuevos roles establecidos de arro-
 ^J19- deja inujia ^
 tieñde un puente entre los terapeutas y los terapeutas que aplican la «teoría de sistemas» al tratamiento familiar. No acepta totalmente la orientación de esta última, porque bajo su punto de vista la finalidad de la terapia debe ir más allá de la remisión de los síntomas, enseñando a las personas cómo alcanzar una vida mejor dentro de los valores y la cultura que posea cada familia particular.

Bowen, que al igual que Ackerman posee una formación inicial analítica como psiquiatra infantil, desarrolla la «teoría familiar de sistemas» que él diferencia de la «teoría general de sistemas» de Bertalanffy (Gurman, 1981). En 1954 inicia un proyecto de investigación en el Instituto Nacional de Salud Mental de Washington. Allí trabaja con pacientes esquizofrénicos y con sus madres para investigar la «hipótesis simbiótica», que consideraba la enfermedad mental del hijo como resultado de un trastorno menos severo de la madre. A medida que la investigación avanzaba se hizo evidente que la relación madre-hijo era un fragmento de la unidad familiar más amplia, y que toda ella estaba implicada en el proceso patológico. Como consecuencia de esta observación, define la familia como un sistema que incorpora una combinación de variables emocionales y relacionales. Sostiene que las primeras son fuerzas que subyacen al funcionamiento del sistema y que las segundas determinan el modo en que se expresan las emociones.

Por otra parte, en 1952 se inicia el Proyecto de investigación sobre la comunicación de Gregory Bateson, quien se interesa por los procesos de clasificación de mensajes y por la forma en que pueden dar lugar a paradojas. La paradoja se produce cuando los mensajes de una comunicación encuadran a otros mensajes de manera conflictiva, como por ejemplo «sé espontáneo», «no seas tan obediente» o «quiero que me domines», de forma que si el receptor obedece el requerimiento del emisor en realidad lo está incumpliendo. En 1954 Bateson se asocia con Don Jackson -quien se hallaba muy influido por la «psiquiatría interpersonal» de Sullivan-

comenzando a estudiar la comunicación de los psicóticos, y desarrolla la teoría del doble vínculo* que describe el contexto comunicacional de la esquizofrenia. La expresión «doble vínculo» alude precisamente a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico (Bateson, 1956). La contribución de Bateson supuso la «emancipación» del psicoanálisis, ya que define la locura y otros síntomas psiquiátricos como conductas comunicativas entre las personas y no como fenómenos terapéuticos

Posteriormente Jay Haley y John Weakland pasan a formar parte del proyecto de Bateson, que se divide en un enfoque experimental y un proyecto de terapia familiar hasta su finalización en 1962. El trabajo experimental se orienta a estudiar en detalle las situaciones de doble vínculo, buscando las diferencias entre las comunicaciones disfuncionales de las familias sintomáticas y no sintomáticas. Los autores concluyen que aunque la situación del doble vínculo es un componente necesario de la esquizofrenia, no es suficiente para explicar la etiología de la misma. A partir de ese momento, la teoría del doble vínculo deriva hacia una teoría más general sobre la «comunicación» que revierte en la experiencia clínica, ya que un gran número de las primeras familias sometidas a tratamiento eran aquellas que tenían un paciente identificado diagnosticado de «esquizofrenia».

Don Jackson, quien interviene como consultor en el proyecto de Bateson, funda en 1959 el Mental Research Institute (MRI). El grupo inicial estaba compuesto por Don Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir. En 1961 se incorporó Paul Watzlawick y cuando finaliza el proyecto de Bateson, se unen Jay Haley y John Weakland. La orientación del MRI se centra en las interacciones entre los miembros del sistema familiar y principios de la cibernética y de la teoría general de sistemas. Sus integrantes asumen que los problemas psiquiátricos derivan de los modos en que la gente interactúa dentro de la organización familiar. Consideran que, debido a la imposibilidad de acceder a las percepciones de las personas, la terapia ha de operar con las interacciones, con las conductas observables que se producen entre los individuos que viven dentro de contextos organizados como la familia, la escuela, el trabajo, etc. Defienden que el funcionamiento familiar se organiza en torno a

a reglas, que son los principios reguladores de la vida de cada familia y que la **disfunción** emerge cuando **las reglas se hacen ambiguas, provocando la desorganización del grupo**

Cada uno de los componentes del MRI conceptúa la interacción humana de forma distinta y sus estrategias de tratamiento también son diferentes. Así Jackson, Watzlawick y Haley, a pesar de sus diferencias, coinciden en centrarse en el contenido manifiesto, utilizan los principios de la cibernética, juzgan irrelevante la historia familiar e intentan facilitar el cambio por medio de intervenciones terapéuticas cuidadosamente planificadas, en absoluto relacionadas con el *insight*. Por el contrario, Satir aunque fundamenta su terapia en la teoría de la comunicación, también lo hace en la psicología del yo y en los principios de la *Gestalt*, empleando un enfoque educativo basado en el *insight*.

Al mismo tiempo que la orientación familiar emerge en Estados Unidos, los pensadores fenomenológicos ingleses dirigen su atención a la dinámica familiar, que consideran un reflejo de la dinámica social (Howells, 1968). En 1958, R. D. Laing comienza a trabajar con familias de esquizofrénicos en la Tavistock Clinic de Londres, bajo el postulado de que la sociedad debe centrarse en sus componentes más débiles. Asimismo, a principios de los años sesenta, John Howells publica los resultados de su trabajo con familias en Ipswich, Inglaterra, corroborando el trabajo que paralelamente se estaba llevando a cabo en Estados Unidos.

En 1962 Nathan W. Ackerman y Don Jackson crean la revista «Family Process», lo cual contribuye a consolidar la terapia familiar, que había comenzado su gestación en los años cincuenta. Durante las décadas de 1960 y 1970, aumenta la conciencia de que en la organización social del individuo podía hallarse una nueva explicación de la motivación humana. [La familia se define como un grupo natural, en contraposición a los grupos artificiales que se utilizan con fines terapéuticos. El núcleo del tratamiento ya no es el individuo ni un «sistema» general, sino la organización del pequeño grupo de trabajo y la familia nuclear* y extensa*. Por primera vez comienzan a delimitarse claramente las estructuras de las familias; por ejemplo, las coaliciones intergeneracionales en las que uno de los cónyuges se une a un hijo contra el otro cónyuge; o

en las que una abuela establece una alianza con su nieto contra los padres; o el caso de un hijo en «función parental» que queda atrapado entre sus progenitores y los demás hijos. Sin desestimar la importancia de mantener los «límites» entre las generaciones, se enfatiza progresivamente el hecho de que toda organización es jerárquica.

Los años ochenta y noventa se caracterizan por el constante desarrollo de las concepciones particulares de cada uno de los autores, que anteriormente aunaron sus esfuerzos para sacar adelante el recién creado movimiento de la terapia familiar. A partir del cuarto capítulo del libro el lector tendrá oportunidad de conocer cada uno de estos desarrollos. ^

B. Conceptos básicos

La denominación terapia familiar sistémica incluye el concepto de «sistema». Un sistema familiar se compone de un conjunto de personas, relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo. ^ Con objeto de definir quiénes pertenecen a un sistema son necesarios unos «límites», que por una parte funcionan como líneas de demarcación -individualizando un grupo frente al medio- y, por otra, como lugares de intercambio de comunicación, afecto, apoyo, etc. entre dos sistemas o subsistemas*. Los límites pueden ser extrasistémicos e intrasistémicos. Los primeros delimitan al sistema con el medio externo, mientras los segundos separan y relacionan los distintos subsistemas que forman el sistema más amplio. ^

En un sistema familiar podemos observar principalmente las propiedades de totalidad, causalidad circular, equifinalidad, equicausalidad, limitación, regla de relación, ordenación jerárquica y teleología. A continuación definimos brevemente cada una de ellas:

1. **Totalidad.** La conducta del sistema familiar no puede entenderse como la suma de las conductas de sus miembros, se trata de algo cualitativamente distinto, que incluye además las relaciones existentes entre ellos. En consecuencia, de la evaluación de los in-

dividuos no puede deducirse el funcionamiento del grupo al que pertenecen, para ello es necesario obtener información de sus interacciones.

2. *Causalidad circular.* La «causalidad circular» describe las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas^ lo cual conduce a la noción de secuencia de conductas. Entre las conductas de los miembros de un sistema existe una codeterminación recíproca, de forma que en una secuencia de conductas muy simplificada se observa que la respuesta de un miembro A del sistema a la conducta de otro miembro B es un estímulo para que B a su vez dé una respuesta, que nuevamente puede servir de estímulo a A. Las familias regulan su funcionamiento incorporando ciertas secuencias de interacción que se repiten de forma pautada, lo cual no es patológico en sí mismo sino que facilita la vida cotidiana de sus integrantes. Cuando hablamos de «secuencia sintomática» nos referimos al encadenamiento de conductas que se articulan en torno al síntoma reguladas por una causalidad circular. Una de las consecuencias más notorias de esta concepción circular es que el interés terapéutico reside en el «qué», «dónde» y «cuándo» ocurre algo en lugar de centrarse en el «porqué».

3. *Equifinalidad.* La noción de equifinalidad alude al hecho de que un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema. ~J

4. *Equicausalidad.* La denominación «equicausalidad» se refiere a que la misma condición inicial puede dar lugar a estados finales distintos.; Esta propiedad y la anterior establecen la conveniencia de que el terapeuta abandone la búsqueda de una causa pasada originaria del síntoma. Como consecuencia, para ayudar a la familia a resolver el problema hay que centrarse fundamentalmente en el momento presente, en el aquí y ahora. Por tanto, la evaluación se orienta a conocer los factores que contribuyen al mantenimiento del problema -no a descubrir los factores etiológicos- de tal forma que se pueda influir en ellos para iniciar el cambio terapéutico. /

5. *Limitación.* Cuando se adopta una determinada secuencia de interacción disminuye la probabilidad de que el sistema emita otra

respuesta distinta, haciendo que se reitere en el tiempo. Si la secuencia encierra una conducta sintomática, se convierte en patológica porque contribuye a mantener circularmente el síntoma o problema.

6. *Regla de relación.* En todo sistema existe la necesidad de definir cuál es la relación entre sus componentes, ya que posiblemente el factor más trascendente de la vida humana sea la manera, en que las personas encuadran la conducta al comunicarse entre sí

1. *Ordenación jerárquica.* En toda organización hay una jerarquía, en el sentido de que ciertas personas poseen más poder y responsabilidad que otras para determinar qué se va a hacer. La organización jerárquica de la familia no sólo comprende el dominio que unos miembros ejercen sobre otros, las responsabilidades que asumen y las decisiones que toman, sino también la ayuda, protección, consuelo y cuidado que brindan a los demás J

Es necesario subrayar que la relación jerárquica no sólo se observa entre las personas sino también entre los subsistemas a los que pertenecen. Así por ejemplo, los padres son legalmente responsables de cuidar a sus hijos, por lo que como subsistema parental ocupan una posición superior al subsistema filial.

8. *Teleología.* El sistema familiar se adapta a las diferentes exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, a fin de asegurar continuidad y crecimiento psicosocial a sus miembros. Este proceso de continuidad y de crecimiento ocurre a través de un equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias, morfostasis y morfogénesis.

Se denomina homeostasis o morfostasis a la tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio. Este concepto se emplea para describir cómo el cambio en uno de los miembros de la familia se relaciona con el cambio en otro miembro, es decir, que un cambio en una parte del sistema es seguido por otro cambio compensatorio en otras partes del mismo que restaura el equilibrio.

La tendencia del sistema a cambiar y a crecer recibe el nombre de morfogénesis; comprende la percepción del cambio, el desarrollo de nuevas habilidades y/o funciones para manejar aquello que cambia, y la negociación de una nueva redistribución de roles entre las personas que forman la familia. 1

- La noción de teleología enlaza directamente con un concepto fundamental en la terapia familiar sistémica como es el «ciclo vital familiar» que describimos a continuación.

C. Etapas del ciclo vital familiar

El curso vital de las familias evoluciona a través de una secuencia de etapas bastante universal, por lo que se denomina «normativo», a pesar de las diferencias culturales (Cárter y McGoldrick, 1989). Aunque se producen variaciones idiosincrásicas en cuanto al momento en que tienen lugar los cambios de una etapa a otra y a las estrategias empleadas para afrontarlos, el desarrollo familiar sigue una misma progresión de complejidad creciente. En ella se observan períodos de equilibrio y adaptación y períodos de desequilibrio y cambio. Los primeros se caracterizan por el dominio de las tareas y aptitudes pertinentes a la etapa del ciclo que atraviesa el grupo familiar, mientras los segundos implican el paso a un estadio nuevo y más complejo, y requieren que se elaboren tareas y aptitudes también nuevas.

Los hechos nodales en la evolución familiar que forman parte del «ciclo vital de la familia» son: el nacimiento y crianza de los hijos, la partida de éstos del hogar y la muerte de algún miembro (Cárter y McGoldrick, 1981). Todos ellos producen cambios adaptativos vinculados a las variaciones en la composición de la familia que precisan una reorganización de los roles y reglas del sistema, así como una modificación de los límites familiares internos y externos. Así, en determinadas etapas de la vida de una familia, sus miembros se involucran estrechamente entre sí bajo la influencia de fuerzas familiares centrípetas, como ocurre en la época de crianza de los hijos. En otras, se diferencian y distancian unos de otros bajo la influencia de fuerzas intrafamiliares centrífugas, como es el caso de la emancipación de los hijos (Minuchin, 1984). Es imprescindible que, en cada una de las fases, los participantes desplieguen habilidades adecuadas de comunicación y negociación que les permitan ajustarse a los cambios evolutivos.

Además del ciclo vital normativo que describimos en este apar-

tado, existen ciclos vitales «alternativos», como sucede en la separación o divorcio, la muerte prematura y la incidencia de una enfermedad crónica en el sistema familiar. En estas ocasiones, el ciclo normal se «trunca» y los miembros de la familia deben adaptarse a la nueva situación para seguir viviendo. Sin embargo, dado que ningún capítulo trata específicamente este tipo de problemas no detallaremos aquí los ciclos alternativos. Remitimos a las personas interesadas en el tema al apéndice I de este libro, donde presentamos una tabla resumen del ciclo vital normativo y del ciclo vital alternativo en casos de divorcio y segundas nupcias extraída de Cárter y McGoldrick (1981).

Seguidamente, referiremos las etapas más importantes del ciclo (Cárter y McGoldrick, 1981; Duvall, 1967; Hill, 1970). El lector debe tener en cuenta que el inicio del mismo es arbitrario, ya que mientras una pareja joven decide formar una familia, sus respectivos padres y abuelos se ven enfrentados a otras etapas del ciclo. Si tenemos en cuenta tres generaciones observaremos que los ciclos vitales respectivos se yuxtaponen e implican mutuamente, lo cual da idea de la verdadera complejidad del desarrollo evolutivo familiar. El ciclo se ha dividido en las etapas siguientes: el primer contacto; el establecimiento de la relación; la formalización de la relación; la «luna de miel»; la creación del grupo familiar y la segunda pareja.

C.1. *Contacto*

La primera etapa para la formación de una nueva familia comienza cuando los componentes de la futura pareja se conocen.

C.2. *Establecimiento de la relación*

A medida que la relación se va consolidando se crea una serie de expectativas de futuro y una primera definición de la relación. Los miembros de la pareja negocian sus pautas de intimidad, cómo comunicarse el placer y el displacer y cómo mantener y manejar sus lógicas diferencias como personas distintas que son.

C.3. *Formalización de la relación*

La relación adquiere un carácter formal mediante el contrato matrimonial, que señala la transición de la vida de noviazgo a la nueva vida de casados. Las reacciones de las familias de origen ante la boda son importantes porque normalmente causan un fuerte impacto en el desarrollo posterior de la pareja.

C.4. *Luna de miel*

Cuando los cónyuges comienzan a compartir su nueva vida de casados se produce un contraste entre las expectativas generadas en la segunda etapa y la realidad que conlleva la convivencia. Es necesaria una división de las funciones que desempeñará cada miembro de la pareja, la creación de pautas de convivencia -el grado de intimidad emocional y sexual- y una segunda definición de la relación. Asimismo, los recién casados negocian la naturaleza de los límites que regulan la relación entre ellos y sus familias de origen, sus amigos, el mundo del trabajo, el vecindario y otros contextos importantes.

Todo lo anterior implica poner en vigencia los modelos de aprendizaje de las familias de origen respectivas. A menudo, en el proceso de armonizar los estilos y expectativas diferentes y de crear modalidades nuevas para posibilitar la convivencia se generan conflictos. Ello obliga a que los cónyuges elaboren pautas viables para expresar y resolver tales conflictos. En cualquier caso, las nuevas pautas establecidas regirán la forma en que cada uno se experimentará a sí mismo y a su pareja dentro del contexto matrimonial, por lo que cualquier conducta que esté fuera de lo acordado se considerará una desviación e incluso una traición al pacto (Minuchin, 1984).

C.5. *Creación del grupo familiar*

Abarca un amplio espacio temporal, desde que aparecen los hijos hasta que éstos empiezan a emanciparse de los padres. Por con-

siguiente, comprende importantes subetapas como son: el matrimonio con niños pequeños, el matrimonio con chicos en edad escolar, el matrimonio con hijos adolescentes y el matrimonio con hijos jóvenes en edad de emanciparse.

El nacimiento de los hijos incide fuertemente en la relación de pareja, porque requiere una nueva división de roles que incluya el cuidado y la crianza de los niños y el funcionamiento familiar de conjunto. Es necesario que los cónyuges desarrollen habilidades parentales, de comunicación y negociación, ya que ahora tienen la responsabilidad de cuidar a los niños, de protegerlos y socializarlos. Los padres, además de nuevas obligaciones, también tienen derecho a tomar decisiones en temas como vivienda, selección del colegio al que irán los pequeños, fijación de las reglas que van a presidir la convivencia en el hogar y a defender su privacidad como pareja frente al subsistema filial. Si bien los hijos deben tener libertad para investigar y crecer, sólo podrán hacerlo desde un marco de seguridad que haga su mundo predecible, y esta seguridad la suministran los padres cuando ejercen una autoridad flexible (Minuchin, 1984).

La evolución del grupo familiar supone que el subsistema parental tiene que modificarse y establecer nuevas negociaciones de la relación y nuevos repartos de roles a medida que los chicos van creciendo.

Cuando un niño empieza a caminar y a hablar, los cónyuges deben establecer unas normas que al mismo tiempo que alientan el crecimiento, garanticen la seguridad del pequeño y preserven su autoridad como padres. Si nace otro hijo, el sistema familiar se vuelve más complejo y diferenciado, instaurándose un nuevo subsistema, el fraterno.

En el momento en que los hijos empiezan su etapa de escolarización, la familia tiene que relacionarse con el sistema escolar. Surgen nuevas reglas sobre quién debe ayudar en los deberes y cómo lo hará, cuánto tiempo dedicarán los chicos al estudio y cuánto al ocio, a qué hora se acostarán y cómo se considerarán las calificaciones escolares (Minuchin, 1984).

El matrimonio con hijos adolescentes debe hacer más flexibles las normas familiares y delegar algunas funciones en los chicos

para que empiecen a tomar decisiones por sí mismos. Pero no hay que olvidar que los padres junto con la concesión de más autonomía, también deben exigir más responsabilidad a sus hijos.

La evolución alcanza un punto clave en la época en que los jóvenes comienzan a «abandonar» el hogar. En ese momento, los padres han de permitir la marcha de los hijos y asumir el impacto que les provoca su partida. Por su parte, éstos ahora volcados hacia intereses extrafamiliares, deben poseer habilidades adecuadas para relacionarse socialmente y adquirir competencia profesional (Cárter y McGoldrick, 1989).

C.6. *La segunda pareja*

Cuando los jóvenes se emancipan, los padres han de retomar su relación como pareja, que ha estado mediatizada por los hijos durante muchos años. Normalmente, se tienen que enfrentar a la jubilación, a la separación y muerte de seres queridos y a la suya propia. En circunstancias en que existe deterioro físico y/o psíquico, los roles de cuidadores se invierten, de forma que son los hijos los que tienen que hacerse cargo de sus padres enfermos; aunque en ocasiones uno de los cónyuges presenta buenas condiciones de salud que le permiten atender a su esposo/a enfermo/a.

Es importante que, en este período, los hijos sean capaces de transmitir a sus progenitores aquellas cosas positivas y valiosas que les han legado, y que los padres encuentren significado a su propia vida, para lo cual necesitan poseer cierta capacidad de introspección.

Comentario

El surgimiento de la terapia familiar se ubica en la década de los cincuenta, donde factores clínicos y de investigación hacen que el interés gire de variables intrapsíquicas a variables interpersonales. Ackerman, considerado el precursor del nuevo movimiento, da un paso con respecto a la denominada terapia familiar psicoanalítica al otorgar igual peso a los conceptos intrapsíquicos e interper-

sonales. Murray Bowen desarrolla la «teoría familiar de sistemas» a partir de su experiencia investigadora con familias de esquizofrénicos. Otras contribuciones importantes fueron la de Gregory Bateson con su teoría sobre el doble vínculo y la de Don Jackson quien funda el Mental Research Institute, aportando el enfoque «interaccional» de terapia familiar.

La terapia familiar sistémica concibe a la familia como un sistema que incluye límites familiares y extrafamiliares. El concepto de «sistema familiar» tiene una relevancia relativa, mayor cuanto más se acerque un enfoque a la ortodoxia sistémica, como sucede en la terapia del Grupo de Milán (capítulo 5). El concepto de «límites» adquiere su máxima expresión en la terapia estructural de Minuchin y Fishman (capítulos 8 y 9).

La noción de «causalidad circular» preside todos los enfoques y condiciona que la evaluación del problema se fundamente en patrones conductuales sometidos a una retroalimentación negativa* y que las técnicas de intervención se dirijan a alterar el ciclo recurrente. Por último, la noción de «teleología» conduce a las funciones de morfostasis y morfogénesis, que rigen el ciclo vital de la familia. El «ciclo vital» ha sido un hilo conductor de la orientación de la terapia familiar sistémica, que ha dejado su huella en uno u otro momento del desarrollo de cada enfoque. Autores como Minuchin (capítulo 8), Fishman (capítulo 9) y Haley (capítulos 10 y 11) hacen mención claramente explícita en sus escritos a dicho concepto.

Fuentes

- Bateson, G., Jackson D.D., Haley, J. y Weakland, J.H. (1956), *Towards a theory of schizophrenia*, «Behavioral Sciences» 1, 251-264.
- Bertalanffy, L. von (1968), *General system theory*, George Braziller, Nueva York.
- Bertalanffy, L. von (1976), *Teoría general de sistemas*, Fondo de Cultura Económica, Madrid.
- Cárter, E. y McGoldrick, M. (1981), *The family life cycle. A framework for family therapy*, Brunner y Mazel, Nueva York.
- Cárter, E. y McGoldrick, M. (1989), *The changing family life cycle*, Allyn y Bacon, Boston.

Origen y conceptos básicos en terapia familiar sistémica

- Duvall, E. R. (1967), *Family development*, J. B. Lipincott, Filadelfia.
- Foley, V. (1974), *An introduction to family therapy*, Gruñe y Stratton, Nueva York.
- Gurman, A. S. (1981), *Handbook of family therapy*, Brunnel y Mazel, Nueva York.
- Hill, R. (1970), *Family development in three generations*, Schenkman, Cambridge.
- Howells, J. G. y Likorish, J. (1968), *The family relations indicator*, Oliver y Boyd, Edimburgo.
- Jones, S. L. (1980), *Family therapy. A comparison of approaches*, Prentice Hill International, Londres.
- Minuchin, S. y Fishman H.Ch. (1984), *Técnicas de terapia familiar*, Paidós, Barcelona.

LA ENTREVISTA

El modelo de entrevista presentado es un instrumento creado para hacer terapia familiar en contextos privados, por lo que se hace difícil implantarlo en instituciones públicas. Requiere tiempo y la posibilidad de trabajar con un equipo que se sitúe detrás de un espejo unidireccional.

Los objetivos principales de la entrevista son: obtener información sobre el problema que motiva la consulta y lograr un cambio en el síntoma del paciente identificado y en ciertos aspectos del funcionamiento familiar que mantienen la conducta sintomática.

Cada entrevista consta de cinco grandes apartados: la presección, la sesión, las pausas, la intervención y la postsesión. Además, un contacto telefónico con la familia precede a la primera entrevista y un seguimiento posterior -a los seis meses- complementa la terminación del tratamiento.

1. Contacto telefónico

A través de una ficha telefónica estandarizada el terapeuta recoge una serie de datos sobre la familia y el problema, durante quince o veinte minutos. Este primer contacto con el sistema familiar permite iniciar el establecimiento de la relación terapéutica e informar sobre el funcionamiento del Centro.

En el apéndice II se adjunta un modelo de ficha telefónica y un comentario sobre la misma.

2. Presesión

Antes de ver a la familia en la entrevista inicial, los miembros del equipo se reúnen, durante quince o veinte minutos, para discutir la información obtenida en la ficha telefónica. El objetivo es crear dos o tres hipótesis* sobre qué puede estar ocurriendo en el sistema familiar -en torno al síntoma- y planificar el desarrollo de la sesión. Se especifica el tipo de estrategia que conviene seguir, concretando qué temas se tratarán y su orden de aparición, así como las preguntas dirigidas a cada miembro del grupo familiar (Tomm, 1984).

A partir de la segunda entrevista, esta etapa se inicia recordando los aspectos más relevantes de la anterior y las tareas que se prescribieron. Tras ello, se establecen hipótesis sobre el cumplimiento o incumplimiento de las tareas y sobre el posible progreso o falta de progreso de la familia en relación al problema. Después se delimita cómo va a transcurrir la sesión, incluyendo el tipo de preguntas, las estrategias y las posibles intervenciones que se pueden desplegar. Siempre que haya mejoría, se asume que las hipótesis que fundamentaron las anteriores intervenciones están confirmadas, siendo innecesario elaborar otras nuevas (Tomm, 1984).

3. Sesión

La sesión transcurre a lo largo de cincuenta o noventa minutos. En una primera entrevista el terapeuta comienza definiendo el contexto explicitando las condiciones y técnicas, bajo las que se desarrollará la terapia. A continuación, resuelve posibles dudas que los componentes de la familia puedan tener y les pide un primer acuerdo verbal sobre tales condiciones. Posteriormente deberán dar su conformidad por escrito mediante la firma, por todos ellos, de dos tipos de contrato. En el apéndice m se incluye un modelo clásico de cómo definir el contexto, así como sendos ejemplares de contratos: uno terapéutico y otro para el empleo de la filmación en vídeo.

Una vez definidas y aceptadas las reglas de trabajo, el objetivo primordial del terapeuta consiste en orientar la sesión a adquirir in-

formación para confirmar o falsar las hipótesis generadas en la presesión (Tomm, 1985). El objetivo secundario comprende una cierta elaboración de los problemas por parte de la familia y el cambio mismo de la situación sintomática. El procedimiento terapéutico abarca especialmente preguntas circulares* y lineales*, redefiniciones* y connotaciones positivas*.

En las entrevistas siguientes a la primera, se recoge además información sobre los cambios y el grado de cumplimiento de las tareas sugeridas por el equipo terapéutico.

4. Pausas

En cada sesión el terapeuta hace generalmente dos pausas, la primera de cinco o diez minutos y la segunda de diez a treinta minutos. Durante las mismas abandona la sala de terapia para discutir con el equipo la información aportada por la familia y ver si las hipótesis se han confirmado. Cuando una hipótesis ha quedado falsada, es necesario generar nuevas hipótesis y preguntas para confirmarlas. También tiene lugar una evaluación ceñida al momento de la entrevista y, especialmente en la segunda pausa, se prepara la intervención final. Una última función de las pausas es permitir un «tiempo fuera» al terapeuta para pensar o «desimpactarse» del ambiente familiar, sirviendo como técnica de supervivencia* (Navarro, 1992).

5. Intervención

La intervención suele situarse al final de la entrevista, precisamente cuando el terapeuta entra a la sala donde está la familia, después de hacer la última pausa, y tiene una duración variable de cinco a quince minutos. Con ella se intenta producir un cambio conductual-cognitivo-afectivo en la forma que tiene la familia de manejar el síntoma y en el síntoma mismo. Los recursos técnicos para facilitar el cambio comprenden fundamentalmente connotaciones positivas*, redefiniciones*, tareas directas* y paradójicas*, rituales* y metáforas*.

6. Postsesión

Tras la entrevista, el equipo se reúne nuevamente, de cinco a quince minutos, con objeto de analizar la respuesta de la familia a la intervención, analizando tanto el *feedback* verbal como el no verbal, y predecir cómo reaccionará durante el intervalo entre sesiones a las tareas propuestas para iniciar el cambio.

7. Seguimiento

El tratamiento no necesariamente completa todas las entrevistas estipuladas en el contrato terapéutico, normalmente diez. Puede acabar antes, bien cuando el terapeuta conjuntamente con los miembros de la familia consideren que la mejoría hace innecesario continuar la terapia, constatando que son capaces de superar los problemas por sí mismos, bien cuando decidan unilateralmente dejar de acudir a las sesiones. En esta última situación, el terapeuta no se opone al deseo de la familia y espera al seguimiento para contrastar los resultados. En ambos casos, seis meses después de haber finalizado el tratamiento, el equipo contacta con la familia mediante un cuestionario escrito, un cuestionario telefónico o una entrevista estandarizada con el fin de evaluar la persistencia del cambio y la eficacia de los procedimientos terapéuticos empleados.

En el apéndice IV se puede consultar un cuestionario de seguimiento mediante el cual se pregunta sobre la presencia o ausencia del síntoma, la existencia de nuevos síntomas, problemas en otros miembros de la familia distintos al paciente identificado, el estado de las relaciones familiares y la consulta a otros profesionales.

Comentario

El modelo de entrevista, inicialmente desarrollado por el Grupo de Milán, dedica una cantidad considerable de tiempo a la reflexión del equipo terapéutico con la finalidad de configurar hipótesis

sobre el funcionamiento familiar. Por esa razón, previamente a la primera entrevista se establece un contacto con la familia a través de una llamada telefónica, en la cual se recoge una información básica.

Antes de ver a la familia, existe una etapa denominada presección en la que el equipo discute la información de la ficha telefónica o, cuando no se trata de una primera sesión, de lo acontecido en las anteriores y elabora hipótesis que guíen el desarrollo de la entrevista, que es cuidadosamente planificada.

La sesión es la etapa que transcurre desde que el terapeuta entra en la sala con la familia hasta la pausa que precede a la intervención. La primera sesión se inicia definiendo las reglas del trabajo terapéutico y evaluando la respuesta de la familia a las mismas. Siempre es importante crear una buena relación con los miembros del sistema familiar, de forma que colaboren con el tratamiento. La intención del terapeuta durante esta etapa es recoger información para confirmar o falsar las hipótesis terapéuticas y, a partir de la segunda entrevista, para comprobar el cambio de la situación sintomática y la respuesta de la familia a la intervención de la sesión anterior.

La sesión se interrumpe dos veces, en las cuales el terapeuta se ausenta de la sala de terapia para hablar con el resto del equipo y evaluar el desarrollo de la entrevista y/o preparar la intervención final. La cuarta fase se dedica precisamente a impartir la intervención y la quinta, llamada postsesión, a discutir la respuesta de la familia a la prescripción impartida.

La entrevista contiene un seguimiento, también estandarizado, con objeto de interesarse por el estado de la familia y su evolución con respecto al problema presentado, todo lo cual permite obtener información de la eficacia del tratamiento.

Fuentes

- Navarro Góngora, J. (1992), *Técnicas y programas en terapia familiar*, Paidós, Barcelona.
- Tomm, K. (1984), *One perspective on the Milán Systemic Approach. Part I: Overview of development, theory and practice*, «Journal of Marital and Family Therapy» 10(2), 113-126.

Tomm, K. (1985), *Circular interviewing: A multifaceted clinical tool*, en D. Campbell y R. Draper (dirs.), *Applications of systemic therapy: The Milan approach*. Gruñe y Stratton, Londres.

GENOGRAMAS EN TERAPIA FAMILIAR

El genograma consiste en una representación gráfica del mapa familiar. En él se registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones entre al menos tres generaciones. Así pueden apreciarse por ejemplo alianzas* de madres e hijas de las que quedan fuera los maridos, alianzas de los padres con los hijos mayores de las que quedan excluidos los hijos pequeños, etc. Con ello se obtiene información no sólo de las relaciones entre los distintos miembros de un sistema familiar, sino también del porqué de ciertas conductas -que se explican por lealtades a un vínculo- y de ciertas reglas de relación que pueden pasar de unas generaciones a otras (Navarro, 1992). Por consiguiente, la información plasmada gráficamente en el genograma se convierte en una fuente de hipótesis sobre cómo un problema puede estar relacionado con el contexto familiar y sobre la evolución tanto del problema como del contexto a través del tiempo.

La creación de un genograma implica tres pasos (McGoldrick y Gerson, 1987): en primer lugar, el trazado de la estructura familiar; en segundo lugar, el registro de la información sobre la familia y, en tercer lugar, la representación de las relaciones familiares.

A. Trazado de la estructura familiar

El genograma permite mostrar gráficamente cómo están biológica y legalmente relacionados los diferentes miembros de una familia.

En el cuadro I, las figuras -círculos y cuadrados- representan personas y las líneas describen sus relaciones. El año de nacimiento se indica a la izquierda de la figura y el del fallecimiento a la derecha. El signo «x» dentro de una figura indica que la persona ha muerto.

Las relaciones de pareja se ilustran mediante una línea discontinua de puntos, y se registra el año en que se conocieron o empezaron a convivir. Dos personas casadas están conectadas por líneas continuas horizontales y verticales, con el marido situado a la izquierda y la mujer a la derecha. La «m» seguida de una fecha indica cuándo contrajeron matrimonio. En la línea de unión entre los cónyuges se indican también las separaciones y los divorcios. Las barras inclinadas significan la interrupción del matrimonio: una barra para la separación y dos para el divorcio. Cuando existen segundas nupcias se disponen en orden de izquierda a derecha, colocando el matrimonio más reciente en último lugar.

En las familias con hijos, cada uno de ellos pende de la línea que conecta a los padres, situándose de izquierda a derecha por orden de edad. Las líneas convergentes unen gemelos a la línea de los padres; si son univitelinos, se enlazan entre sí con una barra. En los casos en que existen hijos adoptivos, éstos se unen a los cónyuges mediante una línea discontinua de puntos.

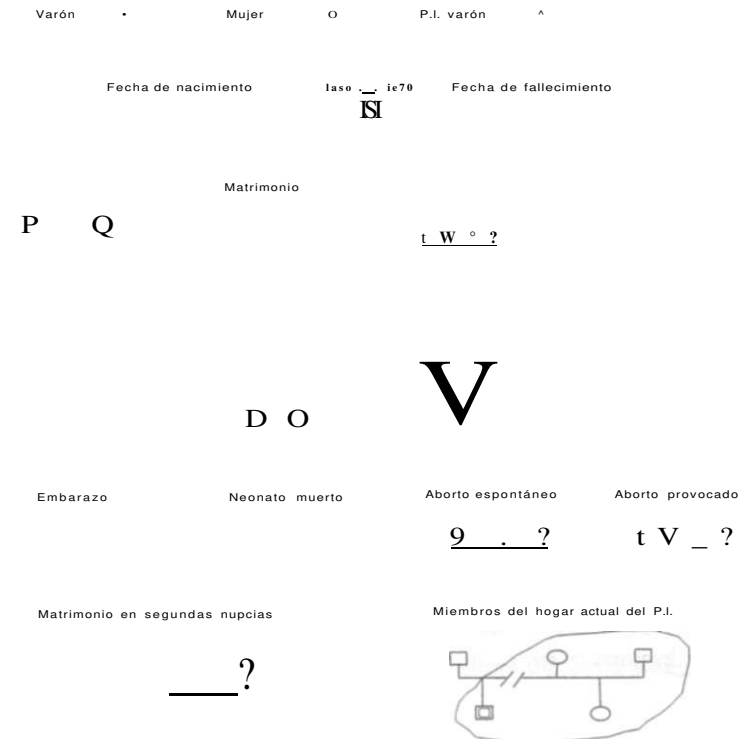
Finalmente, para señalar qué miembros de la familia viven en el mismo hogar, se emplea una línea de forma irregular que los engloba. Así se aporta información relevante, especialmente en las familias casadas en segundas nupcias, en las cuales los hijos pasan temporadas en hogares diferentes.

B. Registro de la información familiar (consúltese cuadro III)

Una vez que se ha trazado la estructura familiar, el esqueleto del genograma, se agrega la información sobre la familia, en concreto se incorpora: a) la información demográfica; b) la información funcional; y c) los sucesos familiares críticos (McGoldrick y Gerson, 1987).

Los datos demográficos incluyen edades, fechas de nacimien-

Cuadro i. Diagramas y signos representativos en un genograma



tos y muertes, ocupaciones y nivel educativo de los integrantes del sistema familiar. La edad se registra en el interior del cuadrado, si el sujeto es varón, y del círculo si es mujer. La profesión y nivel de estudios se anotan debajo del cuadrado o círculo correspondiente a cada individuo. La información funcional abarca datos sobre el funcionamiento médico, emocional y conductual de los miembros de la familia. Y, finalmente, los sucesos familiares críticos comprenden transiciones importantes, cambios de relaciones, migraciones, fracasos y éxitos en el trabajo, los estudios, etc. Algunos sucesos aparecen incluidos como datos demográficos, como por

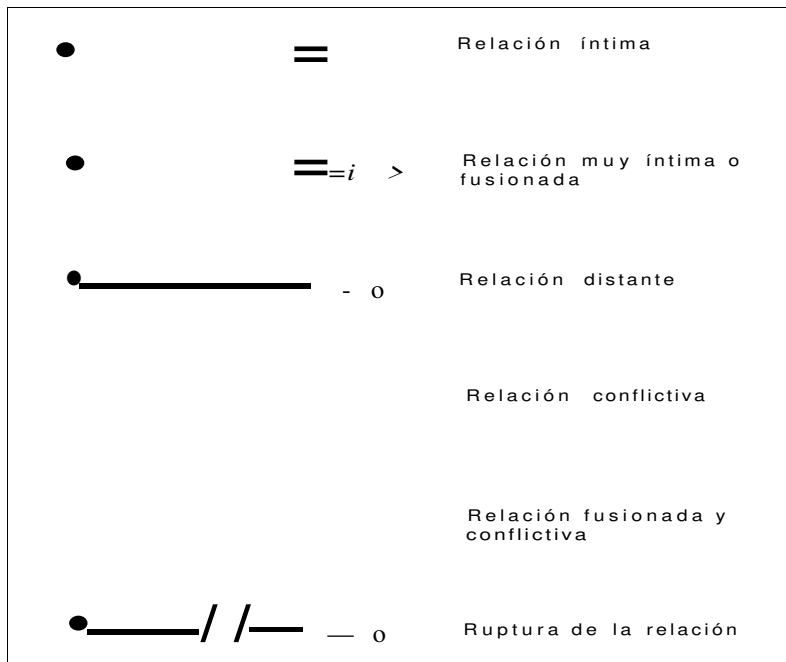
ejemplo nacimientos y muertes. Otros se refieren a bodas, separaciones, divorcios, mudanzas y cambios de trabajo y se registran en el margen del genograma o en una hoja aparte.

C. Representación de las relaciones familiares

El tercer nivel en la construcción de un genograma comprende el trazado de las relaciones entre los miembros del sistema familiar, simbolizadas por diferentes tipos de líneas, como se refleja en el cuadro LT.

Los contenidos del genograma se obtienen a partir de la información conseguida mediante la ficha telefónica, y se van completando durante las entrevistas. Las edades y fechas relevantes mues-

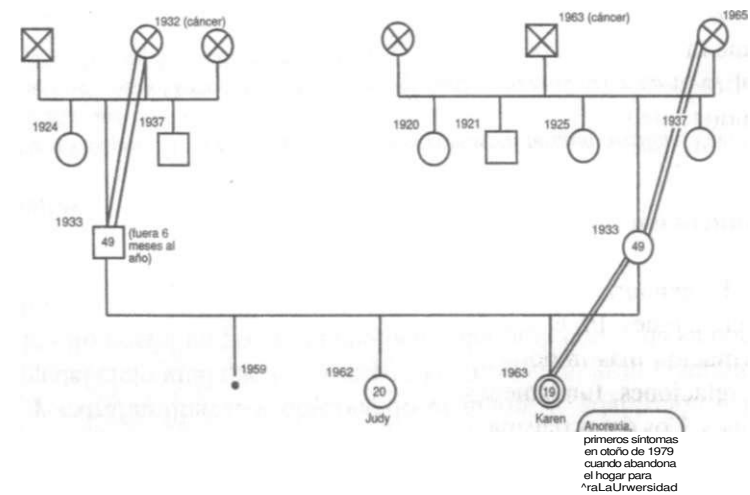
Cuadro II. Diagramas de relación



«**tran cuáles son las transiciones del ciclo vital a las que se está adaptando el sistema familiar y si los roles, las funciones familiares y las edades corresponden a las expectativas normativas***. Cuando no es así, se investiga qué dificultades tiene la familia para «atravesar» esa fase de su ciclo evolutivo. **La representación de las relaciones familiares permite evaluar la naturaleza de las mismas y, teniendo en cuenta la estructura familiar y la posición en el ciclo vital, formular hipótesis sobre la presencia en el sistema de importantes vínculos y pautas triangulares***.

El genograma de la familia S., extraído de McGoldrick y Gerson (1987), representa tres generaciones. Podemos observar que todos los abuelos han muerto, y que en ambas familias de origen los abuelos varones se volvieron a casar después de enviudar. Los padres de la paciente identificada son de la misma edad y tuvieron un aborto previamente a engendrar a sus dos hijas. Además de los datos mencionados, el mapa familiar indica varias alianzas intergeneracionales: la primera entre el señor S. y su madre, la se-

Cuadro III. Ejemplo clínico



gunda entre la señora S. y su madre, y la tercera entre Karen y la señora S.

La familia demanda terapia porque la hija menor Karen, de 19 años, presentaba un problema de anorexia nerviosa. Ella y su hermana Judy asisten a la misma universidad en años consecutivos. El terapeuta utilizó la información del genograma para «connotar positivamente»* y normalizar la conducta y la experiencia de la familia. Se consideró que las dificultades de Karen para emanciparse tenían que ver con su papel dentro de la familia, relacionado con la muerte de los abuelos maternos justo después de su nacimiento.

La intervención fue la siguiente: «Hemos quedado impresionados por la unión y sacrificio mutuo que todos ustedes muestran entre sí. Lo que hemos oído sobre sus antecedentes nos permite entender algunas cuestiones. Por ejemplo, el diagnóstico de cáncer del padre de la señora S. coincidió con su embarazo de Karen, y poco después de que naciera, su madre también murió, haciendo que la posición de Karen en la familia fuera especial. El señor S., quien obtuvo pocos cuidados de su familia debido a la temprana muerte de su propia madre, se vio obligado a permanecer alejado de ustedes la mitad del año por cuestiones de trabajo; sin embargo, todos se esfuerzan por incluirlo cuando él está disponible. De alguna manera, nos parece que el hecho de que Karen no coma, simboliza el sacrificio de los miembros de la familia para mantenerse unidos ante las dificultades y pérdidas que han sufrido.»

Comentario

El genograma es un mapa familiar que engloba al menos tres generaciones. En él se traza la estructura familiar, se registra la información más importante sobre la familia y se representa el tipo de relaciones, fundamentalmente en términos de alianzas y exclusiones. Los datos plasmados gráficamente permiten generar hipótesis sobre la relación del síntoma con el contexto familiar, considerando quiénes están más implicados en el problema, evaluando la presión que las familias de origen o las instituciones ejercen sobre

la familia nuclear, definiendo el estado de los límites intrafamiliares y extrafamiliares, y observando el grado de adaptación a la etapa del ciclo vital que le corresponde atravesar al grupo familiar. **Todo ello posibilita prever la evolución del problema y de su contexto.**

Fuentes

- Navarro Góngora, J. (1992), *Técnicas y programas en terapia familiar*, Paidós, Barcelona.
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (1987), *Genogramas en la evaluación familiar*, Gedisa, Buenos Aires; Barcelona 1993.

TERAPIA DEL MRI DE PALO ALTO

Se trata de un enfoque de terapia breve creado en torno al año 1968, después de la muerte de Don D. Jackson, quien fundó el Grupo del MRI en 1959. Actualmente Watzlawick, Weakland, Fish y Segal integran el Brief Therapy Center del Mental Research Institute de Palo Alto. Su trabajo se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas. Apuestan por una terapia breve, cuya duración no sobrepase las diez sesiones espaciadas semanalmente, basada en estrategias eficaces para evitar que sigan vigentes los factores mantenedores del problema que motiva la consulta. Las estrategias se apoyan en una hábil utilización de la postura del paciente y de sus familiares ante el problema, la terapia y el terapeuta con la finalidad de evitar confrontaciones que dificulten el desarrollo del tratamiento. En este sentido es notoria la influencia de las técnicas de hipnoterapia gestadas por el genio creador de Milton Erickson, de quien son deudores muchos de los autores que configuran el movimiento de la terapia familiar sistémica.

A. Evaluación

El síntoma se origina en un cambio en la vida del paciente y/o de su familia, al que los autores denominan «dificultad» (Watzlawick, 1976; 1980), que precisa de un nuevo tipo de respuesta. En su trabajo

original, el Brief Therapy Center del MRI consideró los problemas ligados al ciclo vital como elementos importantísimos en la gestación de los síntomas. Sin embargo, en escritos más recientes esas cuestiones parecen haber perdido significación. Por ejemplo, en 1974, Weakland y colaboradores afirman: «Interpretamos los pasos transicionales normales en la vida familiar como las "dificultades cotidianas" más comunes e importantes que pueden derivar en problemas» (p. 147). Posteriormente, en 1983 Fish deja de asignar a las transiciones del ciclo vital una importancia mayor que la concedida a otros cambios.

Es especialmente significativo de su opción por una tecnología del cambio*, la ausencia de investigación sobre el origen de los problemas familiares. Únicamente se interesan por entender el modo en que las familias mantienen sus problemas con sus intentos bienintencionados, pero desafortunados, por superarlos. Consideran que una dificultad se convierte en problema -en algo patológico- cuando se intenta resolverla de manera equivocada y, después del fracaso, se aplica una dosis más elevada de la misma solución ineficaz. La persistencia en una solución intentada ineficaz lleva al agravamiento y al mantenimiento del problema. Contrariamente a las expectativas de la familia, los intentos de solución generan más pautas similares a aquellas que ocasionaron el problema e imposibilitan los cambios de organización o de reglas, en el seno del sistema, necesarios para solventarlo.

Los integrantes del MRI han establecido una tipología de las soluciones intentadas por los pacientes y sus familias: forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente; dominar un acontecimiento temido aplazándolo; llegar a un acuerdo mediante coacción; conseguir sumisión a través de la libre aceptación; y confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa.

Presuponen que alterando las soluciones intentadas se rompe la secuencia sintomática*, produciéndose así el cambio terapéutico. La secuencia está regulada por una causalidad circular, de manera que el síntoma mantiene los intentos de solución al mismo tiempo que es mantenido por ellos. No obstante, en ocasiones es posible que el síntoma no aparezca como acostumbra, por lo cual durante la fase de evaluación se recomienda preguntar a la familia y al paciente sobre las excepciones al problema y las circunstancias que las rodean. Dicha in-

formación aporta soluciones eficaces para cambiar la conducta sintomática, soluciones que a pesar de existir suelen pasar inadvertidas para los Chentes que a menudo desestiman su importancia, aumentando con ello su sentimiento de impotencia para superar el problema.

Resumiendo, en la fase de evaluación el terapeuta debe obtener una definición del problema y de las soluciones intentadas en términos de conductas concretas. En el primer caso puede preguntar: «¿cuál es el problema que les trae aquí?»; cuando el problema parece una dificultad normal se recomienda inquirir: «¿cómo se convierte en problema la situación que ustedes me comentan?»; si la conducta sintomática viene produciéndose desde hace años conviene saber: «¿qué les ha llevado a consultar por el problema ahora?». Después de alcanzar una definición operativa del problema, se indaga sobre las soluciones intentadas. En ambos casos, el terapeuta debe ayudar a las personas a ser concretas en sus respuestas, para lo cual puede adoptar una posición «inferior» advirtiendo que no entiende, que no termina de verlo claro o que, para poder comprenderlo mejor, necesita que le pongan un ejemplo.

B. Intervención

El Grupo del MRI ha desarrollado un gran número de técnicas de intervención, algunas en términos de programas para problemas específicos. La eficacia de este enfoque no reside sólo en los recursos técnicos directamente relacionados con el cambio de la solución intentada, sino también en un conjunto de estrategias dirigidas a persuadir al paciente y a la familia para que lleven a cabo las prescripciones del equipo. La intervención se ubica al final de la entrevista y consta fundamentalmente de una redefinición* a la que se suman tareas para realizar en casa.

B.1. Teoría del cambio

El objetivo terapéutico es alcanzar un «cambio 2» en relación a la clase de solución intentada. Los integrantes del MRI distinguen

entre cambio 1* y cambio 2*. El primero comprende cambios dentro de la misma clase de soluciones intentadas, que únicamente contribuyen al mantenimiento del síntoma. Por el contrario, el cambio 2 supone la creación de una nueva clase de intentos de solución, lo que reduce y/o hace desaparecer la sintomatología.

B.2. Metas y estrategias terapéuticas

El MRI pide a los pacientes y a sus familias que definan las metas concretas que quieren conseguir con el tratamiento, de forma que el trabajo terapéutico se oriente, tanto por parte del terapeuta como por parte de los pacientes, a la consecución de dichos objetivos. Por otro lado, la concreción permite que ambas partes sepan cuándo finalizar la terapia -cuando se alcancen las metas- y tengan una referencia de su eficacia.

A continuación citamos las estrategias que debe seguir el terapeuta:

1. Definición operativa de los objetivos que se pretende lograr con el tratamiento, con lo que se especifican los referentes conductuales que posibilitan la consecución y evaluación de los cambios.

2. Elección de un cambio mínimo (también definido en términos de conductas concretas) seguido de una planificación que facilite el inicio de un efecto de irradiación. Dicho efecto supone una generalización del cambio mínimo a otras conductas pertenecientes a la nueva clase de soluciones promovidas por la intervención terapéutica. El terapeuta pregunta: «¿Qué es lo que usted consideraría como primera señal de que ha ocurrido un cambio significativo, aunque sea pequeño?»

3. La estrategia efectiva se aparta 180° del impulso básico o clase de soluciones intentadas hasta entonces. Por ejemplo, si el intento de solución consiste en exigir obediencia, la intervención debe orientarse a exigir desobediencia. Es importante destacar que nunca se debe pedir a las personas que no hagan nada, sino que hagan algo diferente, en general lo opuesto a lo que venían haciendo.

4. Utilización de la postura del paciente -su lenguaje, sistema de valores, actitud ante el problema, la terapia y el terapeuta- para

persuadirle de que lleve a cabo la intervención sugerida por el equipo. Al encuadrar una sugerencia dentro de la postura de los clientes se aumenta la probabilidad de que la acepten.

5. El terapeuta busca permanentemente una posición «inferior», evitando la confrontación, que le posibilite intervenir en cualquier condición que presente el paciente. Los autores sostienen que el profesional de la psicoterapia, por el mero hecho de serlo, ya se encuentra en una posición superior a la familia y al paciente cuando éstos solicitan sus servicios (Fish, 1985). Al mismo tiempo propugnan que remarcar la superioridad del terapeuta favorece la creación de resistencias en la generalidad de los clientes, razón por la cual insisten en la conveniencia de asumir una posición igualitaria e incluso inferior. Aun cuando la situación haga necesario adoptar una postura de superioridad porque el paciente responda mejor así, siempre es más fácil pasar de una posición inferior a una superior que a la inversa.

B.3. Técnicas de intervención

Los recursos técnicos para promover el cambio comprenden redefiniciones, tareas directas y paradójicas, técnicas de persuasión para que el paciente «compre» la tarea, metáforas, ordalías -pacto del diablo- y técnicas hipnóticas derivadas de la hipnoterapia de Milton Erickson.

Las redefiniciones son técnicas cognitivas que evitan aquellas «etiquetas» que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio. Por ejemplo, se puede redefinir una conducta rotulada como «depresión» como de «necesidad de tomarse un respiro en un ritmo de vida agotador», no porque la nueva definición sea verdad, sino porque así será más fácil suscitar la solución del problema.

Las tareas directas son intervenciones conductuales cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún/os componentes de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del síntoma, proponiendo directamente la realización de otra conducta alternativa.

Las tareas paradójicas también son intervenciones conductua-

les. Se diferencian de las directas en que no se propone una conducta diferente a la sintomática, sino que se prescribe la continuidad de ésta durante un tiempo fijado, que suele ser el intervalo entre sesiones. Lógicamente, la aparición del síntoma tiene que sufrir alguna pequeña modificación, como puede ser la necesidad de provocarlo sin esperar a que surja espontáneamente, cambiar la duración o el lugar en el que acontece, etc. En consecuencia, es necesario que estas tareas vayan precedidas por una redefinición del síntoma, y acompañadas de técnicas de persuasión que justifiquen su recomendación. Por ejemplo, se puede pedir al paciente que haga surgir el síntoma y tome nota de las circunstancias que rodean su aparición. Se le insiste en que de esta forma en la próxima entrevista aportará datos más concretos, lo cual posibilitará una evaluación más rigurosa y, por tanto, mejorará la eficacia del tratamiento. Los autores suponen que cuando el paciente provoca el síntoma lo somete a un control voluntario, incrementando su capacidad para hacerlo desaparecer.

Las intervenciones metafóricas son intervenciones cognitivas que se emplean para transmitir un mensaje, no relacionado directamente con el problema, sin que su percepción pueda bloquearse por la intervención de las funciones racionales y se confía en que ejerza su acción por vía analógica (Watzlawick, 1980). El mensaje puede ser una nueva definición del problema, una solución al mismo o ambas cosas a la vez. En cualquier caso, se espera que los componentes de la familia extraigan de la historia contada una consecuencia que les ayudará a resolver la situación problemática. Por ejemplo, a un paciente cuyo problema sea un perfeccionismo excesivo se le puede relatar la historia de un hombre que se quería edificar una casa, pero que nunca lograba hacerlo, ya que cada vez que excavaba más hondo de lo recomendado por los constructores para hacer los cimientos, encontraba una construcción anterior que le obligaba a cavar más profundo todavía, y así sucesivamente (Fisch, 1985).

El «pacto con el diablo» es una ordalía* aplicable a pacientes con quienes se mantiene una buena alianza terapéutica que, encontrándose en las últimas sesiones del tratamiento, consiguen poco o ningún cambio. El terapeuta les explica que conoce un modo de re-

solver su problema, pero que sólo se lo revelará si se comprometen firmemente a cumplir la prescripción, en caso contrario, no prodrán continuar la terapia (Watzlawick, 1976). La intervención propone una tarea directa cuyo incumplimiento conduce a otra alternativa peor para estas personas, cual es la imposibilidad de seguir con las entrevistas.

Por último, las técnicas hipnóticas pueden formar parte de intervenciones metafóricas y se utilizan para diseminar un mensaje relacionado con el problema a lo largo de un discurso aparentemente neutro.

B.3.1. Intervenciones específicas

Los componentes del MRI han diseñado cinco intervenciones estandarizadas, útiles en problemas caracterizados por cinco tipos de soluciones intentadas (Fisch, 1985): forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente; dominar un acontecimiento temido aplazándolo; llegar a un acuerdo mediante coacción; conseguir sumisión a través de la libre aceptación, y confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa. La denominación de cada intervención viene rotulada por el intento de solución del paciente o familia.

1. *Forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente.* Abarca problemas como insomnio, tics, dolores de cabeza, rendimiento sexual o tartamudeo, en los cuales el paciente define fluctuaciones normales del funcionamiento corporal o mental como problemas y toma medidas para corregirlas y para que no reaparezcan.

La intervención invierte la anterior solución, pidiendo al sujeto que fracase en su intento de superar el problema. Así por ejemplo, en problemas de insomnio en los que el sujeto intenta dormir, se le sugiere que intente no dormir.

Las técnicas de persuasión para «vender» la tarea se basan en argumentar dos tipos de razones. En primer lugar, se dice al paciente que debe provocar el síntoma deliberadamente para que pueda observarlo sin la angustia de luchar contra él, de manera que en la siguiente entrevista traiga una información más detallada de lo que le ocurre. Se le reitera que los nuevos datos así obtenidos permiti-

rán establecer una evaluación más exacta de su problema. En segundo lugar, el terapeuta argumenta que el sujeto necesita entrenarse para lograr un control definitivo de la conducta sintomática, y le explica que el paso inicial del proceso de aprendizaje consiste en provocar el síntoma.

2. *Dominar un acontecimiento temido aplazándolo.* El impulso básico* del paciente es dominar con antelación una tarea para no fracasar, lo que le lleva a no enfrentarse nunca a ella. La intervención implica exponer al cliente al acontecimiento, con un dominio incompleto y en una situación controlada, impidiéndole acabar la tarea con éxito.

La «venta» de la tarea alude a la necesidad de aprender a superar fracasos como única vía para saber qué hacer en esa situación. Se reitera al paciente que debe evitar a toda costa tener éxito. Por ejemplo, si el problema es la imposibilidad de relacionarse con el sexo opuesto, se le pide que incremente deliberadamente la posibilidad de ser rechazado en su próximo encuentro, comportándose de forma absurda y torpe. Se subraya que la finalidad de la tarea es inmunizarlo/a al impacto del rechazo.

3. *Llegar a un acuerdo mediante coacción.* Es una solución común en padres de adolescentes conflictivos, que sermonean reiteradamente a sus hijos sobre el deber de obedecerles de un modo respetuoso en conductas concretas. El objetivo de la intervención es que adopten una postura de inferioridad denominada «sabotaje benévolo». La tarea se basa en el supuesto de que al eliminar la actitud dominante, desaparecerá la conducta provocadora e inductora de rebeldía que los progenitores han estado empleando involuntariamente.

Para que se motiven a intentar la tarea propuesta por el equipo, el terapeuta redefine la rebeldía del adolescente como un conjunto de reacciones imprevisibles e irracionales que deja impotentes a los padres. Por ello, para «reducir» al muchacho deberán volverse también imprevisibles, ya que hasta ahora se han conducido de forma completamente predecible para él, quien sabe de antemano qué van a decir y hacer. Además, siempre que pidan algo a su hijo seguirán la fórmula: «me gustaría que...» y cada vez que el adolescente les desobedezca, emplearán consecuencias negativas reales imprevisibles y no anunciadas; por ejemplo, echar sal en lugar de azúcar en

el café o cerrar la puerta de la calle por dentro cuando el chico llegue más tarde de lo convenido. Después se disculparán, mostrándose totalmente desamparados y desconcertados por lo que han hecho.

También se les puede vender la tarea aduciendo que el adolescente necesita aprender a protegerse de las dificultades que encontrará cuando sea adulto, siendo el hogar el mejor campo de entrenamiento para la supervivencia en el mundo exterior.

En ambos casos los padres, quienes inicialmente adoptaban una postura externamente autoritaria e incluso amenazadora que daba paso a la rendición e impotencia ante las conductas «desatinadas» de su hijo, ensayan otro tipo de solución. Ésta consiste en aparentar una amabilidad y una impotencia que encierran una respuesta implacable, con consecuencias negativas reales ante la conducta no deseada de su hijo.

4. *Conseguir sumisión a través de la libre aceptación.* Es un intento de solución muy habitual en las relaciones entre padres e hijos, así como en las relaciones de pareja. En este caso se trata de lograr una respuesta espontánea del otro que coincida con los deseos de uno mismo. El sujeto piensa que si pide directamente lo que desea, su obtención quedará invalidada por no haberlo conseguido de manera espontánea. Por ejemplo, un padre puede decir a su hijo «quiero que quieras estudiar» en lugar de «quiero que estudies». La primera formulación implica que el chico para obedecer a su progenitor debe cambiar de actitud y no únicamente de conducta. Al mismo tiempo, lo somete a una comunicación paradójica, ya que le está diciendo que para obedecerle debe desobedecerle (ser espontáneo supone que no puede cumplir el mandato, porque en tal caso la espontaneidad cesaría automáticamente).

Problemas que encierra esta solución intentada son la falta de entendimiento de una pareja en el ámbito sexual, problemas de conducta infantiles que implican desobedecer a los padres, e incluso el lenguaje esquizofrénico parece ser una respuesta a tal tipo de maniobras. Ante la petición indirecta del padre («no te estoy diciendo lo que quiero que hagas») para que se comporte de una forma determinada, el hijo psicótico contesta con un rechazo indirecto a través del síntoma («de acuerdo, yo tampoco estoy rechazando nada; simplemente estoy loco»).

La intervención se fundamenta en la necesidad de hacer peticiones directas (Watzlawick, 1981), una vez redefinida la benevolencia de quien demanda algo («quiero que quieras, pero no quiero que lo hagas si no te sientes feliz haciéndolo») como algo inintencionadamente destructivo a largo plazo, y las solicitudes directas como algo beneficioso aunque difícil de poner en práctica en un principio.

5. *Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa.* En este caso se produce un reiterado conflicto entre dos personas en donde la persona A sospecha que B realiza un acto que ambos consideran equivocado, A vigila y acusa a B y B niega las acusaciones y se justifica, lo cual suele confirmar las sospechas de A.

La intervención, cuyo objetivo es interrumpir la secuencia de acusaciones y justificaciones, se denomina «interferencia» o «confusión de señales». Por ejemplo, en las recriminaciones por alcoholismo, se recomienda al marido beber al azar, y aparentar estar borracho cuando no lo está y al revés. El terapeuta sugiere a la esposa que intente averiguar cuándo ha bebido realmente y cuándo no, pero sin decir nada. Ambos deben llevar un registro diario, por separado, y traerlo a la entrevista siguiente. Conviene aclarar que los autores sostienen que el alcoholismo se mantiene, en parte, por la conducta recriminatoria del cónyuge no alcohólico. La intervención, además de bloquear las recriminaciones, implica la posibilidad de un control voluntario de la conducta problemática mediante la simulación del síntoma por parte del paciente identificado durante aquellos días en que no bebe.

B.3.2. Intervenciones generales

¶ Son intervenciones de tipo estratégico, que pueden emplearse cuando las intervenciones específicas no han logrado el resultado esperado o cuando conviene complementarlas con alguna indicación adicional (Fisch, 1985). Las más relevantes son éstas cuatro:

1. *No apresurarse.* Se aplica básicamente en tres situaciones. Primero, con sujetos cuya solución intentada es esforzarse mucho por superar el problema, ya que si reducen su esfuerzo el síntoma

remitirá. Segundo, con pacientes pasivos que urgen al terapeuta para que lleve a cabo una acción curativa, la sugerencia de que vayan más despacio actúa como acicate para que se movilicen hacia el cambio. Y, por último, siempre que haya cambios y mejorías el terapeuta debe recordar a la familia y al paciente que los cambios lentos son más sólidos que los súbitos. Con ello, por un lado, se previenen recaídas al evitar que el sujeto vuelva a esforzarse demasiado y, por otro, se da el mensaje de que es preferible el cambio paulatino, lo cual permite que se valore cualquier pequeño cambio y no sólo el espectacular.

2. *Peligros de una mejoría.* Es una intervención adecuada cuando el paciente no ha realizado la tarea prescrita en la sesión anterior y en síntomas como la ansiedad. En el primer caso, si la postura del sujeto es de oposición al terapeuta, la intervención funciona acelerando el cambio. En el segundo caso, si la persona comprueba que la mejoría no es un lecho de rosas, se sentirá menos obligada a exigirse rendir más, modificando su intento de solución de esforzarse demasiado. Por ejemplo, si una mujer que trata por todos los medios de «cazar» un marido sin conseguirlo, encuentra ciertas desventajas en el matrimonio, como tener menos tiempo libre y menos independencia, reducirá su «acoso» a los hombres, incrementando la probabilidad de que alguien se fije en ella.

3. *Un cambio de dirección.* Cuando las intervenciones no han producido el cambio deseado, el terapeuta cambia de dirección argumentando que se ha dado cuenta de que ha seguido un camino equivocado o que ha consultado con un «experto» que le ha recomendado variar el rumbo de la terapia. El cambio de estrategia puede completarse adoptando una posición inferior («el experto aludió a un punto que yo no logré entender, pero él dijo que usted sí lo entendería»).

4. *Cómo empeorar el problema.* Se emplea cuando en las últimas entrevistas continúa sin haber cambios. El terapeuta manifiesta al paciente y a los componentes del sistema familiar que tanto él como su equipo no han sabido cómo ayudarles a mejorar el problema, pero que sin embargo sí saben cómo podría empeorar. Educadamente y sin ninguna acritud, se enumera de forma específica todo aquello que el paciente y su familia han hecho para solu-

cionar el problema. Así se subraya el papel activo del sujeto y sus familiares en la persistencia del síntoma, esperando que asuman una expectativa de lugar de control interno* del mismo. En absoluto es conveniente culpabilizarlos por no haber cambiado, lo cual añadiría un nuevo problema, deteriorando la imagen de eficacia de la familia y dificultando la labor de otro profesional, en caso de que inicien otra terapia.

Ejemplo clínico

Los fragmentos seleccionados ilustran la forma de definir el problema, las soluciones intentadas y el cambio mínimo y pertenecen a la transcripción completa de un caso que puede consultarse en Fish, Weakland y Segal (1985), p. 243-277. El paciente es un hombre soltero de 35 años que sufre una elevada ansiedad cuando tiene que tocar el violín en público.

Terapeuta: ¿Cuál es el problema?

Paciente: Soy profesor de música, de violín, y estoy tocando muy, muy mal hasta el extremo de que me tiemblan las manos, me sudan cuando toco, cosa que no me sucede en ningún otro momento.

Terapeuta: De acuerdo. Cuando dice que toca mal, ¿quiere decir que toca ante una audiencia, en público?

Paciente: Sí.

Terapeuta: Cuando toca a solas o cuando da clase, ¿qué sucede?

Paciente: Cuando toco para una o dos personas no pasa nada.

Terapeuta: Bien. ¿Es peor a partir de esa cifra? Por ejemplo, ¿cuatro es dos veces peor que dos, o...?

Paciente: No. No es así. No avanza en progresión geométrica.

Terapeuta: **A j a**.

Paciente: Sin lugar a dudas, si se tratase de una situación en la que esta sala estuviese llena de gente sería malo. O en todo caso suele serlo.

Terapeuta: **A j a**. (Pausa.) Bueno, a decir verdad, a mí me pasa algo muy parecido. Si esta sala estuviese llena, estaría aún más nervioso de lo que estoy. Siento que me están mirando a mis espaldas, a través de la cámara, pero no quisiera afirmar con ello que resulte algo comparable a lo que usted me describe; es simplemente un fenómeno similar. (Pausa.) Muy bien, entonces si hay más gente, la cuestión empeora, pero no en una relación proporcional al número.

Paciente: Así es.

Terapeuta: **A j a**. ¿Hay algún otro elemento que empeore el asunto?

Paciente: Sí, si hay alguien cuyo juicio con relación a mi ejecución yo respete de veras, o alguien a quien desee impresionar.

Después de obtener una definición del problema y de lograr una buena alianza terapéutica a través de comentarios empáticos, el terapeuta pregunta al paciente cómo ha intentado solucionar el problema.

Terapeuta: **A j a**. (Pausa.) ¿Cómo ha venido afrontando este problema hasta ahora, ya sea usted por su cuenta, o con la ayuda que haya recibido de alguna otra persona?

Paciente: Bueno hace tiempo diversos profesores de música me aconsejaron que hiciese más ejercicios, que ensayara más, pero yo no lo hacía, y cuando tocaba, era un fracaso total.

Terapeuta: **A j a**. (Pausa.) Muy bien. Entonces, ellos le decían: «Mira, lo que tienes que hacer es dedicarte a ello, insistir, y acabará por cambiar», pero no lo conseguía. Cuando recientemente ha estado luchando con el asunto, ¿qué es lo que ha hecho?, ¿cómo ha tratado de afrontar la cuestión?

Paciente: Trato de practicar más, pero no he tenido demasiado éxito.

Terapeuta: Ah.

Paciente: Cuando practico, algunas personas me dicen que lo estoy haciendo mejor, pero no me lo acabo de creer.

El terapeuta prosigue su indagación sobre las soluciones intentadas, confirmándose que el impulso básico consiste en esforzarse por superar el problema practicando más. Por otro lado, puede observarse que el paciente adopta una postura pesimista y escéptica ante posibles mejorías, por lo cual la estrategia terapéutica deberá ir en esa misma línea pesimista, insistiendo en los inconvenientes del cambio. Más avanzada la entrevista se pide al paciente que enuncie los objetivos del tratamiento y cuál sería el cambio mínimo.

Paciente: Una mejoría mínima, que supongo que se reflejaría en mi rendimiento, consistiría en darme cuenta de que no estoy solo.

Terapeuta: Oh. De acuerdo.

Paciente: Creo que sería importante que algunas personas se interesasen por mí y que fuesen capaces de juzgar mis avances no sólo porque entendieran de música, sino también porque conocieran mi problema particular y cómo solucionarlo.

Terapeuta: Se me ocurre una dificultad potencial en lo que usted me comenta. Supongamos, por ejemplo, que no haya pasado la época de los milagros, cosa que en cierto sentido es así, porque una de las cosas más divertidas acerca de los problemas es que no siempre, pero con frecuencia, llegan de forma misteriosa y se van

misteriosamente. Si el suyo se marchase de modo misterioso y usted se convirtiese en un violinista realmente bueno, podría dar un concierto que fuese muy bien, y que fuese bien recibido, pero seguiría sin satisfacer el criterio que propone, porque el público estaría formado por gente entendida que desconocería sus problemas. Ellos le escucharían y apreciarían su ejecución, pero no en el sentido que usted mencionaba antes, porque nunca sabrían que usted había tenido este problema. No habría ninguna señal de ello, y se limitarían a apreciar lo bien que toca, sin saber lo que le había costado superar el problema de su nerviosismo para lograr tocar así.

El terapeuta sugiere que el problema podría desaparecer tan misteriosamente como surgió, impidiendo la solución del paciente de esforzarse demasiado. Mantiene esta intervención a un nivel implícito y a continuación reitera su pregunta sobre el cambio mínimo puesto que la respuesta del sujeto es muy imprecisa y confusa.

Terapeuta: ¿Se le ocurre algo que sea señal de un primer paso? ¿Ha pensado en algo que sirva como una especie de signo extemo, visible? ¿O como signo audible? Si pudiese observarse desde fuera, ¿cuál podría ser un criterio de que se ha producido un primer paso significativo, aunque sea reducido?

Paciente: Que interprete una pieza completa en un concierto, sin que se produzca ninguna clase de olvido.

Terapeuta: (*Pausa.*) De acuerdo. Esto haría que el primer paso sea casi idéntico al último.

Paciente: Oh, no, no.

Terapeuta: ¿Cuál sería el paso final?

Paciente: El paso final es tocar bien una pieza completa, sin ningún olvido.

Terapeuta: Oh, de acuerdo. Veamos si capto la diferencia. Si toca una pieza sin olvidar un fragmento, pero no necesariamente la interpreta bien, ¿eso sería un primer paso?

Paciente: Mmm...«Bien» es una palabra demasiado importante.

Terapeuta: Es una pena que usted no pueda tener otra clase de pérdidas de memoria.

Paciente: ¿Cuáles?

Terapeuta: Bueno, todo...todo lo que usted tendría que hacer sería, en vez de olvidar la música, olvidar el auditorio.

Paciente: Sí (*suavemente*).

Terapeuta: De todas formas, antes que nada creo que lo más importante es conceder seriamente tiempo y atención a los potenciales inconvenientes de efectuar esta clase de mejoría.

Una vez establecido que se trata de un problema de nerviosismo excesivo, concretado en temblores y sudor de manos cuando

el paciente toca en público, y que el síntoma es más grave cuanto más numeroso y entendido es el auditorio, se observa que el impulso básico -lo que tienen en común todas las soluciones intentadas por otras personas y por el propio paciente- es esforzarse más por superar el nerviosismo y evitar dar recitales en público. El cliente ensaya una y otra vez las piezas musicales con la pretensión de no cometer ningún fallo, pero rehusa realizar un recital en público hasta no estar completamente preparado. El cambio mínimo propuesto por el paciente es muy pretencioso, pero se acepta por implicar que debe exponerse a la temida situación de actuar ante un auditorio, que es lo que ha estado evitando reiteradamente. La estrategia que adopta el terapeuta es impedir que se esfuerce más, por lo que le propone interpretar una composición en público pero tocando mal deliberadamente para aprender a dominar su nerviosismo. Por otro lado, esta intervención se complementa con otra en la que el terapeuta insiste en que piense en los numerosos inconvenientes que tendría solucionar su problema y alcanzar el éxito como intérprete de violín, siendo importante que desestime las opiniones favorables que otras personas pudieran darle sobre su capacidad musical. En definitiva, la intervención se «ajusta» a la postura pesimista manifestada por el paciente durante la entrevista.

Comentario

La terapia del MRI de Palo Alto trabaja con todo el sistema familiar o con partes del mismo, canalizando sus esfuerzos hacia un cambio rápido del problema. Para lograrlo, recoge información -en términos de conductas concretas- sobre el síntoma y las soluciones que el paciente y su familia han puesto en marcha para resolverlo. Así, por ejemplo, si el problema del paciente identificado se define como depresión, el terapeuta preguntará: «¿En qué cosas nota/n usted/es que está/n deprimido/s? y ¿cómo ha/n tratado de resolverlo?»

Después de lograr una evaluación clara de la secuencia sintomática que abarca el síntoma y los intentos de solución, el terapeuta pide a la familia que defina de manera operativa los objetivos que desea alcanzar con la terapia. Siempre es importante obtener

un acuerdo no sólo en la definición de los problemas que se consideran importantes, sino también en las metas que se pretende conseguir. Asimismo, es conveniente establecer un orden de prioridades sobre problemas y metas para iniciar el trabajo terapéutico con lo más urgente, aquello que se desea resolver en primer lugar. Esto ayuda a trabajar con los aspectos en que los pacientes están más motivados y confiar en que resuelvan por sí mismos los puntos menos prioritarios, en parte por la generalización de los cambios. Si no es así, se incidirá posteriormente en los problemas «secundarios».

Una vez acordados los objetivos generales se continúa definiendo el cambio mínimo. La estrategia terapéutica para alcanzarlo supone idear una solución que se aparte 180° del impulso básico, evitando en todo momento confrontarse directamente con el paciente y evaluando la postura del mismo para posteriormente «encajar» la intervención en esa postura, obviando posibles resistencias.

Los componentes del MRI han diseñado dos grandes tipos de intervenciones, las específicas y las generales o estratégicas. Ambas incluyen redefiniciones y tareas directas y paradójicas. En algunas ocasiones también emplean metáforas, técnicas hipnóticas derivadas del trabajo de Milton Erickson y ordalías.

Fuentes

- Fisch, R. (1983), *Commentary to L. MacKinnon: Contrasting strategic and Milán therapies*, «Family Process» 22 (4), 438-440.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1985), *La táctica del cambio*, Herder, Barcelona¹⁹⁹⁴.
- Watzlawick, P. y colaboradores (1981), *Teoría de la comunicación humana*, Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires; Herder, Barcelona¹⁹⁹⁵.
- Watzlawick, P., Weakland, P. y Fisch, R. (1976), *Cambio: Formación y resolución de problemas humanos*, Herder, Barcelona¹⁹⁹⁴.
- Watzlawick, P. (1980), *El lenguaje del cambio*, Herder, Barcelona¹⁹⁹⁴.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P. y Bodin, A. (1974), *Brief therapy: Focused problem resolution*, «Family Process» 13,141-168.

TERAPIA DEL GRUPO DE MILÁN

Con la denominación «Grupo de Milán» nos referimos a las aportaciones del grupo, en la actualidad totalmente escindido, que se gestó en el Centro de estudios de la familia en Milán y estuvo compuesto por Selvini Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscolo. Este enfoque terapéutico se aplica preferentemente en casos de «psicosis», término que se utiliza como sinónimo de trastorno mental grave, incluyendo también la mayor parte de los síndromes anoréxicos y bulímicos.

El grupo parte de una orientación psicoanalítica en el año 1967, cuando sus componentes comenzaron a tratar familias con pacientes anoréxicos y psicóticos. En 1971 adoptan el enfoque de Palo Alto y desarrollan la intervención contraparadójica*, diseñada para anular el doble vínculo patológico. Influídos por Bateson, en el año 1975 modifican su concepción de los sistemas familiares de predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes y diferencian entre el nivel de significado -creencias- y nivel de acción -patrones conductuales-. Aproximadamente en 1980 el grupo se divide en dos, las mujeres se centran en la «prescripción invariable» basada en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos, en tanto los hombres continúan enfatizando la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten a cada familia y cuestionando la utilidad de cualquier noción explícita o implícita de normalidad o patología. Hoy en día Prata y Palazzoli también se han separado, y esta última con un equipo nuevo ha intensificado su esfuerzo para desarrollar una teoría general de los «juegos psicóticos».

En el texto hemos diferenciado los desarrollos particulares citando entre paréntesis a sus creadores, ya que no se trata de un enfoque unitario dada la fragmentación que ha ido sufriendo el propio grupo, caracterizándose asimismo por continuos cambios evolutivos en su forma de conceptualizar la patología y en su modo de hacer terapia. La piedra angular de todos los componentes del antiguo Grupo de Milán ha sido y sigue siendo el «juego familiar», concepto ciertamente abstracto que engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismos y de la familia en conjunto. Por tanto, la evaluación tiene por objeto conocer cuál es el juego familiar -sobre el que establece una hipótesis inicial de trabajo- juego que en los sistemas que presentan una patología deja de ser adaptativo para facilitar un buen funcionamiento familiar como sucede en las familias no patológicas. Lógicamente, las diversas técnicas de intervención se dirigen a alterar dicho juego, cambiando las reglas rígidas y constreñidas por otras más flexibles y complejas.

A. Evaluación

Su evaluación se basa en una causalidad circular que proporciona un punto de vista más complejo del síntoma y su contexto que la causalidad lineal. El pensamiento lineal puede ser un precursor necesario del salto discontinuo al pensamiento circular, ya que describe un segmento restringido del contexto más amplio. Por consiguiente, la perspectiva circular es más completa que la lineal, lo cual no significa que la segunda sea incorrecta, simplemente es más parcial.

Con objeto de facilitar la orientación relacional o circular cuando describen conductas o interacciones sustituyen el verbo «ser» por el verbo «mostrar». Así, por ejemplo, la afirmación «la esposa se muestra triste» en lugar de «la esposa es depresiva o triste» permite examinar qué está sucediendo en las relaciones de la mujer que pueda explicar esa conducta. La definición «se muestra triste» sugiere una diferencia interpersonal con respecto a otra persona más alegre, indicando que la tristeza no es algo inherente a la

esposa, sino una forma de respuesta ante determinadas circunstancias. Por el contrario, afirmar que «es triste» separa a la mujer de su contexto e implica buscar causas intrapsíquicas para esa expresión conductual. En una secuencia del tipo: la esposa se muestra triste cuando el niño se porta mal -cuando el niño se porta mal el marido la critica- cuando el marido la critica la esposa se muestra triste, se observa que la esposa muestra tristeza como parte de un patrón recursivo de interacción entre el marido, ella y el niño. Se podría comentar que es un círculo «vicioso», pero el juicio moral se dirige al patrón, no hacia las personas atrapadas en él. Cuando se considera que los participantes están presos de un patrón recursivo que engloba un síntoma, la situación se convierte en «mala suerte», lo cual promueve en el terapeuta la compasión hacia las personas más que su condena, actitud que le permite ser más neutral y creativo (Tomm, 1984).

Lo patológico es el juego familiar, concepto definido de forma poco precisa por el Grupo de Milán, que incluye: el mapa de relaciones familiares -alianzas y exclusiones-, la regla que parece presidir esas relaciones -qué está y qué no está permitido- y la forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema familiar.

El juego sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar y se desarrolla a lo largo de muchos años antes de consolidarse en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dictan las conductas e interacciones de la familia y puede incluso heredarse de generaciones anteriores. El juego deja de ser adaptativo para convertirse en patológico cuando adscribe a los miembros del grupo familiar roles y funciones que ya no responden a los requisitos del momento evolutivo que atraviesan. En otras palabras, la sintomatología es fruto de una discrepancia entre las conductas, que constantemente están sometidas a variaciones, y las creencias que permanecen inalteradas porque los componentes de la familia ajustan las conductas y su interpretación a sus esquemas habituales de pensamiento. En consecuencia, para cambiar las conductas problemáticas el terapeuta deberá modificar el sistema familiar de creencias, teniendo en cuenta que creencias y conductas se influyen recíprocamente.

En el texto hemos diferenciado los desarrollos particulares citando entre paréntesis a sus creadores, ya que no se trata de un enfoque unitario dada la fragmentación que ha ido sufriendo el propio grupo, caracterizándose asimismo por continuos cambios evolutivos en su forma de conceptualizar la patología y en su modo de hacer terapia. La piedra angular de todos los componentes del antiguo Grupo de Milán ha sido y sigue siendo el «juego familiar», concepto ciertamente abstracto que engloba las relaciones de los miembros del sistema familiar, las creencias que tienen unos de otros, de sí mismos y de la familia en conjunto. Por tanto, la evaluación tiene por objeto conocer cuál es el juego familiar -sobre el que establece una hipótesis inicial de trabajo-juego que en los sistemas que presentan una patología deja de ser adaptativo para facilitar un buen funcionamiento familiar como sucede en las familias no patológicas. Lógicamente, las diversas técnicas de intervención se dirigen a alterar dicho juego, cambiando las reglas rígidas y constreñidas por otras más flexibles y complejas.

A. Evaluación

Su evaluación se basa en una causalidad circular que proporciona un punto de vista más complejo del síntoma y su contexto que la causalidad lineal. El pensamiento lineal puede ser un precursor necesario del salto discontinuo al pensamiento circular, ya que describe un segmento restringido del contexto más amplio. Por consiguiente, la perspectiva circular es más completa que la lineal, lo cual no significa que la segunda sea incorrecta, simplemente es más parcial.

Con objeto de facilitar la orientación relacional o circular cuando describen conductas o interacciones sustituyen el verbo «ser» por el verbo «mostrar». Así, por ejemplo, la afirmación «la esposa se muestra triste» en lugar de «la esposa es depresiva o triste» permite examinar qué está sucediendo en las relaciones de la mujer que pueda explicar esa conducta. La definición «se muestra triste» sugiere una diferencia interpersonal con respecto a otra persona más alegre, indicando que la tristeza no es algo inherente a la

esposa, sino una forma de respuesta ante determinadas circunstancias. Por el contrario, afirmar que «es triste» separa a la mujer de su contexto e implica buscar causas intrapsíquicas para esa expresión conductual. En una secuencia del tipo: la esposa se muestra triste cuando el niño se porta mal -cuando el niño se porta mal el marido la critica- cuando el marido la critica la esposa se muestra triste, se observa que la esposa muestra tristeza como parte de un patrón recursivo de interacción entre el marido, ella y el niño. Se podría comentar que es un círculo «vicioso», pero el juicio moral se dirige al patrón, no hacia las personas atrapadas en él. Cuando se considera que los participantes están presos de un patrón recursivo que engloba un síntoma, la situación se convierte en «mala suerte», lo cual promueve en el terapeuta la compasión hacia las personas más que su condena, actitud que le permite ser más neutral y creativo (Tomm, 1984).

Lo patológico es el juego familiar, concepto definido de forma poco precisa por el Grupo de Milán, que incluye: el mapa de relaciones familiares -alianzas y exclusiones-, la regla que parece presidir esas relaciones -qué está y qué no está permitido- y la forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema familiar.

El juego sirve para regular el funcionamiento del sistema familiar y se desarrolla a lo largo de muchos años antes de consolidarse en un conjunto de reglas, valores, creencias y rutinas que dictan las conductas e interacciones de la familia y puede incluso heredarse de generaciones anteriores. El juego deja de ser adaptativo para convertirse en patológico cuando adscribe a los miembros del grupo familiar roles y funciones que ya no responden a los requisitos del momento evolutivo que atraviesan. En otras palabras, la sintomatología es fruto de una discrepancia entre las conductas, que constantemente están sometidas a variaciones, y las creencias que permanecen inalteradas porque los componentes de la familia ajustan las conductas y su interpretación a sus esquemas habituales de pensamiento. En consecuencia, para cambiar las conductas problemáticas el terapeuta deberá modificar el sistema familiar de creencias, teniendo en cuenta que creencias y conductas se influyen recíprocamente.

Los principales objetivos de la evaluación son: determinar el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia, dentro de los cuales aparece el síntoma, y determinar el papel que éste desempeña dentro de ese sistema relacional. El síntoma puede servir para no enfrentarse a un cambio que amenaza con desequilibrar el sistema familiar o para reclamar la necesidad de que se produzca. Con el fin de obtener información sobre el juego, el Grupo de Milán se interesa por saber entre otras cuestiones: ¿Cómo ve cada miembro de la familia el problema? ¿Cómo percibe las relaciones entre otros integrantes del sistema en el momento actual y en momentos pasados o futuros importantes, en torno a los cuales tuvieron lugar -o podrían producirse- variaciones en la conducta sintomática o en las alianzas familiares? ¿Por qué surge el problema ahora en la familia? ¿Qué hechos y conductas preceden la aparición inicial del problema? ¿Cuál es la secuencia de conductas en torno al síntoma? ¿Qué le ocurrirá a la familia si el problema sigue existiendo en el futuro? ¿Y si desaparece?

A.1. *Procesos implicados en la entrevista* (Cecchin y Boscolo)

En el capítulo 6 se describe con más detalle el formato de entrevista creado por el Grupo de Milán, que está regido por los principios de hipótesis*, neutralidad* y circularidad* (Palazzoli y cols., 1980). La entrevista comprende una serie de procesos básicos como son: la generación de hipótesis, la obtención de información, la validación de hipótesis, cierta «elaboración» del problema por parte de la familia y la validación de la intervención (Tomm, 1984).

La evaluación se entiende en términos de hipótesis circulares* que guían la recogida de información durante la sesión. Teniendo en cuenta que las hipótesis iniciales son necesariamente especulativas, el terapeuta puede modificarlas a medida que obtiene nueva información por parte de la familia. Por otro lado, una hipótesis confirmada no ha de confundirse con la realidad, se trata de un modelo teórico útil para definir cómo se producen ciertas cosas en la familia. Sobre una hipótesis confirmada se «monta» la intervención final.

Las hipótesis pueden abarcar distintos niveles de comprensión (Boscolo y Cecchin, 1989). El nivel 1 tiene en cuenta el papel que juega el síntoma en la relación de pareja. El juego se conceptúa en términos de qué es lo que se da y qué es lo que se recibe (afecto y/o poder). El nivel 2 considera las alianzas existentes en la familia nuclear. El nivel 3 se centra en la familia extensa y en la función que tiene el mito familiar*. Y, finalmente, el nivel 4 establece cuál es la relación entre la familia nuclear y las instituciones implicadas a consecuencia del síntoma del paciente identificado.

La capacidad del terapeuta de confirmar o falsar una hipótesis a partir de la información elicitada en la familia, se denomina *circularidad*. Durante la entrevista, el clínico obtiene información explorando diferencias y conexiones relacionales en las conductas y creencias de los miembros de la familia. Su intención de comprender el problema de forma circular, estableciendo deliberadamente las diferencias entre las relaciones anteriores y posteriores a hechos nodales significativos en la historia familiar y con respecto a hipotéticos sucesos futuros, al generar nueva información puede alterar el sistema de creencias de la familia, si bien la alteración no tiene por qué ser consciente. Gran parte de la información adicional está implícita y sólo es «nueva» en cuanto se convierte en explícita a través de las preguntas formuladas. Se considera que, una vez «liberada» de las limitaciones de sus puntos de vista lineales, la familia podrá abordar sus dificultades por sí misma desde una nueva perspectiva.

A.2. *Tipología de preguntas para obtener información*

Los cuatro primeros tipos de preguntas -las triádicas, las clasificatorias, las explicativas y las preguntas sobre alianzas- sirven para recoger información que confirme una hipótesis. El quinto tipo, las preguntas hipotéticas, insinúan un mapa familiar diferente y se emplean más avanzada la entrevista, después de haber obtenido la información de las secuencias de hechos que rodean al problema y de las alianzas y coaliciones existentes en la familia.

-1. *Preguntas triádicas.* Sitúan a un tercero como testigo de la relación entre otros dos, obligándoles a escuchar cómo se les percibe; probablemente el tercero dirá algo que los implicados no podrían decir. Es interesante observar la conducta no verbal de los no interpelados. Por ejemplo, el terapeuta puede preguntar a uno de los hijos: «¿Mejoró o empeoró la relación entre tus padres después de morir tu abuela?»

2. *Preguntas sobre alianzas.* Establecen quién está más cerca de quién, permitiendo conocer las alianzas familiares: «¿Quién estaba más cerca de tu hermano antes de que fuera arrestado? ¿Y ahora?»

3. *Preguntas para clasificar.* Trazan el mapa de relaciones y/o establecen un orden en relación con una cualidad: «¿Quién está más convencido de que hay algo "malo" en el sistema nervioso de tu hermana? ¿Cómo lo muestra? ¿Quiénes van después?»

4. *Preguntas explicativas.* Explican por qué se da o sucedió algo, buscando información sobre el sistema de creencias, y en ocasiones elicitan secretos: «¿Por qué crees que papá se apoya en tu hermana mayor?»

5. *Preguntas hipotéticas.* Tantean cuál puede ser la reacción del grupo familiar ante algo bueno o malo, esbozan un nuevo mapa de relaciones y permiten que la familia considere posibilidades alternativas de significado y de acción (Tomm, 1984). Por ejemplo: «¿Si no hubierais tenido hijos, sería más o menos probable que permanecerais juntos dentro de cinco años?» «¿Quién imaginas que estará más cerca de mamá dentro de cinco años?» «Si en vez de papá fuera mamá la que se ausentara tanto tiempo de casa, ¿qué hubiera pasado?»

B. Intervención

El Grupo de Milán postula la no directividad del terapeuta con respecto al cambio, por lo que el objetivo terapéutico consiste en liberar a la familia de la rigidez de su sistema de creencias, para que después sea ella misma la que encuentre el cambio más conveniente.

B. 1. Teoría del cambio

El cambio se produce cuando se reemplaza el juego familiar por otro juego menos perjudicial, ya que todo grupo familiar necesita de un juego que regule su vida como sistema. Aunque afecta a los dominios afectivo, cognitivo y conductual, el cambio más profundo se produce en las percepciones y creencias de la familia.

B.2. Metas terapéuticas

La modificación del sistema de creencias familiar posibilita alterar el mapa de relaciones, cambiar la secuencia familiar de conductas y conseguir una metarregla del cambio*, que permita cambiar las reglas que regulan el funcionamiento del sistema.

Como ya mencionábamos anteriormente, no se definen objetivos concretos con la familia, de tal manera que éstos tiendan un puente hacia la consecución de un cambio específico más deseable. El Grupo de Milán manifiesta que el terapeuta no puede conducir a la familia hacia una normalidad establecida, sino que ha de ser ella misma la que encuentre una solución que le resulte adecuada. El equipo terapéutico se mantiene neutral con respecto al cambio, en parte porque considera que el sistema familiar será más creativo que él.

B.3. Técnicas de intervención

Los recursos técnicos propuestos para el cambio han ido variando paralelamente a la evolución histórica del Grupo de Milán. La intervención paradójica se ha ido abandonando en favor de intervenciones ritualizadas. Además de las intervenciones conductuales directas se siguen manteniendo las intervenciones cognitivas, entre las que destacan la redefinición y la connotación positiva, aunque en determinados casos se emplean metáforas.

B.3.1. Intervenciones cognitivas

Su finalidad es alterar el modo en que los integrantes de la familia se perciben entre sí en relación al síntoma. Por consiguiente, afectan al tipo de atribuciones que las personas hacen con respecto a las causas del problema o con respecto a las intenciones de la conducta de los demás. Normalmente, cada integrante del sistema familiar posee una serie de atribuciones propias, por lo cual es importante conocer las distintas opiniones. Las principales intervenciones cognitivas son la connotación positiva y la redefinición.

B.3.1.1. *Redefinición*. Modifica la percepción cognitiva del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia. Generalmente se combina como una connotación positiva dentro de la intervención cognitiva que precede a la prescripción.

B.3.1.2. *Connotación positiva*. Se cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas o al menos a causas que no supongan intenciones hostiles. El síntoma se presenta como debido a razones altruistas -sacrificio o amor- por parte del paciente identificado y por parte del resto de los componentes del sistema familiar. No se connota positivamente la conducta sintomática en sí, sino su relación con otras conductas más importantes, para las cuales el síntoma es en realidad una solución. Así se resalta que la familia tiene un alto grado de cohesión y se restituye la credibilidad en sí misma para que intente resolver sus problemas de una forma más satisfactoria.

En el capítulo dedicado a los genogramas ya citamos el siguiente ejemplo que ilustra la connotación positiva en una familia cuya hija menor, Karen, presentaba síntomas de anorexia nerviosa (McGoldrick y Gerson, 1987): «Hemos quedado muy impresionados por la unión y sacrificio mutuo que todos ustedes muestran entre sí. Lo que hemos escuchado sobre sus antecedentes nos permite comprender algunas cuestiones importantes. Por ejemplo, el diagnóstico de cáncer y la muerte del abuelo materno coincidió con el embarazo de Karen, y poco después de que ella naciera, la abuela materna también murió, haciendo que la posición de Karen en la familia fuera especial, sobre todo para usted *{dirigiéndose a la madre}*. Usted *{dirigiéndose al padre}* tuvo una infancia difícil debido

a la temprana muerte de su propia madre y luego se vio obligado a permanecer alejado de ustedes la mitad del año por cuestiones de trabajo; sin embargo, hemos observado que todos se esfuerzan por incluirlo cuando usted está disponible. De alguna manera, nos parece que el hecho de que Karen no coma, simboliza el sacrificio de los miembros de la familia para mantenerse unidos ante las numerosas dificultades y pérdidas que han sufrido.»

B.3.2. Intervenciones conductuales

De entre los dos grandes apartados de intervenciones conductuales, las directas y las paradójicas, el Grupo de Milán empleó -en su primera época- las segundas con gran profusión.

B.3.2.1. *Prescripciones directas*. Se utilizan para observar la capacidad de cambio del sistema y para consolidar las transformaciones ya conseguidas a partir de intervenciones paradójicas o ritualizadas.

B.3.2.2. *Prescripciones paradójicas*. Prescriben la secuencia patológica connotada positivamente. Se emplean cuando la situación es de orden y secuencialidad rígidas, como forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias. No se debe recurrir a ellas cuando el terapeuta desconozca qué hacer, cuando prevea que la familia cumplirá literalmente lo sugerido y tampoco pueden utilizarse en respuesta a presuntas desobediencias de la familia a intervenciones anteriores.

El procedimiento clásico, ahora prácticamente abandonado, consiste en: connotación positiva + redefinición + prescripción de la secuencia sintomática + un límite temporal arbitrario durante el cual la secuencia sintomática debe seguir vigente.

Al calificar como positivos los comportamientos sintomáticos, se connota positivamente la tendencia homeostática de la familia y no las personas, ubicando a todos sus miembros en un mismo plano (Palazzoli y cois., 1981). Así se provoca paradójicamente la capacidad de transformación del sistema familiar, ya que si están unidos por lazos afectivos tan fuertes, ¿por qué necesitan que el síntoma siga vigente para mantenerlos unidos?

A continuación citamos un ejemplo de prescripción paradójica, que completa el anterior de connotación positiva en la misma familia: «Por todas estas razones, los miembros del equipo opinan que es bueno que ella se niegue a comer, es bueno porque así ayuda a que la familia permanezca fuertemente unida. Karen, tus padres y tu hermana están muy asustados por el peligro que corres cuando decides no comer durante tanto tiempo. Cuando están muy asustados por esta posibilidad se juntan y hablan de cómo pueden ayudarte. Especialmente tus padres ahora están dialogando más que antes y eso es positivo, ya que deben prepararse y apoyarse mutuamente para cuando tu abandones el hogar y te vayas para siempre. La experiencia de la familia demuestra que enfrentarse todos juntos a las adversidades de la vida es una sabia elección. Por todo ello, el equipo piensa que debes seguir sacrificando tu libertad, tu juventud y mantener tu decisión de ayudarles negándote a comer hasta que tus padres te den el mensaje de que no te necesitan para salir adelante, que son personas maduras que saben apoyarse el uno al otro para superar las dificultades de la vida.»

En el enfoque del Grupo de Milán, el procedimiento clásico funciona en el paciente identificado y en el resto de la familia como una provocación capaz de impulsarlos al cambio, por una reacción en contra de la redefinición y de la connotación positiva. Actualmente, Boscolo (1989) afirma que con pacientes crónicos, la connotación del síntoma como sacrificio no resulta eficaz y puntualiza que la intención que impulsa una conducta puede dar lugar a efectos pragmáticos opuestos (la intención de un hijo psicótico puede ser que el hermano se vaya de casa y el efecto pragmático que el hermano se quede).

Conviene aclarar que inicialmente se connotaba positivamente el sacrificio del paciente identificado por otros miembros de la familia -los padres, un hermano, etc.-, lo cual generaba un mensaje que realmente podía actuar como una connotación negativa, porque los destinatarios del supuesto sacrificio se inundaban de culpa y se rebelaban llenos de ira. En muchos casos el síntoma remitía pero, con la misma frecuencia, había familias que indignadas y culpabilizadas abandonaban el tratamiento sin ninguna mejoría. Por tal razón, este tipo de intervención fue evolucionando

y en lugar de colocar a la persona sintomática al servicio de la felicidad o del bienestar de sus familiares, se adoptó una postura más «neutral» situando todas las conductas relacionadas con el problema al servicio de una premisa, valor o mito compartidos por todos los componentes del sistema familiar. En esta nueva modalidad de intervención es innecesario decir que un problema es útil, beneficioso o funcional; simplemente es suficiente mencionar que las personas se han habituado a él y que les resulta difícil dejar ese tipo de hábitos.

Por ejemplo se puede dar la siguiente intervención cognitiva a una familia que sufre crisis continuas (Boscolo, 1989): «Parece que en esta familia existe la fuerte creencia de que, cuando alguno de sus miembros necesita ayuda, los demás siempre acudirán a socorrerlo. Sin embargo, ahora que los hijos han crecido, se teme que la familia pueda desintegrarse y que esa creencia pierda vigencia. Por eso sus miembros siguen teniendo problemas, como si quisieran probar que aún están allí para ayudarse mutuamente. En esta familia, el verdadero problema sería que no hubiese más problemas.»

B.3.3. Prescripciones ritualizadas

Consisten en la prescripción de una secuencia estructurada de conductas que introduce nuevas reglas sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra intervención verbal. Se emplean cuando la situación es confusa o ambigua para introducir orden y secuencialidad. Cuando las nuevas conductas y reglas se incorporan al sistema familiar, se supone que la familia necesariamente ha de responder a ese nuevo elemento creando un cambio.

Los rituales, la tarea ritualizada de los «días pares-días impares» y la prescripción «invariable» constituyen las principales prescripciones ritualizadas a las que han recurrido los integrantes del Grupo de Milán.

B.3.3.1. *Rituales*. El ritual es susceptible de prescribirse como un experimento, un ensayo, un gesto simbólico o un rito de transición. La intervención propone una secuencia de conductas, definida con precisión, en la que se establece qué ha de hacer cada

miembro de la familia, dónde y en qué momento. La nueva actividad no siempre tiene que pasar a formar parte de la vida diaria familiar, sino que simplemente puede contribuir a clarificar patrones de interacción caóticos y contradicciones inherentes al sistema de creencias que permanecían sin reconocer.

Por ejemplo, se puede prescribir un ritual funerario cuando, después del fallecimiento de un miembro de la familia, otro presenta algún síntoma. El ritual pide en primer lugar que los integrantes del sistema familiar reúnan conjuntamente, durante un tiempo establecido por el equipo, objetos pertenecientes al difunto. A lo largo de este período se admite la existencia de un fuerte contacto con el fallecido. Con la indicación de que se turnen para cavar un hoyo y entierren los objetos en un lugar determinado de antemano por el terapeuta, se inicia otra etapa. Ahora deben decir adiós al ser querido que ha muerto y reanudar su vida cotidiana asumiendo que él ya no está. El ritual introduce una distinción temporal que ayuda a elaborar la pérdida de la persona desaparecida de forma paulatina. Además de hacer patente que esa persona ha muerto, el procedimiento facilita una nueva relación entre los miembros que permanecen vivos, lo cual es sumamente importante para el buen funcionamiento del sistema familiar.

B.3.3.2. Tarea ritualizada de los días pares días impares (Palazzoli y cois., 1978). La intervención consiste en prescribir, en días separados, dos conductas contradictorias o muy dispares, que coexisten habitualmente en el grupo familiar. Así, por ejemplo, el terapeuta puede sugerir la siguiente tarea a unos padres cuyos métodos para tratar de controlar la conducta sintomática del hijo se presentan como irreconciliables y provocan constantes críticas entre ellos: «En los días pares de la semana -martes, jueves y sábados- y empezando a partir de mañana y hasta la próxima entrevista y a la hora Y, a pesar de lo que el paciente identificado haga -hacer una lista de los síntomas- el padre decidirá con total libertad qué hacer con él. La madre deberá cooperar haciendo como si no estuviera. En los días impares -lunes, miércoles y viernes- y con independencia de lo que haga el paciente identificado, la madre tomará el control total de la situación. Los domingos se comportarán espontáneamente. Cada padre, en los días que tiene asignados, llevará un diario de cualquier interferencia del cónyuge

con respecto a la conducta acordada de hacer como si no estuviera.»

La intervención se utiliza en casos de duda invencible *-impasse-*, de escalada simétrica* entre los padres, cuando los modelos de educación interfieren seriamente y cuando los intentos de manejar al hijo son saboteados por el otro cónyuge. Se aprovecha la escalada de los progenitores para lograr que cumplan la tarea al tratar de ganarse la aprobación del terapeuta.

Los objetivos de la intervención son: entrenar a la familia en conductas alternativas y en una división de funciones diferentes, bloquear una secuencia de interacción y demostrar la posibilidad de control voluntario al circunscribir a unos días concretos determinadas conductas pertenecientes a la secuencia sintomática. La prescripción clarifica la inconsistencia de los mandatos parentales incompatibles, introduciendo un mensaje temporal que altera la competitividad habitual.

B.3.3.3. La prescripción invariable (Palazzoli y Prata, 1984; Palazzoli, 1986 y Palazzoli, 1990). La prescripción invariable, también denominada «universal», elimina la necesidad de establecer hipótesis al presuponer que en todas las familias de esquizofrénicos el problema es una falta de diferenciación entre el subsistema parental y el filial, con la consiguiente ausencia de emancipación mutua entre el hijo y los padres. La pretensión de la intervención es separar de forma gradual los dos subsistemas, introduciendo un mensaje organizador que clarifica los límites intergeneracionales, evitando coaliciones progenitor-hijo que mantienen el juego de las familias psicóticas.

A continuación describimos el procedimiento seguido:

La fase de evaluación abarca las dos primeras entrevistas, su finalidad es establecer una sólida relación con la familia y recoger información lo más exhaustiva posible.

En la primera sesión -donde se convoca a la familia nuclear y a las personas más significativas de la familia extensa- después de la última pausa, el terapeuta se dirige a los miembros que no forman parte de la familia nuclear -convivientes y no convivientes- con estas palabras: «Habitualmente, -al término de la primera sesión estamos en condiciones de decir si estimamos necesario o no hacer alguna indicación de terapia familiar. Esta vez, a pesar de la solícita

participación de todos, no creemos estar en condiciones de sacar una conclusión. Necesitamos otra entrevista, que tendrá lugar tal día a tal hora. A la próxima sesión ustedes -miembros de la(s) familia(s) de origen- no vendrán. Les agradecemos mucho su asistencia y colaboración.»

En la primera sesión el terapeuta no debe indagar sobre las relaciones entre los cónyuges, sino que dará preferencia a las relaciones intergeneracionales. La intervención produce un efecto terapéutico -la familia experimenta sus propios límites como familia nuclear- y otro de información, que resulta de las realimentaciones inmediatas de cada una de las personas presentes, y en especial de las que son excluidas.

Al finalizar la segunda sesión se les imparte la siguiente prescripción: «Esta vez estamos en condiciones de decirles que el equipo ha llegado a la conclusión de que hay una indicación precisa de terapia familiar. La próxima sesión se fija para el día tal a la hora tal. Tú/vosotros -nombrando al/los hijos por orden de edad- permaneceréis en casa. Vendrán sólo ustedes dos -los padres-.» A continuación se les despide, los terapeutas abandonan la sala y los observadores toman nota del *feedback* de la familia.

En la tercera sesión se pregunta a cada uno de los progenitores cómo reaccionaron los hijos ante la prescripción, cómo reaccionaron ellos mismos y si hablaron del tema entre sí. Al finalizar se les dice con mucha cortesía: «Hemos llegado a la conclusión de que ahora es realmente indispensable darles una prescripción. Hemos discutido mucho sobre ella porque nos damos cuenta de que para ustedes será muy difícil. Sin embargo, es necesario que se comprometan a cumplirla. Cuando regresen a casa deberán guardar un secreto absoluto con respecto a la sesión. Si alguno de ustedes, por separado, fuera interrogado por uno o más de sus hijos u otros familiares sobre lo sucedido en la entrevista, tendrán que responder exactamente con estas palabras: "El doctor X ha prescrito que se debe mantener reserva absoluta entre él y nosotros dos sobre todo lo dicho en sesión." Por último anotarán en una libreta, cada uno de forma independiente, las conductas verbales y no verbales de sus hijos o de cualquier otra persona que les parezcan asociadas con la prescripción.»

Guardar el secreto es condición *sine qua non* para la continuidad de la terapia. Los padres deben informar si serán capaces de mantenerlo y si lo rompen deben comunicarlo inmediatamente. Si por alguna razón se suspendiera la terapia, mantendrán el secreto de la suspensión.

La cuarta entrevista se estructura a partir de la información que traen los padres. Si guardaron el secreto se les dirá: «Como cumplieron lo que les pedimos son ahora nuestros coterapeutas e informadores. Podemos continuar con la siguiente prescripción: una semana después de la entrevista, saldrán por la tarde y regresarán a cenar después de lo que acostumbran. Las salidas se organizarán de la siguiente forma: primero se pondrán de acuerdo en el día de la marcha y en el lugar al que irán. Dejarán una nota que diga: "Hemos salido y vendremos tarde." Volverán a casa después de cenar. Si al regresar alguno de sus hijos les pregunta dónde estuvieron, les responderán amablemente: "Ése es un asunto de nosotros dos".» De nuevo escribirán cuidadosamente las reacciones verbales y no verbales de los hijos ante sus salidas. Para motivarlos a realizar la tarea se les dice que deben elegir entre el riesgo o la cronicidad del problema de su hijo/a.

En 1982 se separó la prescripción del secreto de la prescripción de las desapariciones nocturnas, con objeto de ver las reacciones que podían producir por separado. Si no siguen la prescripción, el terapeuta explora qué estrategia del juego quedaría desbaratada por su cumplimiento (por ejemplo, la coalición* entre el confidente privilegiado y uno de los padres).

Al finalizar la quinta entrevista, si cumplieron con lo prescrito, se les pide que salgan un fin de semana entero -dos noches fuera- dejando un mensaje: «Volveremos después de...»

En la sexta entrevista se les prescribe de diez días a un mes de desaparición, dejando el mensaje habitual y sin contactar con nadie durante la misma. Cuando la situación exige que alguien se ocupe de los niños, se introduce en un sobre un número de teléfono para llamar en caso de emergencia. Se insiste a los padres en la necesidad de que guarden el secreto.

El nuevo juego al que invita a jugar la prescripción invariable sitúa a los cónyuges en una posición igualitaria y no complementaria, creando una complicidad que los delimita como pareja y los se-

para de todos los demás. Por otro lado, al centrar el interés en las reacciones de los hijos, la intervención permite analizar las diferentes estrategias de cada miembro de la familia en el juego.

C. Tipos de juegos psicóticos (Selvini Palazzoli, 1990)

Cuando se analizan las perturbaciones del paciente identificado en edad adolescente o juvenil, especialmente aquéllas caracterizadas por síntomas psicóticos, se observa que el núcleo de las mismas está constituido por la pretensión simétrica de «reformular» a los padres. El adolescente perturbado piensa que sus problemas se deben a que sus padres se llevan mal. Los padres también lo piensan, con la variante de que cada uno está completamente convencido de que la responsabilidad es del otro cónyuge.

La metáfora del juego considera a los miembros de la familia como interdependientes y sin embargo relativamente imprevisibles, por cuanto son más o menos hábiles para efectuar, dentro de las reglas, todas las elecciones de jugadas posibles (Selvini, 1990). El término «regla» se emplea con dos acepciones diferentes: *a*) como fruto de una negociación entre los jugadores y *b*) como inferencia del observador que describe algunas conductas redundantes, precisamente por la incapacidad para negociar las reglas que permitan un cambio de juego. En este sentido, regla podría ser la imposibilidad de definir la relación como característica de la familia esquizofrénica, o el rechazo como modalidad comunicativa propia de la familia anoréxica.

Los principales juegos psicóticos descritos hasta el momento por Selvini Palazzoli son el embrollo y la instigación, juegos que describimos brevemente a continuación para después explicar el desarrollo del proceso psicótico en el que ambos están implicados.

C.1.£/ embrollo

En las familias psicóticas se muestran afectos contrarios a los realmente existentes. En el juego del embrollo, un padre hace ostentación de una relación privilegiada con uno/a de sus hijos/as, a

quien da a entender de forma encubierta que lo prefiere por encima de su esposo/a. Esta relación no es afectivamente auténtica, sino el instrumento de una estrategia en contra de alguien -generalmente el otro cónyuge- que es su verdadero centro de interés. Como participante de una situación tan complicada, el hijo está convencido de que es cómplice de una relación ilícita que ha tolerado, sabiendo que la predilección que muestra el progenitor hacia él frente a su pareja no es moralmente correcta. Ello le hace desconfiar cada vez más de la lealtad de su «aliado». Su recelo le lleva a descubrir finalmente indicios que confirman sus sospechas de que este padre en realidad le ha estado utilizando en el permanente enfrentamiento con su cónyuge, entonces se siente traicionado y condenado al silencio, precisamente por la ilicitud de la relación.

Los hechos más relevantes que suelen desmentir la autenticidad de la relación privilegiada intergeneracional son: la evidencia de la innegable importancia que el cónyuge tiene para el propio padre o el aumento del interés de éste por otro hijo, con el consiguiente detrimento de la supuesta predilección hacia el futuro paciente identificado. En dicha situación, es sumamente improbable que el joven tenga la valentía suficiente para confesar su pacto con ese padre a expensas del otro -a quien por otro lado admira secretamente, deseando lograr su amor y atención- entre otras razones porque teme que su progenitor lo niegue. Todas estas circunstancias impulsan al hijo a hacer una reivindicación encubierta, un síntoma como venganza por la traición de que se siente objeto.

C.2. La instigación

Este tipo de juego consiste en una provocación disimulada a la que se responde con rabia disimulada, de manera que el instigador nunca consigue hacer explotar abiertamente a la otra persona, quien con su conducta elicitivamente nuevamente la provocación. Así se establece un patrón recursivo de provocaciones indirectas y respuestas de rabia contenida.

Ahora bien, la hipótesis de que uno instigue a otro implica un nivel cuando menos triádico, de forma que uno instiga a otro siempre para provocar a un tercero. Se observa además que se trata de

un juego vigente preferentemente entre los consanguíneos, donde las provocaciones directas no están admitidas. Por el contrario entre parientes políticos, como ocurre entre suegra y nuera, es culturalmente explícita y aceptada la existencia de provocaciones mutuas, lo que hace innecesario recurrir a instigaciones.

D. Estadios del proceso psicótico

Palazzoli considera que la psicosis se gesta a lo largo de un proceso que abarca seis estadios, basándose en la hipótesis de que las familias esquizofrénicas están reguladas por un enfrentamiento tan radical que lo hace no declarable y, por tanto, encubierto. Es preciso señalar que si se declarara explícitamente el deseo de prevalecer en el enfrentamiento se admitiría tanto la disponibilidad para soportar una derrota, al menos por un cierto tiempo, como la posibilidad de perder al adversario y, por tanto, cesar la relación en caso de producirse una derrota o una victoria definitivas. Sin embargo, estas familias están presididas por la prohibición de abandonar el tipo de relación al que se ven sometidas, quedando presas de un juego sin fin en el que nadie puede ganar ni perder, donde sólo puede haber aparentes victorias y derrotas parciales que no hacen sino contribuir a perpetuar una lucha feroz. Sin embargo, es importante puntualizar que la existencia de un enfrentamiento tan extremo no implica, por extraño que parezca, ausencia de amor entre sus miembros.

El proceso psicótico tal y como lo describe la autora italiana abarca los siguientes estadios: el *impasse* de la pareja conyugal, la «entrada» del hijo en el juego de los padres, la conducta inusitada del hijo, el viraje del presunto aliado, la eclosión de la psicosis y, finalmente, las estrategias basadas en el síntoma.

DA. *El impasse de la pareja conyugal*

Se hace necesario distinguir entre el *impasse** de la pareja y el conflicto de pareja: el primero permanece oculto mientras el segundo es manifiesto, lo cual significa que el conflicto se utiliza

para ocultar los sufrimientos auténticos, permitiendo así un desahogo indirecto, de ahí que se perpetúe la lucha.

Dentro del mencionado contexto de enfrentamiento en la pareja un miembro es el «provocador activo» y otro el «provocador pasivo». El juego que termina en el *impasse* parece evitar la escalada y por tanto el cisma*, de forma que cada uno de los cónyuges reacciona al movimiento del otro con un movimiento contrario, anulando su eventual ventaja, pero sin querer abusar de la victoria. En esta misma línea, debido a que dar una confirmación se interpreta como signo de debilidad, cada miembro de la pareja rechaza la definición que el otro hace de la relación y descalifica su propia definición de la relación antes de que el otro lo haga. Como consecuencia, en estas familias nadie está dispuesto a declarar un liderazgo ni tampoco a aceptar la responsabilidad de lo que va mal. Todos sienten que se les critica, sin que se les diga explícitamente cómo tienen que actuar correctamente. Tal y como mencionábamos anteriormente el juego se perpetúa a través de amenazas y contraamenazas, entre las que figura una potentísima, que nadie se separe de la familia y abandone la situación.

D.2. «Entrada» del hijo en el juego de los padres

El error del paciente identificado es considerar al padre provocador pasivo como la víctima y al activo como el verdugo. Por ello, con objeto de identificarlos el terapeuta pregunta en la primera y segunda sesión a los hijos: «Si mañana por la mañana, al despertarte, estuvieses en la piel de tu padre -luego en la de tu madre-, ¿qué harías con tu madre -padre- diferente de lo que él/ella hace?» El paciente identificado tiende a modificar la conducta del provocador activo de manera unilateral, mientras el resto de los hijos distribuyen más equitativamente razones y culpas entre los cónyuges.

D.3. *La conducta inusitada del hijo*

Durante el segundo estadio, el futuro psicótico toma partido secretamente por uno de los padres, pero no asume su defensa abierta.

Al ver que la situación no cambia, puesto que el *impasse* continúa, se inicia una nueva conducta «rara» como insultar o no responder al padre aparentemente «vencedor». Dicha conducta resulta extraña en él, porque nunca antes se había comportado así, pero todavía no presenta características patológicas. Con ella, persigue fundamentalmente dos objetivos: desafiar la arrogancia del «vencedor» y mostrar al «perdedor» cómo debería hacer para rebelarse ante el supuesto sometimiento que le ha impuesto su pareja, cuyo amor y atención el hijo también desea encarecidamente.

D.4. *El viraje del presunto aliado*

A pesar de todo el empeño del hijo para desequilibrar el enfrentamiento a favor del provocador pasivo, el padre vencedor no abandona sus provocaciones y el otro en lugar de unirse a la rebelión del hijo, no desmiente su rol de «víctima» e incluso puede apoyar al vencedor en contra del muchacho.

D.5. *Eclosión de la psicosis*

El hijo esquizofrénico descubre entonces el carácter instrumental de la relación con su presunto aliado, el provocador pasivo, ya que la coalición entre ambos es en parte debida a los juegos de embrollo e instigación. Educado en un contexto de aprendizaje caracterizado por el juego del *impasse*, el hijo no concibe la posibilidad de declararse derrotado, siendo la psicosis el arma que le permitirá «vengarse».

D.6. *Las estrategias basadas en el síntoma*

Cuando surge el episodio psicótico, la familia puede intentar que la situación cambie, produciendo una transformación en el sistema que conlleva una reducción gradual hasta la completa desaparición del síntoma. Palazzoli (1990) sostiene que ello explicaría ciertos brotes psicóticos que en ocasiones aparecen en adolescentes

y jóvenes, los cuales parecen remitir «espontáneamente» sin dejar secuelas. Más frecuente es que la transformación se produzca por la intervención de terceras personas, normalmente pertenecientes a las instituciones de salud mental, que pueden producir un cambio de juego. Sin embargo, si los intentos de transformación no tienen éxito se inicia una etapa en la que cada vez que el paciente insinúa abandonar el síntoma encuentra un padre obstruccionista encubierto, quien mantiene la conducta sintomática mediante la tolerancia. Cuando la patología se hace crónica los dos padres se oponen encubiertamente a un cambio, de manera que cada componente de la familia organiza su propia estrategia en torno al síntoma, de cuya existencia obtienen ciertos beneficios, contribuyendo con ello a mantenerlo. Así, el «provocador pasivo» verá al hijo psicótico como un medio para «controlar» al «provocador activo», quien a su vez utilizará la presencia del síntoma para lograr la alianza y apoyo constantes de otro miembro de la familia -otro hijo, una hermana o su propia madre-, que le permitirán a su vez continuar el enfrentamiento con su cónyuge.

E. Proceso terapéutico

Como ya mencionábamos anteriormente, la finalidad de las dos primeras entrevistas es evaluar el juego familiar y el grado de motivación para el cambio, así como lograr una fuerte alianza terapéutica fundamentalmente con los padres.

El proceso terapéutico se inicia induciendo una crisis en el sistema familiar mediante la revelación del juego, de forma detallada y específica para cada familia, generalmente en la segunda entrevista. El terapeuta expone cómo un padre inadvertidamente se ha servido del hijo en su constante enfrentamiento con su cónyuge. El tono hacia los progenitores no debe ser acusatorio sino emotivo, afirmando que han cometido errores en su forma de comportarse, pero sin darse cuenta de ello, y además sufriendo mucho. El hecho de responsabilizar a los padres inevitablemente los culpabiliza. Por ello, para contrarrestar ese efecto el terapeuta debe insistirles en tres aspectos primordiales: a) la necesidad de que colaboren con él

como «coterapeutas» para ayudar a su hijo/a; *b*) el modo en que han sido manipulados por sus familias de origen respectivas, mediante juegos de embrollo e instigación; *c*) el papel activo del paciente identificado al entrar en sus problemas como pareja.

Antes de excluir a los hijos, el terapeuta pone de manifiesto y desalienta la «entrada» e involucración activa del paciente identificado en los problemas de los padres, tildándolo de estúpido y confiando en que su rabia promueva el cambio. Es importante que el terapeuta deje claro que el hijo es un estúpido por lo que hace, no por lo que es, ya que sus esfuerzos por rescatar al padre «provocador pasivo» o por inducirlo a rebelarse contra el «provocador activo» han resultado totalmente infructuosos, inútiles para la relación de pareja y desastrosos para él mismo. Por otro lado, la provocación de la crisis en el paciente debe ser posterior a la atribución de responsabilidad a los padres, excepto en los casos de pacientes muy agresivos en los cuales se debe insistir desde un principio en la responsabilidad del hijo psicótico por la entrada indebida en el juego de sus progenitores. Tras ello, el terapeuta observa las reacciones de todos los miembros de la familia.

A partir de la tercera entrevista, se emplea la prescripción invariable con tres objetivos fundamentales: verificar el cambio de juego -superación del *impasse*-, introducir nuevas modalidades de relación y continuar recogiendo informaciones sobre el juego.

En ocasiones, el equipo decide no excluir al hijo psicótico, sobre todo en dos situaciones: *a*) cuando las dos primeras entrevistas indican que sus progenitores no están motivados para el trabajo terapéutico, siendo entonces conveniente hacer terapia únicamente con él; y *b*) cuando el paciente identificado es un adulto o un joven con grandes recursos personales y sociales que el terapeuta puede movilizar para facilitar el cambio terapéutico.

Ejemplo clínico

Los fragmentos de la transcripción que presentamos pertenecen a una entrevista realizada por Cecchin y Boscolo en calidad de consultores. Los lectores interesados en conocer la transcripción com-

pleta pueden remitirse a la obra de Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn del año 1989, *Terapia familiar sistémica de Milán: teoría y práctica*, p. 121-219.

Boscolo es el terapeuta que permanece en la sala con la familia, mientras Cecchin se sitúa detrás del espejo unidireccional. La familia B., integrada por los esposos B., de poco más de 40 años, y sus tres hijas: Lisa de 21 años; Diane de 16 y Dori de 14, consultó por los problemas de conducta de Diane, que además de reñir constantemente con su padre, mostraba una mala conducta en clase. La familia consideraba que las peleas con el padre eran algo insólito, puesto que hasta hacía seis meses, ambos estaban estrechamente unidos.

Aunque la familia presenta a Diane como la paciente identificada, la hija mayor Lisa había hecho un intento serio de suicidio y se había ido de casa dos veces en el último año. Lisa era hija del primer matrimonio de la madre y, en la tercera sesión en la que sólo estaban presentes los padres, la señora B. reveló que su marido había intentado varias veces mantener contacto sexual con Lisa, aunque no aclaró si había llegado o no a consumarlo. Los padres pidieron a la terapeuta que no hablara del incesto a Diane ni a Dori, lo cual interfería seriamente en la terapia.

Cecchin y Boscolo decidieron tratar el «efecto» del secreto sin tocar su contenido, involucrando a todo el sistema familiar en la discusión del secreto a través de preguntas circulares y considerándolo en términos de alianzas y exclusiones entre sus miembros. Se supuso la existencia de dos familias: la primera compuesta por Lisa y la madre y la segunda por Diane, Dori, el padre y la madre. Se estableció la hipótesis de que el juego se desarrollaba no sólo en torno a la existencia de un secreto con respecto a las posibles relaciones incestuosas, sino también con respecto a la presencia encubierta de una fuerte alianza entre la madre y Lisa, que era manifiestamente negada para proteger a la segunda familia e impedir que la madre fracasara en su segundo matrimonio. Se planteó que quizá Lisa pensara que si ella no hubiera nacido su madre habría tenido más éxito en sus matrimonios, ya que su primer marido la había abandonado cuando quedó embarazada y el segundo siempre había preferido a Diane frente a Lisa. Además cuando el padre

trataba de acercarse a Lisa era criticado por su mujer, sintiéndose rechazado. Por otro lado, era probable que la madre creyese que su primer matrimonio había sido un fracaso y ahora estaba dispuesta a soportar muchas dificultades con tal de que el actual tuviera éxito, incluyendo las posibles relaciones incestuosas. El intento de suicidio podía ser la forma en que Lisa trataba de salir de la situación.

El comienzo de la sesión se organizó en torno a la idea de «comunicación». Las preguntas recogerán información del mapa de relaciones familiares interrogando para ello en torno a quién hablaba más fácilmente con quién y entre quiénes resultaba más difícil el diálogo, incluyendo las alianzas y coaliciones familiares anteriores y posteriores a la aparición del problema de Diane.

Terapeuta: ¿Cuál es el problema ahora?

Padre: Parece que todos queremos pelearnos con todos.

Terapeuta: ¿Ése es el problema, en su opinión?

Padre: Sí.

Terapeuta: ¿Ve algún otro problema?

Padre: En realidad, no.

Terapeuta: Si le hago esta pregunta a su esposa, ¿estará de acuerdo con usted o pensará que hay otros problemas?

Padre: Es difícil decirlo.

Terapeuta: (*dirigiéndose a la madre*) ¿Está de acuerdo con lo que dijo su esposo?

Madre: No. Hay muchos problemas en nuestra familia. Entre otros, están la falta de comunicación, los problemas con las hijas, los problemas en nuestros esfuerzos por comprendemos mutuamente.

Terapeuta: ¿Entre quiénes existe falta de comunicación?

Madre: No hay comunicación alguna entre mi marido y yo. Es como si no pudiéramos dialogar, ni tratar de comprendemos mutuamente.

Las preguntas del terapeuta aportan información sobre el tipo de relaciones entre los subsistemas que componen la familia. A continuación el interrogatorio circular trata de obtener más concreción sobre cómo son las relaciones de los cónyuges entre sí, de los dos como pareja con sus hijas, de cada uno de ellos por separado con cada una de sus hijas, y de las hijas entre sí, todo lo cual aporta una clara panorámica de cómo es el mapa de alianzas y exclusiones en este sistema familiar.

Terapeuta: ¿Cómo es la comunicación entre ustedes y sus hijas?

Madre: Bueno... últimamente no ha habido comunicación alguna.

Terapeuta: ¿Entre ustedes y ellas, o entre ellas?

Madre: Pues... principalmente entre nosotros y las muchachas.

Terapeuta: ¿Cómo es la comunicación entre ellas? ¿Cómo se comunican?

Madre: Pues... estas dos (Diane y Dori) se comunican bien, pero Diane y Lisa se pelean mucho.

Terapeuta: Pero, ¿usted diría que las muchachas se comunican entre sí mejor que usted y su esposo?

Madre: ¡Oh, sin duda alguna!

Terapeuta: ¿Quién se comunica mejor con sus hijas: usted o su marido?

Madre: Yo no me puedo comunicar porque ellas no desean comunicarse, y él no les habla. Entonces diría que, por lo menos, yo trato... trato de llegar a ellas.

Terapeuta: ¿Con quién se comunica más su esposo?

Madre: Con Diane. Solía hacerlo.

Terapeuta: ¿Solía? ¿Algo ha cambiado recientemente?

Madre: Sí.

Terapeuta: ¿Qué, exactamente?

Madre: Ya no se llevan bien. Diane parece haber adoptado una actitud diferente, de antipatía hacia él.

Terapeuta: ¿Desde cuándo?

Madre: Desde hace... entre seis meses y un año.

Terapeuta: ¿Qué explicación le dio usted? ¿Tiene alguna explicación para esto?

Madre: Yo... estoy como quien dice perdida; no sé ni comprendo nada. Entiendo que ella ha cambiado, que se ha vuelto hostil hacia él a causa de su actitud negativa (del padre), pero no comprendo del todo la razón de ese cambio tan drástico y hostil.

La pregunta explicativa que efectúa el terapeuta sobre la atribución de la madre acerca de la aparición de los síntomas de Diane revela una clara persistencia en guardar el secreto. Las preguntas siguientes, dirigidas a indagar en torno a la creencia que los hijos tienen sobre la razón del problema de Diane, confirman el mantenimiento del secreto por todos los miembros de la familia.

Terapeuta: Permítame interrogar a Dori. ¿Estás de acuerdo con lo que acaba de decir tu madre: que, hasta hace seis meses, tu padre se comunicaba mejor con Diane que contigo y con Lisa y que desde hace seis meses no ha habido mucha comunicación entre tu padre y Diane? ¿Qué explicación das a eso?

Dori: No sé.

Terapeuta: Lisa, ¿tienes alguna idea? (*No hay respuesta.*) ¿Crees que si se lo pregunto a Diane me dará una explicación?

Lisa: No.

Terapeuta: Diane, ¿estás de acuerdo con tu mamá en que tú eras la única que mantenía alguna comunicación con tu padre? ¿Y que luego, hace seis meses, algo cambió?

Diane: Sí.

Terapeuta: ¿Qué pasó? (*No hay respuesta.*) Dori, si Diane respondiera ahora ¿qué diría?

Dori: No lo sé.

A continuación el terapeuta resume la información que han ido dando los padres y trata nuevamente de que las hijas aporten más datos sobre distinciones en el tipo de relaciones existentes entre los diferentes miembros de la familia a lo largo de su historia. Más adelante se sitúa el punto temporal en que dichas relaciones cambiaron, constatándose reiteradamente que toda la familia continúa negándose a revelar el contenido de lo ocurrido en dicha fecha. No obstante las intervenciones de la madre permiten conocer cuáles han sido los efectos, el impacto del síntoma en la familia que se ha traducido en un mayor y progresivo distanciamiento entre sus componentes.

Terapeuta: (*dirigiéndose a las tres hijas*) Vuestro padre piensa que éste es un problema de comunicación y que todos riñen entre sí. Vuestra madre interpreta el problema como una falta de comunicación entre ella y su esposo. Empecemos contigo, Dori. ¿Qué problema ves actualmente en la familia? (*No hay respuesta.*) Diane, ¿qué problema ves? ¿Estás de acuerdo con lo que dicen tu padre y tu madre?

Diane: Supongo que sí. Hay demasiadas peleas.

Terapeuta: ¿Demasiadas peleas entre quiénes? (*No hay respuesta.*) ¿Dori?

Dori: Hay demasiadas peleas entre papá y mamá, y entre Diane y yo.

Terapeuta: Diane y tú... ¿Y Lisa? (*No hay respuesta.*) ¿Siempre ha sido así, o la situación ha mejorado o empeorado?

Madre: Ha empeorado.

Terapeuta: ¿Empeorado?

Madre: Sí.

Terapeuta: ¿Desde cuándo?

Madre: Desde el año pasado. Ha empeorado mucho.

Terapeuta: ¿Se refiere a las reyertas que ha tenido con su esposo?

Madre: Le ha ido peor a toda la familia. Yo podía hablar con Diane, razonar con ella, hacerle comprender las cosas y llegar a un entendimiento mutuo, pero, desde hace un año, no puedo. Bueno... a veces puedo llegar muy bien hasta ella y otras no. En cuanto a Lisa, hemos tenido varios problemas el año pasado y no puedo hablar con ella. La situación de Dori es diferente: algunas veces se puede

>

hablar con ella y otras no. Los problemas entre mi marido y yo se han agravado muchísimo porque yo he cambiado. Ya no estoy dispuesta a ceder siempre, así que las reyertas son mucho más... (*Llamada de Cecchin a Boscolo.*)

Se observa que las hijas no responden a las preguntas y Cecchin sospecha que es debido a que los padres les han dado la consigna, probablemente de forma no explícita, de que no hablen. Por esta razón pide a Boscolo que indague hasta qué punto los padres les dan permiso para que manifiesten sus puntos de vista. La pregunta tal y como la formula el terapeuta connota positivamente a los padres, situándolos en una postura de cooperación con la terapia, y tiene el efecto de lograr una mayor colaboración por parte de la madre, que es más explícita en sus respuestas y aporta información verdaderamente relevante acerca de las relaciones familiares, como es la predilección del padre por Diane en detrimento de la relación con Dori y especialmente con Lisa. Sin embargo, la madre sigue sin dar permiso a las hijas para que mencionen el tema del incesto ahora a través del mensaje implícito de que ninguna debe hablar de ello, sobre todo Lisa. El terapeuta respeta la negativa a revelar el contenido del secreto y sigue preguntando acerca del cambio de relaciones familiares a partir del surgimiento de la conducta sintomática de Diane.

Terapeuta: El doctor Cecchin me llamó para pedirme que les dijera esto: él tiene la impresión de que los padres están aquí para cooperar, pero le parece que las hijas no comprenden por qué están aquí y que a esto obedece su negativa a cooperar. Me pidió que preguntara a los padres si había alguna explicación para esto.

Madre: Bueno, ellas no quieren estar aquí.

Terapeuta: ¿No quieren estar aquí?

Madre: No, y tampoco quieren contestar a las preguntas. Yo diría que, más que nada, no quieren estar aquí.

Terapeuta: Ellas no quieren estar aquí. ¿Quién fue la más reacia a venir?

Madre: Las tres. Ninguna de ellas quería venir. (*Dori ríe.*) Principalmente Lisa.

Terapeuta: Principalmente Lisa. ¿Y usted tiene alguna idea de la razón por la cual no querían venir hoy?

Madre: En verdad, no sé por qué Lisa no quería venir. Supongo que le parecía que su presencia sería totalmente inútil. No lo sé. Ella no ha explicado realmente por qué.

Terapeuta: ¿Su esposo quería venir hoy? •

Madre: No lo sé.

Padre: No me importaba venir, pero hoy tenemos mucho que hacer en el taller.

Terapeuta: (*ala madre*) Permítame hacerle una pregunta. Usted dijo que la situación venía empeorando desde hacía un año, especialmente la falta de comunicación con su esposo, las peleas, etc., y que, hace seis meses, Diane también empezó a reñir con su padre. ¿Le parece que este hecho contribuye a las reyertas entre usted y su esposo? Si Diane se llevara mejor con su padre, ¿usted se comunicaría más con su marido?

Madre: No, realmente. El problema no está en la comunicación entre Diane y su padre. Creo que está en que él la ha preferido y mimado toda su vida, y la ha malcriado. Ella no podía hacer nada malo. A mi juicio, esto fue extremadamente hostil. ¿Por qué habría de escoger y preferir a una hija si tiene otras dos? Y Lisa era exactamente el caso opuesto: pasó la vida regañada y atormentada...

Esta última información hace posible confirmar la hipótesis inicial de la existencia de dos familias y, por tanto, que Lisa queda marginada para que la fuerte alianza encubierta con su madre no haga peligrar la estabilidad de la segunda familia. Por consiguiente, el problema de mala conducta de Diane oculta otro problema más grave en tomo a la cohesión familiar que será el verdadero objeto de la intervención terapéutica.

Terapeuta: ¿Por quién?

Madre: Por su padre. Él mimaba a Diane, mientras regañaba a Lisa y no prestaba la menor atención a Dori. La pequeña estaba allí, se le hablaba, se la disciplinaba y todo lo demás, pero nunca se la regañó ni se la mimó.

Terapeuta: ¿A Diane le gustaba ser la preferida de su marido?

Madre: ¡Oh, sí! Se aprovechaba constantemente de ello.

Terapeuta: ¿Hasta hace seis meses?

Madre: Sí.

Terapeuta: Y luego, algo cambió. ¿Tiene alguna idea de qué sucedió?

Madre: No; ignoro qué cambió a Diane. Fue un cambio muy repentino y drástico. En verdad no fue un proceso lento sino que un mes era la mejor amiga del padre y al mes siguiente era una enemiga.

Otra vez el intento de preguntar sobre el secreto resulta infructuoso, haciendo sospechar a los terapeutas que hubo un momento en que Diane se dio cuenta de la posible existencia de relaciones incestuosas de su padre con Lisa, lo que le hizo sentirse traicionada por aquél y reaccionar en su contra.

Terapeuta: Comprendo. Durante años, Diane fue la más unida al padre. De las otras dos, ¿cuál estaba más unida a usted, Lisa o Dori?

Madre: Bueno, tendría que responder que lo fue Lisa, porque Dori no se une a nadie. Es más retraída... ya sabe usted, va y se esconde, y en verdad, no ocasiona demasiados problemas.

Terapeuta: (*al padre*) ¿Qué impresión tuvo usted? A su juicio, y a lo largo del tiempo, ¿cuál de sus hijas estaba más unida a su esposa?

Padre: Lisa.

Terapeuta: En primer lugar Lisa. ¿Y en segundo lugar?

Padre: Pues... Diane o Dori, cualquiera de las dos.

De nuevo se confirma la hipótesis de la intensa alianza entre Lisa y su madre a través de la pregunta triádica y clasificatoria que el terapeuta acaba de dirigir al padre.

Terapeuta: (*dirigiéndose a la madre*) Ahora bien, según me informó su terapeuta, usted se ha casado dos veces.

Madre: Sí.

Terapeuta: ¿Qué edad tenía Lisa cuando se separó?

Madre: En realidad, mi marido me dejó antes de que Lisa naciera y...

Terapeuta: ¿No estaban casados?

Madre: ¡Oh, sí! Pero él me dejó antes de que ella naciera. Verá usted, él venía a pasar un día con nosotras muy de tiempo en tiempo. Pero cuando finalmente obtuvimos el divorcio, Lisa ya tenía unos dos años.

Terapeuta: ¿Por qué acabó divorciándose de su esposo?

Madre: Porque tenía una amante.

Cecchin y Boscolo basan su intervención en la hipótesis de que, durante un tiempo, Lisa y la madre habían estado unidas por un fuerte vínculo que luego habían desmentido para proteger a la segunda familia. La madre debía negar esta relación privilegiada para que su nuevo matrimonio no fracasase, para lo cual cedía hasta el punto de «pasar por alto» el acoso sexual de su marido a Lisa. La prescripción elaborada en la segunda pausa de la entrevista consiste en un ritual destinado a proteger a la segunda familia y reorganizar simultáneamente el vínculo entre Lisa y su madre. La intervención comienza con una connotación positiva de las relaciones familiares. Con ello se intenta modificar la visión epistemológica que la familia tiene de sus propias relaciones, creando un contexto en el que todos son buenos con los demás, en lugar del habitual-

i

mente experimentado por la familia en el que todos tienen malas intenciones y se tratan recíprocamente mal. Por otro lado, el ritual prescrito rompe la ambigüedad del vínculo entre la madre y Lisa, ya que restringe y destaca su «fuerte» relación a un día a la semana, pero sin cuestionar el predominio de la segunda familia, porque los seis días restantes la madre se puede dedicar también al padre, a Dori y a Diane. Los terapeutas presuponen que el «secreto» de lo que hacían en ese día en común haría cesar la conducta incestuosa porque la madre podría aliarse abiertamente con Lisa, sin poner en peligro su segunda familia.

Terapeuta: Mis compañeros y yo estamos muy impresionados por el fuerte vínculo que existe, y ha existido siempre, entre Lisa y su madre, y entre su madre y Lisa. Sin embargo, nos preguntamos cómo es posible que ese vínculo tan intenso no se haya mostrado abiertamente en el curso de los años. Nuestra experiencia nos indica que en situaciones como ésta, en que dos personas han luchado toda su vida por no demostrar abiertamente el fuerte vínculo que les une, se abstienen de manifestarlo abierta y recíprocamente por consideración a los otros miembros de su familia. Ellas lo hicieron por ustedes (*señalando al padre, a Diane y a Dori*) ya que si no hubieran obrado así, habrían quedado excluidos. En consecuencia, creemos que ustedes dos (*mirando a la madre y a Lisa*) hicieron bien en no hacer patente el intenso afecto que las une. (*Pequeña pausa.*)

En el pasado, la madre solía sentirse decepcionada si Lisa y el padre no se llevaban bien, y Lisa se perturbaba porque percibía la desilusión de su madre. Entonces, Lisa y su madre hallaron el modo de no sentirse profundamente satisfechas la una de la otra, porque de haberlo hecho, habrían constituido una pareja muy fuerte y su relación positiva se habría manifestado, dejando fuera a los otros miembros de la familia. Diane y Dori deberían dar gracias a Lisa y a la madre por haber luchado contra ese amor tan profundo y recíproco. Sin embargo, pensamos que ambas han ido demasiado lejos en su esfuerzo por evitar la manifestación de sus fuertes vínculos. Por ello, queremos recomendar que la madre y Lisa tengan un día de la semana para ellas solas, por ejemplo podrían elegir el miércoles. Cada miércoles será el día en que la madre y Lisa estarán juntas. El padre, Dori y Diane deberían comprenderlo y cooperar, manteniéndose apartados de ellas durante ese día. Ellas decidirán qué harán y qué se dirán. Pueden hacer lo que quieran: conversar o no dirigirle la palabra, salir o quedarse en casa, reñir o llevarse bien. (*Pausa.*)

Lo más importante es que éste es su día, porque fueron demasiado lejos en su esfuerzo por no manifestar su vínculo, su amor recíproco. Por eso, ustedes dos, muchachas, y usted, el padre, deben permitirles tener un día para sí. Por ejemplo, si ese día Dori y Diane tienen algo que decir a su madre, lo dejarán para el día siguiente o para cualquier otro, porque ese día pertenece a su madre y a Lisa. Éstas deberán mantener en secreto sus actividades de ese día. Si el padre, Dori y Diane

por curiosidad desean preguntarles qué hicieron, deberán refrenarse y abstenerse de interrogarlas. Si lo hacen, la madre y Lisa deberán contestar: «Hemos convenido que no les diremos qué hicimos o dijimos hoy.» Sin embargo, en caso de que la madre y Lisa empiecen a experimentar el deseo de pasar más de un día juntas, ustedes (*dirigiéndose al padre, Diane y Dori*) deberán hablar con la doctora S., porque a nuestro juicio, eso no sería adecuado.

La intervención modifica las creencias familiares al redefinir la conducta de la madre y Lisa como un sacrificio al servicio de la cohesión familiar, al servicio del acercamiento entre sus miembros. La intervención también facilita un cambio en las alianzas familiares, haciendo que la alianza encubierta madre-Lisa se haga manifiesta y fomentando al mismo tiempo la alianza de la madre con el padre, con Dori y con Diane, ya que durante la entrevista se constata cómo se evitan ambos tipos de alianzas, lo que provoca confusión e inestabilidad en el sistema. De este modo el ritual introduce nuevas reglas para que puedan coexistir ambas familias, sin que la familia A cobre tal fuerza que eclipse a la familia B. Así queda patente que el incesto es innecesario como única solución encontrada hasta entonces por el sistema familiar para mantener juntas ambas familias. En definitiva el juego cambia y la madre podrá fortalecer el acercamiento a su marido sin sentir que abandona por ello a Lisa, el padre podrá tener una relación normal con Lisa sin temer que su esposa sienta que le roba el cariño de su hija mayor y las relaciones entre las hermanas se normalizarán al hacerse manifiestas las alianzas que permanecían ocultas y al fomentarse otras nuevas que permitan acercamientos más igualitarios de los padres hacia sus hijas.

Comentario

El enfoque del Grupo de Milán desarrolla una terapia breve, de un máximo de diez sesiones con un intervalo aproximado de un mes entre las diferentes entrevistas. Postula que las familias con un paciente identificado en su seno están presas de patrones de interacción recursivos, regidos por una causalidad circular. Las secuencias conductuales susceptibles de ser observadas están gobernadas por las reglas del juego familiar. Éste tiene que inferirse a

partir de la información obtenida de la entrevista circular acerca de: las alianzas y exclusiones entre los miembros de la familia, las reglas de relación y la definición de las relaciones familiares a partir del impacto del síntoma.

El juego y el mito familiar pertenecen al nivel del significado, que preside el nivel conductual, al conferir una interpretación establecida a las acciones e interacciones familiares. La familia «patológica» no percibe las variaciones que sus conductas sufren con el tiempo, porque su sistema de significados o creencias permanece fijo. Consecuentemente, la meta terapéutica consiste en modificar la visión epistemológica que la familia tiene de sus propias relaciones y conductas, para lograr el cambio de la secuencia sintomática. Durante la etapa en que empleaban la prescripción paradójica, los componentes del Grupo de Milán, con objeto de establecer una epistemología alternativa, redefinían las creencias y relaciones familiares y buscaban los efectos saludables del síntoma para el sistema, prescribiendo a continuación la secuencia sintomática durante un tiempo establecido por el terapeuta.

El instrumento creado para evaluar el juego familiar es la entrevista circular, que obedece a los principios de hipótesis, neutralidad y circularidad. Las hipótesis siguen una epistemología circular y ordenan la recogida de información durante la sesión. Las preguntas formuladas a la familia sirven al terapeuta para confirmar o falsar las hipótesis. Precisamente la circularidad define esa capacidad terapéutica de establecer diferencias y conexiones a través de las preguntas, de forma que se confirmen o falsen las hipótesis establecidas. Al explorar distinciones y nexos relacionales en las conductas y creencias de los miembros de la familia se hace explícita información implícita, lo cual puede ayudarles a elaborar el problema y a encontrar por sí mismos soluciones eficaces.

En la actualidad Palazzoli analiza la intencionalidad encubierta del juego y los efectos reales del mismo, por cuanto considera el síntoma como una jugada más, de forma que no ve al paciente identificado como una víctima del juego entre otros miembros, sino como un jugador activo. Después expone explícitamente su hipótesis a los miembros de la familia y les alienta a que hablen, tras citarles un ejemplo no dramático que ilustra el juego específico que

les tiene atrapados. Por su parte, Boscolo y Cecchin cultivan la entrevista circular como instrumento de cambio en la propia entrevista, que además contribuye a confirmar o falsar las hipótesis que elaboran para cada familia particular. Las hipótesis tienen en cuenta el tipo de relaciones familiares, en términos de alianzas y exclusiones que les permitan inferir el juego subyacente. En ocasiones, para complementar el cambio ya inducido en sesión, prescriben al final de la entrevista rítmicas y la tarea ritualizada de los días pares-días impares.

Como queda patente, hoy en día tanto la nueva orientación de Palazzoli como la de Boscolo y Cecchin han desembocado en una utilización de intervenciones ritualizadas, que generen un aprendizaje alternativo a nivel analógico, no racional.

Palazzoli continúa empleando la prescripción invariable, basada en el supuesto de que las anteriores alianzas y coaliciones intergeneracionales se rompen por la redundancia de la unión entre los padres. Esta prescripción, tal y como la entiende la autora italiana, no es meramente una técnica de intervención sino un procedimiento para investigar los juegos de embrollo e instigación que parecen presidir las relaciones en las familias psicóticas, por lo que también tiene como finalidad buscar las estrategias específicas del juego de cada familia particular. Su teoría general sobre los juegos psicóticos incluye una tentativa de explicar el desarrollo de la psicosis como un proceso que incluye seis estadios, proporcionando un mapa que guíe la búsqueda de las particularidades de cada grupo familiar.

A pesar de admirar la capacidad creativa de Palazzoli para manejar la complejidad percibida en estas familias, estamos de acuerdo con Anderson (1986) en considerar que el esfuerzo reflexivo-teórico basado en años de experiencia no basta. Su enfoque de terapia requiere una investigación más seria y controlada, que redunde en beneficio de la eficacia en la práctica clínica que tan necesitada está de aportaciones inteligentes, como históricamente han venido siendo muchas de las vertidas por los componentes del desaparecido Grupo de Milán.

Fuentes

- Anderson, C. M. (1986), *The all-too-short trip from positive to negative connotation*, «Journal of Marital and Family Therapy» 12,351-354.
- Boscolo, L. y Cecchin, G. (1989), *Terapia familiar sistémica de Milán: teoría y práctica*, Amorrortu, Buenos Aires.
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (1987), *Genogramas en la evaluación familiar*, Gedisa, Buenos Aires; Barcelona 1993.
- Palazzoli, M.S., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1978), *A ritualized prescription in family therapy: Odd days and Even days*, «Journal of Marriage and Family Counseling» julio, 3-9.
- Palazzoli, M.S., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980), *Hypothesing-Circularity-Neutrality: three guidelines for the conductor of the session*, «Family Process» 19 (1), 3-12.
- Palazzoli, M.S., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1981), *Paradox and contra-paradox*, Jason Aronson, Nueva York.
- Palazzoli, M.S. y Prata, G. (1984), *A new method for therapy and research in the treatment of schizophrenic families*, manuscrito de una conferencia presentada en Toronto.
- Palazzoli, M. (1986), *Towards a general model of psychotic family games*, «Journal of Marital and Family Therapy» 12 (4), 339-349.
- Palazzoli y colaboradores (1990), *Los juegos psicóticos en la familia*, Paidós, Barcelona.
- Selvini, M. (1990), *Crónica de una investigación*, Paidós, Barcelona.
- Tomm, T. (1984), *One perspective on the Milán systemic approach: Part I. Overview of development, theory and practice*, «Journal of Marital and Family Therapy» 10(2), 113-126.

LA ENTREVISTA CIRCULAR COMO INTERVENCIÓN

Karl Tomm, profesor en el Departamento de psiquiatría de la Facultad de medicina en la Universidad de Calgary y director del Programa de terapia familiar en la Clínica médica de dicha universidad es, junto con los integrantes del antiguo Grupo de Milán, uno de los autores que más se mantienen en la ortodoxia sistémica, evaluando el síntoma dentro de su contexto relacional familiar e institucional.

Tomm, al igual que Boscolo y Cecchin, postula que la entrevista circular puede -en numerosas ocasiones- generar el cambio, sin necesidad de recurrir a intervenciones adicionales al final de la entrevista. El cambio se suscitara a través de las implicaciones de las preguntas del terapeuta y/o a través de las respuestas verbales y no verbales de los miembros de la familia (Penn, 1982). Más aún, este autor considera la entrevista completa como un conjunto de intervenciones continuas. En este sentido señala que los miembros del Grupo de Milán planifican detalladamente todos sus movimientos a lo largo de la sesión y no únicamente en la pausa previa a la intervención, y que constantemente están tomando decisiones conscientes o inconscientemente para favorecer el cambio (Tomm, 1984).

A. Directrices de la entrevista

Las directrices son posturas terapéuticas conscientes y no conscientes, que facilitan las acciones deseadas por el terapeuta y limitan

las no deseadas. A las posturas clásicas del Grupo de Milán de hipótesis, circularidad y neutralidad, Tomm añade el diseño de estrategias.

A.1. *Generación de hipótesis*

Con objeto de explicar tentativamente qué ocurre en el sistema familiar, el terapeuta busca nexos entre datos aportados por la familia, observaciones de las interacciones familiares, su experiencia personal y sus conocimientos previos. Como mencionábamos en el capítulo 5, las hipótesis ordenan y guían la recogida de la información y, cuando son confirmadas, permiten diseñar una intervención adecuada.

A.2. *Circularidad*

La circularidad es la capacidad que debe poseer el terapeuta para confirmar o falsar sus hipótesis a partir de la información elicitada en la familia como respuesta a sus preguntas. Esta capacidad puede basarse en el afecto o en la obligación, pudiendo alternarse ambas posturas a conveniencia durante la entrevista. Cuando asume una postura basada en el afecto, el terapeuta atiende selectivamente a aquellas diferencias en las respuestas de la familia que le ofrecen la oportunidad de apoyar su desarrollo como personas autónomas. La circularidad basada en la obligación consiste en atender selectivamente a las respuestas de los miembros del sistema familiar que proporcionen «aperturas» para que el clínico sea terapéuticamente eficaz (Tomm, 1987a).

A.3. *Neutralidad*

Como concepto general, la neutralidad reside en la adopción por parte del terapeuta de una posición en la que no tome partido por nadie -explícita o implícitamente- y en la que acepte las ideas, valores, metas y creencias de todos los componentes de la familia. Siendo neutral evita formar parte del juego familiar y protege su

capacidad para introducir algo nuevo en la familia que altere la epistemología de sus miembros, favoreciendo un cambio de juego.

No obstante, el autor distingue diversas modalidades de neutralidad: indiferente, positiva, distante y estratégica (Tomm 1987a). En el primer caso, la actitud del terapeuta es atender y aceptar todo de la misma manera. Sin embargo, presenta el riesgo de transmitir una falta de interés por las personas en cuanto seres humanos únicos. La neutralidad positiva es más diferenciada que la anterior y supone aceptar a los integrantes del grupo familiar como personas, independientemente de su forma de ser. Para lograrlo, el terapeuta confirma a los miembros de la familia, mejorando así la compenetración y la alianza terapéutica. En el tercer caso, el clínico adopta una metaposición, una postura de observación profesional, que le mantiene un tanto alejado del sistema familiar. Por último, la neutralidad se utiliza como una estrategia para facilitar el cambio más que como una postura de aceptación en sí misma. Un compromiso estratégico con la neutralidad evita que el terapeuta se conduzca de forma rígida y violenta en su intento constante de alcanzar el cambio. La ausencia de confrontación permite que la familia acceda con más facilidad a una solución eficaz de su problema.

A.4. *Diseño de estrategias*

La entrevista implica que el terapeuta y su equipo tomen decisiones, ya que de hecho eligen intencionadamente lo que deben y no deben hacer para guiar su trabajo hacia el objetivo terapéutico. Se pueden diseñar estrategias basadas en posturas conceptuales generales —establecidas por cada enfoque terapéutico y por la psicoterapia en general— o en acciones verbales específicas que se pueden poner en juego durante la sesión (Tomm, 1987a).

B. Tipología de preguntas

La finalidad de las preguntas es desencadenar respuestas en la familia que permitan al terapeuta «acoplarse» a ella, establecer dis-

tinciones relevantes acerca de las experiencias conductuales y epistemológicas de sus miembros y generar explicaciones clínicas útiles respecto a sus problemas.

Los cuatro grandes apartados de preguntas son: las lineales, las circulares, las estratégicas y las reflexivas (Tomm, 1988).

B.1. Preguntas lineales

Al comienzo de la entrevista el terapeuta hace preguntas para «orientarse» sobre lo que ocurre en torno al síntoma y de ese modo «unirse» a la familia a través de sus puntos de vista, habitualmente lineales acerca de la situación. Por ejemplo, puede preguntar: «¿Cuál es el problema? ¿Desde cuándo ocurre lo que me comentan? ¿Pasó algo que pueda explicar su aparición?»

Principalmente se emplean para conocer la definición y la explicación que la familia da al síntoma, ya que la epistemología familiar se construye en torno a una causalidad lineal, en la que un determinado evento origina el problema en un momento dado. El peligro de estas preguntas es que pueden generar actitudes críticas en los miembros de la familia y en el terapeuta, puesto que inevitablemente el problema —por definición— es algo negativo y no deseado (Tomm, 1988).

B.2. Preguntas circulares

La sesión continúa con un tipo de «interrogatorio circular» que puede alterar las percepciones de la familia, aunque la intención del terapeuta sea recabar información para confirmar o falsar las hipótesis elaboradas durante la pre sesión (Tomm, 1984).

Las preguntas circulares se caracterizan por una curiosidad general acerca de los posibles nexos de eventos que incluyen el problema, más que por una necesidad específica de conocer los orígenes precisos del mismo. El terapeuta formula preguntas para poner de manifiesto conexiones entre personas, acciones, percepciones, sentimientos y contextos, siempre bajo los supuestos de causalidad

circular y neutralidad. Son preguntas que pueden ejercer efectos liberadores, como veíamos en el capítulo anterior, y posibilitar que la expectativa de lugar de control del cambio* se ubique dentro de la familia.

B.3. Preguntas estratégicas

Su objetivo es predominantemente correctivo. Se recurre a ellas cuando es preciso ser más directivo para movilizar un sistema «atascado» y/o para impedir que la familia siga por el mismo camino problemático. Algunos ejemplos de preguntas estratégicas son: «¿Por qué no habla usted con él acerca de sus preocupaciones en vez de con los niños? ¿Se da cuenta de que su retraimiento desilusiona y frustra a su mujer?» (Tomm, 1988).

Sin embargo, presentan tres inconvenientes. En primer lugar, un exceso de directividad puede suponer una ruptura en la alianza terapéutica, debido a la oposición de los componentes del grupo familiar. En segundo lugar, limitan la libertad de la familia, ya que el terapeuta intenta que sus integrantes piensen o hagan lo que él considera más sano o «correcto». La limitación puede asumir dos formas: no hacer algo que el terapeuta considera «equivocado» y que está contribuyendo al problema, o hacer sólo lo que el terapeuta cree que sería útil. Y, en tercer lugar, culpabilizan o avergüenzan a los miembros de la familia por haber tomado el camino «incorrecto».

B.4. Preguntas reflexivas

Su cometido es capacitar a la familia para que genere por sí misma nuevas percepciones y conductas que faciliten la solución de sus problemas. Es una forma más neutral de investigar que hacer preguntas estratégicas, ya que supone un mayor respeto por la autonomía familiar.

El procedimiento consiste en activar intencionadamente las «reflexiones», es decir, de las conexiones jerarquizadas entre los

significados del sistema de creencias de la familia. El cambio se produce como resultado de las alteraciones en la organización y estructura del sistema de significados.

Seguidamente haremos una relación de los tipos y subtipos de preguntas reflexivas más empleadas, ilustrándolas con algunos ejemplos sencillos (Tomm, 1987¹): las preguntas orientadas al futuro; las preguntas que convierten al interrogado en observador; las preguntas de cambio inesperado de contexto; las preguntas con una sugerencia implícita; las preguntas de comparación normativa, y las preguntas que clarifican distinciones.

B.4.1. Preguntas orientadas al futuro

Las preguntas reflexivas orientadas al futuro pueden servir para desarrollar metas; explorar el resultado deseado; resaltar consecuencias posibles si persisten los patrones de conducta; exponer temas ocultos al explorar expectativas catastróficas; explorar posibilidades hipotéticas, y suscitar esperanza y optimismo en los clientes.

1. *Preguntas que desarrollan metas.* Se podría preguntar a una hija adolescente que está teniendo un mal rendimiento en la escuela: «¿Qué planes tienes respecto a estudiar una carrera? ¿Qué otras cosas te has planteado? ¿Qué tipo de experiencia sería útil para conseguir este trabajo? ¿Cómo harás para conseguirlo?»

Y a los padres: «¿Qué logros tienen en mente para su hija? ¿Qué sería razonable para el año próximo? ¿Hay alguna meta en la que todos estén de acuerdo y en la que se imaginen trabajando juntos ahora? ¿Cómo tienen planeado ayudarla a alcanzar esos objetivos?»

2. *Preguntas que exploran el resultado esperado.* «¿Cómo crees que progresarás realmente el próximo mes? y ¿en seis meses? ¿Quién sería el más sorprendido si superaras ese objetivo? ¿Quién se sentiría más decepcionado si no lo alcanzas? ¿Cómo se manifestaría esa decepción?»

3. *Preguntas que resaltan consecuencias posibles si los patrones conductuales persisten.* «Si su marido continúa mostrando su

decepción de la forma en que lo hace ahora, ¿qué cree que ocurrirá con la relación entre él y su hija dentro de cinco años?»

4. *Preguntas que exploran expectativas catastróficas para exponer temas ocultos.* Se podría preguntar a unos padres sobreprotectores: «¿Qué temen que podría pasar cuando su hija sale hasta tan tarde? ¿Qué es lo peor que se les ocurre?»

Y a la hija: «¿De qué te imaginas que tus padres tienen más miedo? ¿Qué cosas terribles creen que podrían pasar y les mantiene despiertos toda la noche?»

5. *Preguntas que exploran posibilidades hipotéticas.* El terapeuta continúa preguntando a la hija: «¿Te imaginas que a tus padres les preocupa que caigas en las drogas o el alcohol? ¿Temen que podrías quedarte embarazada? o ¿están demasiado asustados como para mencionar este tema, porque piensan que podrías ofenderte?»

A los padres: «Si comentasen estas preocupaciones con ella, ¿piensan que se lo tomaría como una falta de confianza, como una intromisión en su intimidad, o como una indicación de su preocupación como padres?»

6. *Preguntas que suscitan esperanza y optimismo.* Se pregunta a los padres: «Cuando ella encuentre una forma mejor de cuidar de sí misma, ¿quién será el primero en advertirlo? ¿De qué manera se manifestará su alivio o gratitud? ¿Cómo mejorará su relación? ¿Quién será el primero en sugerir que se celebre el cambio?»

B.4.2. Preguntas que convierten al interrogado en observador

Parten del supuesto de que observar un fenómeno es un primer paso para actuar en relación a él. Por ejemplo, empatizar con otra persona implica haber observado algunas condiciones de su experiencia. La finalidad de estas preguntas es que los miembros de la familia distingan patrones de conducta, percepciones y eventos que no habían percibido antes y vean su importancia con respecto al mantenimiento del problema. En este sentido, las preguntas del terapeuta crean un contexto en el que la familia genera por sí misma nuevas distinciones.

Aunque son preguntas que se usan con frecuencia para evaluar, también pueden emplearse reflexivamente, ya que establecen nuevas diferencias. Como hemos reiterado, es posible que las conexiones implícitas en las preguntas del terapeuta o en las respuestas de la familia sean reconocidas de forma no consciente y desencadenen un cambio en las percepciones y conductas. Estas preguntas pueden categorizarse según la persona que observa y la(s) persona(s) o relación(es) sobre la(s) que se pregunta y abarcan dos subtipos: preguntas dirigidas a una persona acerca de su relación con otro miembro de la familia y preguntas triádicas donde se pregunta a una persona acerca de cómo percibe la relación entre otras dos.

1. *Preguntas dirigidas a un individuo sobre su relación con otra persona de la familia.* Permiten aumentar la conciencia de uno mismo (¿Cómo interpretaste la situación que desencadenó esos sentimientos? ¿Qué otras cosas podrías haber hecho?) y/o del otro (¿Qué imaginas que piensa él en esa situación? Cuando piensa así, ¿cómo se siente?) e investigar la percepción interpersonal (¿Qué piensa él que piensas tú que está pasando cuando amenaza con suicidarse?).

2. *Preguntas triádicas.* Exploran patrones de conducta interpersonal entre dos personas distintas del observador, haciendo que éste sea más neutral al describir la secuencia de conductas. Por ejemplo, se puede preguntar a uno de los hijos: «Cuando tu padre empieza a discutir con tu hermana, ¿qué es lo que hace tu madre habitualmente, se implica o se queda al margen? Cuando se implica, ¿se suele poner de parte de él o de parte de ella? Cuando se pone de parte de tu hermana, ¿qué hace tu padre? ¿Se siente traicionado por ella o aprecia su implicación para ayudarle a darse cuenta de que ha ido demasiado lejos?»

B.4.3. Preguntas de cambio inesperado de contexto

Con frecuencia, los integrantes de la familia ven siempre los eventos desde una única perspectiva y sus opiniones quedan consiguientemente limitadas. Al hacer preguntas de este tipo, el terapeuta les libera de una disposición cognitiva restringida, permiti-

tiendo que consideren otras perspectivas. Por ejemplo, en un contexto de discusiones y peleas incesantes, se podría explorar: un contexto opuesto; un significado también opuesto, o una necesidad de mantener el *statu quo*.

1. *Un contexto opuesto.* El terapeuta centra la atención en un contexto hipotético de malestar por la ausencia del problema preguntando: «¿Quién experimentaría mayor vacío si los problemas desaparecieran de repente?»

2. *Un significado opuesto.* La pregunta introduce una redefinición del problema cambiando las atribuciones con respecto al síntoma, de manera que las intenciones negativas se conviertan en positivas. Por ejemplo, se puede sugerir: «¿Quién sería el primero en reconocer que papá se enfada porque se preocupa en exceso y no muy poco?»

3. *Una necesidad de mantener el statu quo.* El terapeuta intenta que la familia genere su propia connotación positiva de los patrones de conducta problemáticos preguntando: «Asumamos que hubiera una razón importante para que continuaran con ese patrón incómodo, ¿cuál podría ser? ¿Qué está pasando en su familia para que necesiten este tipo de conducta? ¿Qué otros problemas más serios puede estar resolviendo o evitando esta dificultad?»

B.4.4. Preguntas con una sugerencia implícita

En cada pregunta se incluye deliberadamente un contenido concreto que indica una dirección que el terapeuta considera útil o beneficiosa para resolver el problema, como por ejemplo: dejar implícita una redefinición; dejar implícita una acción alternativa; dejar implícita la voluntad; dejar implícita una disculpa, y dejar implícito el perdón.

1. *Dejar implícita una redefinición.* «Si en vez de pensar que él se muestra intencionadamente obstinado, pensaras que simplemente está confuso, tan confuso que no entiende lo que quieres de él, ¿cómo le tratarías?»

2. *Dejar implícita una acción alternativa.* «Si, en lugar de marcharte cuando tu mujer se siente mal, te sentaras a su lado y la rodea-

ras con tu brazo, ¿qué haría ella? Si persistieras unos pocos minutos de manera tranquila y amable pese a su rechazo inicial, ¿sería más probable que aceptase como auténtica tu iniciativa de preocuparte por ella?»

3. *Dejar implícita la voluntad.* Se puede preguntar a la familia de una anoréxica: «¿En qué momento decidió perder su apetito? Cuando decidió dejar de comer, ¿por qué estaba en huelga de hambre?»

4. *Dejar implícita una disculpa.* «Si, en vez de no decir nada y evitar a tu mujer, admitieras que cometiste un error y te disculpas, ¿qué crees que pasaría?»

5. *Dejar implícito el perdón.* «Cuando llegue el momento en que esté dispuesta a perdonarte, ¿lo hará de forma silenciosa, o será explícita al respecto? ¿Hasta qué punto serías capaz de perdonarte a ti mismo?»

B.4.5. Preguntas de comparación normativa

Los pacientes y familias con problemas tienden a experimentarse como personas «desviadas», anhelando acercarse a la normalidad. El terapeuta puede aprovechar ese deseo y orientarles hacia patrones más normales o «sanos», pidiéndoles que hagan determinadas comparaciones con otras personas o situaciones mediante preguntas que establezcan: un contraste con una norma social; un contraste con normas evolutivas, y similitudes basadas en una normalización.

1. *Un contraste con una norma social.* En una familia cuyo problema estribe en la continua evitación del conflicto, se puede preguntar: «¿Creen ustedes que son más o menos abiertos en lo que se refiere a sus desacuerdos que la mayoría de las familias?»

2. *Un contraste con normas evolutivas.* «En la mayoría de las familias que atraviesan esta etapa de la vida, los chicos están más unidos a sus padres, ¿qué es lo que mantiene a su hijo tan unido a la madre?»

3. *Similitudes basadas en una normalización.* Se recomienda emplearlas cuando el terapeuta estime que la creencia de los miem-

bros de la familia de ser muy distintos de las familias normales está generando un aislamiento social progresivo. Se les puede redefinir como normales sugiriendo por ejemplo: «Todas las familias tienen problemas para enfrentarse a la ira, ¿cuándo se dieron cuenta por primera vez de que tenían la misma dificultad?» También se puede normalizar un problema en términos de ciclo evolutivo: «Si tu madre averiguase que la mayor parte de las madres lo pasan muy mal cuando el último hijo se va de casa, ¿se sorprendería?»

B.4.6. Preguntas que clarifican distinciones

Este tipo de preguntas clarifican determinadas atribuciones causales que mantienen las personas y que son inconscientes o poco claras. Funcionan separando los distintos componentes de una atribución confusa, eliminando la vaguedad. Así, se puede preguntar a unos padres confusos y paralizados ante las reacciones de una de sus hijas: «Cuando la niña llora, ¿lo hace para salirse con la suya o porque se siente dolida por algo?» Cuando la confusión no es manifiesta, conviene hacer la misma pregunta a varios miembros de la familia y abordar el mismo tema desde distintos puntos de vista, conectando elementos de distintas atribuciones. Estas distinciones aportan perspectivas diversas a la hora de resolver el problema. Por ejemplo, se pueden hacer preguntas como: «¿Crees que tu madre —tu padre, tu hermano, tu hermana, o tú— ve el hecho de robar como algo "socialmente malo", como algo "psicológicamente enfermo" o como algo "pecaminoso"?»

B.4.7. Preguntas que interrumpen la secuencia sintomática en sesión

Si una pareja conflictiva empieza a discutir durante el transcurso de la entrevista y la interacción es infructuosa y destructiva, el terapeuta puede dirigirse a los hijos para interrumpir el enfrentamiento preguntando: «Cuando tus padres están en casa, ¿discuten tanto como aquí? ¿O es incluso más intenso? ¿Quién de vosotros es más probable que intente intervenir? ¿Y que intente aclarar la situación?»

f

Comentario

Tomm considera que los patrones de interacción evocan las creencias del sistema familiar, que suponen un acuerdo con respecto al significado atribuido a los hechos de experiencias comunes. De la misma forma, la interpretación de las conductas sintomáticas se incorpora rápidamente a la epistemología familiar ya existente. Por lo tanto, los síntomas y sus correspondientes conductas complementarias no sintomáticas constituyen potentes «marcadores» que representan, confirman y actualizan los acuerdos familiares sobre las normas, valores y creencias que rigen el funcionamiento de la familia.

Mediante la entrevista circular, el terapeuta perturba la epistemología familiar abriendo posibilidades en un área determinada o sugiriendo conexiones diferentes entre los datos obtenidos. Después deja que la familia elabore los cambios por sí misma, tal vez en un nivel no consciente, sin la necesidad perentoria de impartir una intervención final.

La entrevista circular requiere que el clínico dirija su actividad terapéutica sobre las bases de los principios de generación de hipótesis, circularidad y neutralidad, a las que Tomm suma la necesidad de diseñar estrategias que conduzcan todos los movimientos del terapeuta a la consecución del objetivo final, que la familia genere su propio cambio. Como es sabido, el Grupo de Milán planifica cuidadosamente la entrevista completa. En este sentido, el diseño de estrategias supone que el terapeuta y su equipo se ven obligados a tomar decisiones sobre qué hacer y qué no hacer en cada momento. Cuando una entrevista carece de dirección es necesaria una mayor generación de hipótesis. Si el terapeuta establece hipótesis claras, pero la sesión no es muy fructífera puede prestar más atención al *feedback* de la familia ante sus preguntas y hacer nuevas distinciones de las experiencias de sus miembros que puedan incidir en las hipótesis terapéuticas. La neutralidad incluye una postura de respeto, aceptación, curiosidad e incluso admiración por el sistema familiar, con lo cual se trata de evitar coaliciones o alianzas con cualquier miembro de la familia. El terapeuta debe ser neutral incluso con respecto al cambio mismo, ya que la finalidad del tratamiento

es ayudar a la familia a liberarse de una epistemología rígida que le impide ver el cambio. Se supone que con un sistema de creencias y valores más flexible, ella misma encontrará nuevas soluciones distintas al síntoma.

Las preguntas que el terapeuta emplea durante la entrevista se pueden clasificar en lineales, circulares, estratégicas y reflexivas. Las dos primeras se utilizan fundamentalmente para evaluar mientras las segundas tienen una intención clara de cambio. En el capítulo anterior veíamos que cuando el terapeuta formulaba preguntas circulares o relacionales su voluntad no era introducir ningún cambio, sino simplemente recoger información que le permitiese confirmar o falsar sus hipótesis. Sin embargo, indirectamente pueden producirlo, razón por la cual Tomm decide aprovechar el posible efecto terapéutico de la entrevista familiar e introducir deliberadamente la intencionalidad de cambio. Evita en lo posible la violencia terapéutica que indica directamente qué cambio tiene que efectuar la familia -como sucede si se abusa de las preguntas estratégicas- y prefiere emplear preguntas reflexivas, que al alterar el sistema de significados hacen posible que la familia encuentre cuál es el cambio más adecuado y se motive a alcanzarlo.

Fuentes

- Penn, P. (1982), *Circular questioning*, «Family Process» 21 (3), 267-280.
- Tomm, K. (1984), *One perspective on the Milán approach: Part III. Description of session formal interviewing style and interventions*, «Journal of Marital and Family Therapy» 10 (3), 253-271.
- Tomm, K. (1987a), *Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist*, «Family Process» 26 (1), 3-13.
- Tomm, K. (1987b), *Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a mean to enable self-healing*, «Family Process» 26 (2), 167-184.
- Tomm, K. (1988), *Interventive interviewing: Part III. Intending to ask circular, strategic or reflexive questions*, «Family Process» 27 (1), 1-15.

TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES

Steve de Shazer, el impulsor de este enfoque terapéutico, desarrolla su trabajo desde 1978 en el Brief Family Center de Milwaukee. Autores como O'Hanlon y Weiner-Davis se han sumado a su labor y han contribuido a la difusión de la nueva orientación centrada en las soluciones eficaces que emplean las personas para resolver sus problemas.

Su forma de evaluar está totalmente sesgada por una intención clara de favorecer aquellas condiciones que faciliten el cambio, debido a lo cual durante la entrevista emplean el menor tiempo posible en conocer el síntoma y las circunstancias que lo rodean. Por el contrario, el énfasis recae en averiguar cuáles son las situaciones en que la conducta problemática no aparece o es controlada por los clientes, es decir, cuáles son las excepciones¹ a la misma.

La gestación de la terapia centrada en las soluciones ha estado influida en sus comienzos por la terapia del MRI de Palo Alto y más recientemente por Karl Tomm. Steve de Shazer ha llevado a la máxima expresión la búsqueda de excepciones al problema esbozada por los componentes del MRI. Se ha ido apartando paulatinamente de la definición pormenorizada del síntoma y las soluciones generadas con objeto de superarlo, para recoger información detallada de las excepciones deliberadas* o espontáneas* en torno a la conducta sintomática que han pasado desapercibidas para los clien-

1. El término «excepción» aparece a lo largo del texto como equivalente a «solución eficaz» o «estrategia apropiada de solución del problema».

tes. Asimismo, ha perfeccionado la utilización que el MRI hace de la postura de la familia para evitar posibles resistencias y postula que si el terapeuta conoce la forma en que ésta colabora, el trabajo terapéutico se optimizará. No cree que haya ningún movimiento homeostático que impida el cambio. Por el contrario, piensa que el paciente identificado y su familia están motivados para desembarazarse del problema que les dificulta llevar una vida mejor. Como consecuencia afirma que no tiene sentido hablar de «pacientes»*, la consideración de que toda persona colabora de una u otra manera para cambiar hace necesario hablar de «clientes»*. De Tomm ha adoptado el tipo de preguntas reflexivas para alterar la epistemología de las personas y, por consiguiente, cierta predilección por generar cambio en la sesión misma mediante preguntas que lo induzcan.

A. Evaluación

El síntoma que presentan los clientes comprende una dificultad a la que se suman intentos reiterados e ineficaces para superarla. El paciente identificado y su familia perciben la solución intentada como la única correcta, siendo esta idea lo que propicia la permanencia del síntoma puesto que les impide bien poner en práctica otras soluciones, bien darse cuenta de que existen ocasiones en que el síntoma no aparece o lo hace con menos intensidad porque han hecho algo distinto a lo acostumbrado.

Después de lograr una descripción del problema, el terapeuta busca soluciones eficaces -excepciones- para orientar la conversación hacia aquello que funciona y que permite superar la conducta problemática. Los autores no siempre establecen una línea base del problema, ya que su interés no es evaluar el síntoma sino iniciar cuanto antes la solución. Así por ejemplo, si ha habido algún cambio pretratamiento* en el intervalo entre la concertación de la cita y la primera entrevista, no se centran en el problema sino en la solución ya existente (Weinner-Davis, 1987).

B. Intervención

La sesión se dedica a generar soluciones, es decir, cambios perceptivos y conductuales que elaboran conjuntamente los clientes y el terapeuta con el fin de mejorar la forma de superar el problema.

B.1. Teoría del cambio

El objetivo terapéutico consiste en ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera del mismo, es decir, en ampliar las soluciones eficaces y resaltar aquello que es satisfactorio en la vida de los individuos y familias. Cuando se especifican las estrategias eficaces de solución de problemas, el mero hecho de que unas veces tenga lugar el síntoma y otras no permite crear la expectativa de que es posible un futuro sin la conducta problemática.

B.2. Metas y estrategias terapéuticas

Se definen de forma muy concreta las metas que las personas que acuden a la entrevista desean conseguir con el tratamiento y cómo va a notar cada una de ellas que se han alcanzado. Una vez que los objetivos han quedado claros, la tarea del terapeuta es ayudar a los clientes a encontrar el modo de llegar a ellos. Seguidamente describimos brevemente las estrategias mejor desarrolladas por este enfoque terapéutico:

1. Definición operativa de los objetivos que se pretende conseguir con el tratamiento.
2. Establecimiento de indicios concretos que permitan reconocer el logro de las metas propuestas, por parte del paciente identificado, de sus familiares y de otras personas significativas de su entorno vital. Para ello, se puede preguntar: «¿En qué notará que ya no está deprimido? ¿Qué conductas le indicarán que ya no está obsesionado? ¿Cómo lo va a notar su esposa? ¿Y sus amigos?»
3. Iniciar la solución mediante el cambio mínimo. El terapeuta

pregunta: «¿Cuál será la primera señal de que las cosas van por buen camino?» Se confía en una generalización posterior de los cambios a la que denominan «efecto de alas de mariposa» (O'Hanlon, 1990) debido en parte a que el cliente asume el control del síntoma, aumentando su eficacia para solucionar las dificultades que le van surgiendo. Cuando el cliente manifiesta que ha habido cambios, en términos de excepciones a la conducta sintomática, se le pregunta: «¿Qué le indicaría que las cosas siguen por buen camino?»

4. Cada familia presenta un modo singular de cooperación con el cambio propuesto por el terapeuta, quien debe averiguar cuál es con objeto de cooperar con ella para promoverlo lo antes posible. La finalidad es evitar posibles resistencias, que no son debidas al mantenimiento de la homeostasis (Shazer, 1984a; Shazer, 1988). Para alcanzar este objetivo Shazer (1989) propone un modelo de toma de decisiones que permite al terapeuta saber cómo ha de ser la intervención. La decisión se fundamenta en una evaluación de la respuesta a la tarea, siempre directa, de la primera sesión. El modelo recomienda lo siguiente: *a)* si la respuesta es literal, es decir, si cumplen lo prescrito, se continúa con tareas directas; *b)* si los clientes modifican la tarea, se elaboran tareas indirectas o modificables; *c)* si hacen lo opuesto, se diseñan tareas que incluyan la posibilidad de hacer lo opuesto, de forma que se produzca el cambio deseado; *d)* si la respuesta es vaga, se recomiendan tareas vagas y/o relatos metafóricos; *e)* cuando no hacen nada, no se sugieren tareas o se prescriben tareas paradójicas.

5. Las preguntas deben generar información sobre las facetas fuertes y los recursos que tiene el paciente identificado y su familia para llevar una vida satisfactoria, tanto dentro como fuera del área sintomática.

6. Se encauza el lenguaje del cliente hacia el cambio perceptivo y conductual. Puede cambiarse el uso del tiempo verbal; por ejemplo, después de que el sujeto menciona «tengo dificultades para tomar decisiones...» el terapeuta puede decir «así que ha estado teniendo dificultades para decidirse respecto a...», y más avanzada la sesión, «cuando solía atascarse al tomar decisiones» (O'Hanlon, 1990).

7. Se formulan preguntas «presuposicionales», que presuponen la existencia de una solución eficaz en el funcionamiento habitual de los clientes. Estas preguntas deben formularse de manera que se impida al sujeto responder con un «sí» o un «no». Por tanto, en lugar de «¿pasó alguna cosa positiva?», se pregunta «¿qué cosas positivas sucedieron?». En lugar de «¿ha hecho alguna vez algo que funcionara?», se pregunta «¿qué cosas ha hecho en el pasado que hayan funcionado?» (O'Hanlon, 1990). Estas preguntas además inducen el cambio, de forma que en su formulación queda de manifiesto que existe un futuro sin el problema. Por ejemplo, se puede preguntar a un chico con fracaso escolar y falta de asistencia al colegio: «Cuando asistas normalmente a clase y mejores tu rendimiento escolar, ¿quién será el primero en felicitarte por ello?»

8. El terapeuta establece y subraya aquellas estrategias eficaces de solución de problemas que los clientes aún no han advertido o han considerado como casualidades y les ayuda a determinar, mediante una planificación conjunta, qué necesitan hacer para mantener y ampliar los cambios inherentes en las mismas.

B.3. Técnicas de intervención

Se emplean redefiniciones, connotaciones positivas, metáforas, tareas directas, ordalías, tareas paradójicas y rituales. Las redefiniciones son permanentes a lo largo de toda la entrevista. Se recurre a dos tipos de connotaciones positivas. En primer lugar, cuando existen dificultades para identificar soluciones eficaces, se puede modificar el punto de vista que los clientes tienen del problema asignándole un nuevo significado, concretamente adscribiendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas relacionadas con el síntoma (Shazer, 1987). Otra clase de connotación positiva es la que se sitúa después de la pausa -normalmente se hace una única pausa para preparar la intervención final- y resalta aquellas capacidades positivas que los clientes han mostrado, tanto a lo largo de la sesión como fuera de la misma, en forma de recursos para superar problemas. A esta última modalidad de connotación positiva se la denomina «elogio».

Los autores (O'Hanlon y cois., 1990) han descrito tres tipos de intervenciones generales: las que actúan sobre la secuencia sintomática, las que lo hacen sobre el patrón del contexto que rodea a dicha secuencia y las llamadas «tareas de fórmula».

B.3.1. Intervenciones sobre la secuencia sintomática

Implican que el equipo terapéutico haya realizado algún tipo de evaluación del síntoma y de las conductas que lo acompañan. Permiten al terapeuta las opciones siguientes: cambiar la frecuencia, momento de aparición, personas involucradas, duración y lugar donde se produce el síntoma; añadir un elemento nuevo; cambiar el orden de los elementos de la secuencia sintomática; descomponer la secuencia sintomática en elementos más pequeños, y unir la aparición del problema a la de alguna actividad gravosa.

1. *Cambiar la frecuencia, momento de aparición, personas involucradas, duración y lugar donde se produce el síntoma.* En un problema de conflicto de pareja que lleva a los cónyuges a pelear continuamente, se puede sugerir que inicien una pelea a una hora totalmente inusual y en una habitación de la casa en la que nunca hayan tenido una discusión.

2. *Añadir un elemento nuevo.* Por ejemplo, si el problema consiste en comer compulsivamente, se recomienda al cliente que se ponga antes de hacerlo sus zapatos favoritos.

3. *Cambiar el orden de los elementos de la secuencia sintomática.* En un problema de rebeldía adolescente ante el cual el padre siempre reaccione sermoneando al chico, se puede pedir a los miembros de la familia que graben una secuencia en la que el padre sermonee al hijo como acostumbra, y que pongan dicha cinta justo antes de que comience un nuevo sermón.

4. *Descomponer la secuencia sintomática en elementos más pequeños.* Si el problema estriba en continuas peleas entre dos personas, se les indica que discutan durante, por ejemplo, períodos de cinco minutos a las horas fijadas por el terapeuta.

5. *Unir la aparición del problema a la de alguna actividad gravosa.* La ordalía puede consistir, por ejemplo, en que cuando la

paciente identificada se obsesione con su antiguo novio, al día siguiente deberá levantarse a las cinco de la mañana e irse a hacer deporte durante dos horas.

B.3.2. Intervención sobre el patrón del contexto

Requiere un conocimiento de la secuencia sintomática y de su contexto más amplio. El terapeuta pide descripciones de conductas e interacciones relacionadas con el síntoma y altera las que parecen acompañarlo habitualmente. Por ejemplo, si al problema de comer compulsivamente se añade el de no salir los domingos, se pide al cliente que los días en que crea que se va a atracar debe insistir en salir con los amigos.

B.3.3. Tareas de fórmula

La denominación «tareas de fórmula» o «llaves maestras» indica que son intervenciones generales, que se prescriben con independencia del contenido concreto del problema particular que presenten los clientes. Por tanto, no requieren que el terapeuta haya realizado una evaluación detallada del síntoma. Las dos primeras -la «tarea de fórmula de la primera sesión» y la «tarea de la sorpresa»- se orientan a soluciones eficaces no relacionadas directamente con la conducta sintomática, mientras la finalidad del tercer grupo -las «tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces»- es establecer y ampliar las estrategias adecuadas de solución del problema. Para aplicar estas últimas, el terapeuta debe recoger información acerca de la existencia o no de soluciones apropiadas -excepciones- y sobre el grado de control que el cliente tiene en su aparición.

1. *Tarea de fórmula de la primera sesión.* Hace posible identificar y ampliar los aspectos satisfactorios de la vida del cliente, a quien define como una persona capaz de hacer cosas positivas.

Al finalizar la primera entrevista se dice al cliente: «Desde ahora y hasta la próxima entrevista observe y anote aquello que

ocurre -en su familia, su vida, su matrimonio, o su relación- que usted quiere seguir manteniendo.»

2. *Tarea de la sorpresa.* Se pide a los clientes que hagan algo nuevo y sorprendente. La intervención introduce una conducta nueva que rompe la persistencia en los patrones conductuales habituales, propiciando que las sorpresas intentadas se conviertan en soluciones nuevas y eficaces.

3. *Tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces.* Si el sujeto no provoca de forma deliberada la solución adecuada, es decir, si a pesar de identificarla no es capaz de establecer diferencias entre lo que sucede cuando el problema aparece y cuando no aparece, pueden darse dos situaciones: que su expectativa de lugar de control del cambio sea interna, es decir, que piense que inadvertidamente ha hecho algo para controlar el síntoma, o que sea externa y sitúe el control fuera atribuyéndolo a otra persona o a circunstancias externas. En el primer caso, se le puede sugerir: «Fíjese en qué hace cuando supera el síntoma o la conducta asociada al problema.» En el segundo caso, se le indica: «Prediga todas las mañanas si antes del mediodía tendrá lugar una solución eficaz.»

C. Objetivos de la primera entrevista

La terapia centrada en las soluciones establece un conjunto ordenado de pasos que se ilustran en el cuadro IV. Este programa parte de un planteamiento estratégico que ayudará al terapeuta a guiar el desarrollo de la sesión y al equipo en su toma de decisiones con respecto a la intervención. Los puntos establecidos para orientar la primera entrevista son los siguientes (Shazer, 1984):

1. Definición conductual de la solución -«¿qué otras cosas hará cuando el síntoma desaparezca?»- o del problema y enunciación de un objetivo que describa un nivel aceptable de funcionamiento.

2. Encontrar estrategias eficaces de solución de problemas, es decir, aquello que a juicio del cliente funciona satisfactoriamente en su vida. Por consiguiente, la búsqueda incluye situaciones en las

que no aparece la conducta sintomática y situaciones referidas a otras áreas donde el funcionamiento de los clientes sea aceptable y que aparentemente no tienen relación alguna con el síntoma.

Cuando la persona manifiesta que no hay momentos de ausencia del problema, el terapeuta trata de encontrar lo mejor dentro de lo malo («¿cuándo es menos frecuente, intenso o de menor duración?»).

Por otro lado, las excepciones o soluciones eficaces pueden ser espontáneas o deliberadas. En el primer caso, no existe una regla que presida su aparición, por lo que los clientes las perciben como fuera de su control voluntario. En el segundo caso, las personas son conscientes de que hacen algo voluntariamente para impedir que surja el síntoma y que con eso tienen éxito.

3. Una vez definidas las soluciones eficaces, se identifica detalladamente la diferencia entre lo que ocurre cuando el problema no está presente -regla de excepción- y cuando sí lo está -regla del problema.

4. Si no se encuentran soluciones que resuelvan con éxito la situación problemática, se buscan excepciones potenciales pidiendo al sujeto que imagine un futuro sin el problema y describa cómo es. Se puede utilizar la «pregunta por el milagro», derivada de la hipnoterapia de Milton Erickson, que consiste básicamente en decir al cliente: «Imagine que una noche mientras duerme se produce un milagro y el problema se resuelve. ¿Cómo se daría usted cuenta? y ¿qué sería diferente?» Cuando el cliente refiere «su milagro», el terapeuta puede preguntar: «¿Hay algo de esto que ya esté ocurriendo?» «¿Qué tiene que hacer para que suceda con más frecuencia?» Actualmente (Shazer, 1992) la pregunta por el milagro se suele introducir con asiduidad en la primera sesión con la finalidad de describir, en términos de conductas concretas y específicas, qué características tendrá una solución.

5. En caso de que el cliente no describa soluciones eficaces ni conteste a las preguntas orientadas a un futuro sin el problema, se adopta el enfoque del MRI y una actitud pesimista si la optimista no da resultado. A partir de este momento, el terapeuta retomará la orientación centrada en las soluciones eficaces en cuanto el sujeto le brinde el menor atisbo de excepciones.

6. Cuando se han localizado soluciones apropiadas y se ha conseguido que el sujeto adopte una expectativa de lugar de control interno sobre la desaparición del síntoma, basada en el conocimiento de aquellas estrategias eficaces que ya utiliza o puede utilizar para evitar su reaparición, se trabaja sobre la consolidación de los cambios. Es más normal que eso suceda en la segunda entrevista, pero también puede hacerse en la primera sobre todo si ha habido un cambio pretratamiento. El terapeuta pregunta al cliente: «¿Cuánto tiempo debe mantenerse sin el problema para considerar que lo ha superado?»

7. La intervención se inicia con una connotación positiva, que los autores denominan «elogio», que detalla las estrategias que el cliente tiene para controlar la desaparición o evitación del problema, así como para hacer cosas satisfactorias en otros aspectos de su vida.

D. Cómo ampliar y mantener el cambio

La segunda sesión y las siguientes se centran en constatar si ha habido cambio y, cuando así es, tratan de consolidarlo y generalizarlo mediante una planificación que parte del cambio mínimo hacia la meta final previamente establecida. En cada entrevista el terapeuta comienza preguntando al cliente: «¿Qué cosas le gustaría que continuaran sucediendo?» O: «¿Qué cosas positivas ha estado haciendo esta semana?» O: «¿Qué cambios positivos se han producido desde la última entrevista?»

Cuando hay cambios el terapeuta pregunta: «¿Qué tiene que hacer para que los cambios persistan? ¿Hay algo que pudiera ocurrir en las próximas semanas que fuera un obstáculo para mantener los cambios?» Si responden que sí: «¿De qué otra forma lo abordará ahora?»

En aquellas situaciones en que el cliente no informa de cambios concretos, se le pide que valore: *a*) en una escala de 1 a 10 la gravedad del problema antes de venir a terapia (esta valoración conviene recogerla en la ficha telefónica, ya que funciona como indicativo de la línea base*); *b*) la última semana en la misma escala, y *c*) en qué lugar de la escala tendría que situarse para sentirse satisfecho.

Después se le sugiere la siguiente tarea: «De aquí a la próxima sesión observe y tome nota de todas las cosas que está haciendo clasificadas en la posición señalada como satisfactoria.» También se le puede prescribir que prediga todos los días en qué punto de la escala estará al día siguiente.

En caso de que la persona informe de que las cosas están igual o peor que en sesiones precedentes, lo más útil es que el terapeuta pida al cliente que le convenza de que el cambio es realmente necesario o deseable. Esto debe hacerse en un tono amable, exento de crítica, con objeto de no deteriorar la alianza terapéutica.

La terapia finaliza cuando se han cumplido las metas establecidas al principio del tratamiento o cuando el cliente decide dejar de acudir a las entrevistas. En ambas situaciones el terapeuta le indica que resuma de la forma más operativa posible aquello que ha aprendido, es decir, que especifique las estrategias utilizadas con éxito para superar el problema y cómo puede seguir aplicándolas en el futuro.

E. Elección de intervenciones. El árbol de toma de decisiones

(Cf. Cuadro iv, p. 118)

*Cont.: cliente con una expectativa de lugar de control interno, que asume que él puede controlar el síntoma.

*No cont.: cliente con una expectativa de lugar de control externo, que piensa que el control del síntoma no depende de él.

*Cent.: cliente centrado en la solución.

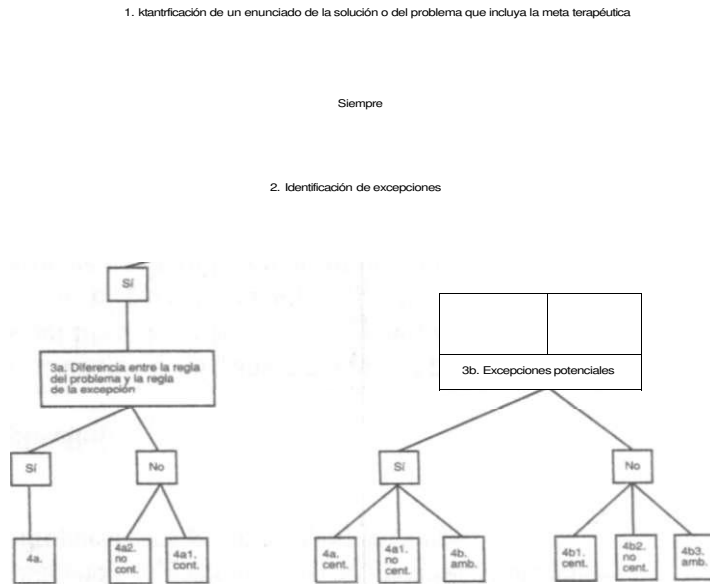
*No cent.: cliente todavía no centrado en la solución sino en el problema.

*Amb.: cliente ambiguo, que aunque a veces se centra en la solución también insiste en centrarse en el problema.

Intervenciones:

- 4a. «Realice más conductas satisfactorias y diferentes de la conducta problemática.»
- 4a1. «Preste atención a lo que hace cuando supera la tentación o el impulso de...»
- 4a2. «Prediga si en el intervalo entre sesiones habrá más conductas que sean excepciones al problema.»
- 4b. «Haga algo diferente y en la próxima sesión cuéntenos qué sucedió.»
- 4b 1. «Anote ciertos incidentes presentes cuando cesa o no surge el problema.»

Cuadro IV. Árbol de toma de decisiones



4b2. Cuando la situación es muy complicada e inestable, «identifique por qué no es peor.»

4b3. Tarea de fórmula de la primera sesión: «Desde ahora y hasta la próxima entrevista observe y anote aquello que ocurre -en su familia, su vida, su matrimonio, o su relación- que usted quiere seguir manteniendo.»

Explicación del cuadro:

Cuando se han identificado soluciones eficaces y además se observa una diferencia entre lo que ocurre cuando el problema aparece y lo que ocurre cuando no aparece, se propone al cliente que realice más conductas satisfactorias y diferentes de la conducta problemática.

En los casos en que después de identificar soluciones apropiadas concretas, no es posible establecer una diferencia entre lo

que sucede cuando el síntoma está presente y cuando no lo está, pueden darse dos situaciones: que el cliente tenga una expectativa de lugar de control interno o que tenga una expectativa de lugar de control externo. Si el sujeto piensa que puede controlar el problema, se le sugiere que preste atención a lo que hace cuando supera la tentación o el impulso de caer en la conducta sintomática. Si, por el contrario, cree que el control del síntoma no depende de él, se le dice que prediga si en el intervalo entre sesiones aparecerán más conductas que sean excepciones al problema.

Con frecuencia la identificación de soluciones eficaces resulta infructuosa, entonces el terapeuta trata de buscar excepciones potenciales. Cuando las halla puede encontrarse con tres tipos distintos de respuesta: en primer lugar, que el cliente se centre en la solución que sugieren las excepciones, y que por tanto se oriente hacia el cambio. En segundo lugar, puede ocurrir que el cliente a pesar de citar posibles excepciones no se centre en la solución sino en el problema. Finalmente, la respuesta del cliente puede ser ambigua, de manera que por momentos se centra en la solución y por momentos sigue centrado en la conducta sintomática. Si el sujeto se centra en la solución, la intervención recomendada es insistir en que realice conductas satisfactorias y diferentes de la conducta sintomática, es decir, excepciones. Si no se centra en la solución sino en el problema, se le prescribe que esté atento a lo que sucede cuando logra superar el problema. Por último, cuando su postura es ambivalente, se le propone que haga algo diferente y en la siguiente entrevista comunique lo que sucedió.

En aquellas situaciones en las que el cliente no explícita excepciones potenciales, también pueden observarse las tres respuestas mencionadas en el párrafo anterior. Si el cliente, aunque no logre concretar excepciones potenciales, se centra en la solución es conveniente pedirle que anote los incidentes presentes cuando cesa o no aparece el problema. Cuando el cliente se centra en el problema, se le prescribe que identifique por qué la situación no empeora. Y, en tercer lugar, cuando la posición del sujeto es ambivalente, se le recomienda que durante el tiempo que va a transcurrir hasta la pró-

xima entrevista observe y anote todo aquello que ocurre -en su familia, su vida, su matrimonio, o sus relaciones- que quiera que siga sucediendo.

F. Hoja de trabajo

El equipo toma nota de aquellas informaciones útiles para guiar la entrevista hacia el cambio y elaborar una intervención eficaz. Las anotaciones refieren datos del tipo:

1. Cosas positivas y eficaces que hacen los clientes dentro y fuera del área sintomática.
2. Diferencias entre lo que ocurre cuando surge el problema y cuando no surge o lo hace en menor medida.
3. Excepciones espontáneas, deliberadas o potenciales.
4. Propuestas de posibles intervenciones.

Ejemplo clínico

Los extractos de la transcripción que presentamos han sido tomados del libro de O'Hanlon y Weiner, *En busca de soluciones*, p. 127-138. El paciente identificado, Jason de quince años, es el hijo varón de una familia reconstituida. En la entrevista están presentes el padre, la madrastra y Jason. El problema por el que consultan es el bajo rendimiento escolar del hijo y su falta de asistencia a algunas clases. Tres meses antes de celebrarse la sesión, Jason dejó la casa de su madre y se fue a vivir con su padre y su madrastra.

El terapeuta comienza con una pregunta que permite enunciar las metas que se quieren conseguir con el tratamiento. Como el padre manifiesta que ha habido ciertos cambios en la forma de tratar a su hijo, el terapeuta resalta estas excepciones o soluciones eficaces y las amplía para centrar definitivamente la sesión en las soluciones al problema.

Terapeuta: ¿En qué podemos ayudarles?

Madrastra: Bueno, de alguna forma queremos conseguir que Jason siga en el instituto. El jefe de estudios dice que cuando Jason quiere marcharse coge la puerta y se va, y dice que ése es el único y verdadero problema que tienen con él. Así que queremos que vaya a clase. Puede que no le guste el instituto, pero tiene que aprender a sobrellevarlo un poco mejor. Ahora no va bien.

Terapeuta: De acuerdo. *(Al padre)* ¿Cómo ve usted esta situación?

Padre: Básicamente es eso. Él lo está pasando mal, no sé si no entiende por qué ha de estudiar. Tiene la impresión de que nada de lo que estudia va a servirle, que lo que debería hacer es dejarlo y conseguir un trabajo.

La meta del tratamiento consistirá en que el muchacho asista a clase todos los días. Con objeto de identificar soluciones eficaces el terapeuta pregunta cuál fue la última vez en que no tuvo lugar el problema. La respuesta le permite constatar la existencia de excepciones regulares, hecho que enfatiza resaltando la importancia de las mismas e insistiendo además en que Jason posee el control para hacer que el problema desaparezca.

Terapeuta: *(al hijo)* ¿Cuándo fue la última vez que estuviste en el colegio?

Jason: Hoy.

Padre: No falta a clase todos los días. Nunca ha faltado una semana entera o algo así. Generalmente falta a una o dos clases y luego vuelve.

Terapeuta: *(al hijo)* ¿Haces eso?

Jason: Sí, únicamente faltó a la clase que no me gusta.

Terapeuta: ¿Cómo te fuerzas a volver? Me explico, muchos chicos faltan un día y después les resulta demasiado incómodo volver.

Jason: Si es una clase a la que no quiero ir, simplemente me voy, doy una vuelta por el centro, por hacer algo hasta que llegue la hora de la clase siguiente. Y, entonces, simplemente vuelvo.

Padre: En realidad, el problema no es falta de inteligencia. Es sólo falta de motivación.

Madrastra: Ahí está, él no es estúpido.

Padre: Según los resultados de los tests su nivel intelectual es medio o superior.

Madrastra: Bueno, ahora su padre dice que si no consigue acabar el instituto no firmará para que saque el carnet de conducir. Pienso que eso es una motivación.

Terapeuta: *(al hijo)* ¿Le crees? Cuando ta padre dice algo, ¿suele cumplirlo?

Jason: Normalmente sí.

Madrastra: Oh, sí. Fue categórico al respecto, dijo que no era un castigo. Dijo que si no era suficientemente maduro para acabar el instituto, no era lo bastante maduro para conducir.

Terapeuta: *(al padre)* ¿Es algo nuevo el que adopte una postara firme como ésa?

Padre: Sí.

Terapeuta: Así que ha pasado una nueva página.

Padre: Bueno. Creo que he sido bastante negligente con él, porque si hubiera obtenido «aprobados» o «bienes», sacando adelante el curso, no habría pasado nada de esto. Pero que fallara en todo e hiciera novillos me chocó y me llevó a decir: «Tengo que hacer algo concreto para que cambie.» Así que supongo que se puede llamar a eso pasar una nueva página.

Terapeuta: *(al padre)* ¿Cuándo tomó esa decisión?

Padre: Cuando empezó a ir tan mal. Pensé que ya era hora de intentar hacer algo.

Terapeuta: ¿Cuándo ocurrió eso?

Padre: Hicimos algo concreto cuando le dijimos que viniera a vivir con nosotros. Siempre había pensado en esa posibilidad.

El terapeuta insiste en la nueva decisión del padre, que supone una excepción en su forma de tratar a Jason, y en que el hijo de hecho asiste a algunas clases. A continuación emplea preguntas presuposicionales orientadas a un futuro sin el problema para inducir el cambio.

Terapeuta: Bien, de acuerdo. *(Al hijo)* ¿Cuál de tus profesores estará más sorprendido cuando vayas a todas las clases?

Jason: Probablemente mi profesor de historia, y luego mi profesor de matemáticas.

Terapeuta: En el instituto, ¿quién más se quedará sorprendido porque vayas a todas las clases?

Jason: No lo sé, estoy seguro de que algunos chicos se preguntarán qué está pasando.

Terapeuta: ¿Qué les vas a decir?

Jason: Probablemente les diré que me estaba pasando de la raya.

Terapeuta: Bien, ¿crees que tu madre estará sorprendida?

Jason: Sí.

Terapeuta: ¿Qué crees que va a pensar?

Jason: Pensará que está bien. Se alegrará mucho.

Terapeuta: De acuerdo. Cuando ya hayas ido al colegio durante algún tiempo y las cosas sigan por buen camino, ¿en qué será diferente tu vida?

Jason: Probablemente no saldré tanto por las noches y me tomaré con más calma las reuniones familiares.

Terapeuta: ¿Vas a portarte de otra manera en ellas?

Jason: Probablemente. Hasta ahora me ponía nervioso. Supongo que en cierta forma soy diferente porque mis primos son buenos en el colegio y no se meten tanto en líos. Yo lo hago continuamente y me pongo nervioso porque pueden pensar que estoy loco o algo por el estilo.

Al detallar las diferencias entre lo que ocurrirá en ausencia del problema y lo que ha estado ocurriendo cuando el problema permanecía en vigencia, se están especificando los aspectos concretos que indicarán que la conducta sintomática ha desaparecido, en este caso que salga menos por las noches y que esté más tranquilo en las reuniones familiares.

Terapeuta: Así que cuando se enteren de que vas siempre al instituto, ¿te sentirás más a gusto con ellos?

Jason: Probablemente.

Terapeuta: ¿Quién crees que les dirá que vas bien en el instituto?

Jason: No lo sé, de alguna manera se enterarán.

Terapeuta: Sí, ¿quién piensas que se lo dirá? ¿Qué es más fácil, que se lo diga tu madrastra, Barb, o tu padre?

Jason: Probablemente Barb.

Terapeuta: ¿Será Barb? Presumirá de ti ¿eh?... ¿A quién se lo dirá antes?

Jason: Espero que a mi tío.

Terapeuta: ¿Sí? ¿Por qué a tu tío?

Jason: Porque siempre se mete conmigo.

Terapeuta: Bien. Ahora voy a hacer una pausa y hablar con mis compañeros de equipo para ver lo que tienen que decirles.

La intervención comienza con un «elogio» que resalta aquello que han hecho los miembros de la familia y que contribuye a mejorar la situación problemática. Después de normalizar posibles recaídas, por las dificultades que entraña en los comienzos formar parte de una familia reconstituida, se prescribe la tarea de fórmula de la primera sesión.

Terapeuta: Nos impresiona que hayan decidido resolver la situación de una vez por todas. Por ejemplo, hacer que Jason viva con ustedes de forma que puedan proporcionarle un poco más de orden, decidir que habrá consecuencias, como negarle el permiso para sacar el carnet de conducir si continúa habiendo problemas, y también que ustedes dos *(mirando al padre y a la madrastra)* se mantengan más firmes y pasen más tiempo con Jason. Éstas son medidas bastante eficaces para resolver el problema de una vez por todas. Además, *(dirigiéndose a la madrastra)* el equipo está muy impresionado por su gran interés y entusiasmo hacia Jason, a pesar de que no es su hijo. Y, Jason, nos admira que vayas al instituto todos los días, que asistas a clase y tengas el firme propósito de aplicarte e ir a todas las clases hasta que acaben. *(Al padre y la madrastra)* Queremos decirles que pueden existir momentos difíciles al incorporar un nuevo miembro a su familia. De hecho, uno

de los compañeros del equipo piensa que habrá algo más que momentos difíciles, que tal vez las cosas vayan realmente mal a veces. En cualquier caso, les proponemos una tarea para que la lleven a cabo entre hoy y la próxima vez que nos veamos, con objeto de que nos aporten algunas informaciones básicas más. Y es que atiendan especialmente a qué está ocurriendo en su hogar y en otros aspectos de sus vidas que les gustaría que siguiera sucediendo, ¿de acuerdo?

Comentario

El enfoque descrito trabaja con sistemas familiares completos -la familia nuclear-, subsistemas -pareja, padres- o individuos que acuden solos a terapia. Considera a todos los asistentes a la entrevista como clientes motivados al cambio en mayor o menor medida.

El esfuerzo terapéutico se concentra en la generación de soluciones adecuadas, para lo cual es necesario cambiar la creencia de los clientes, convencidos de que la solución ineficaz intentada es la única correcta y de que son incapaces de resolver el problema. La estrategia terapéutica consiste en alterar el sistema de creencias del cliente que le impide percibir cambios en la situación sintomática. Por ello, el terapeuta lo orienta hacia las excepciones o soluciones eficaces, estableciendo y ampliando aquellas diferencias entre lo que ocurre cuando el problema está presente y cuando no lo está. Esas diferencias suelen pasar inadvertidas al sujeto, quien al centrar totalmente su atención en el problema es incapaz de verlas o les resta importancia.

Así, desde un principio el terapeuta pregunta sobre los cambios o soluciones eficaces, si el cliente informa de su presencia, no intenta definir el problema sino ampliar y mantener el cambio ya existente. Cuando no es así, pide al sujeto que enuncie de forma operativa el problema. En ambos casos, se establecen metas terapéuticas concretas y formas de reconocerlas. Si el cliente menciona que se han producido cambios, a continuación el terapeuta relaciona los objetivos y las soluciones satisfactorias anteriormente identificadas con la pretensión de mantenerlas y ampliarlas. Para ello indaga detalladamente acerca de qué sucede cuando el problema no surge, observando si el cliente controla la aparición de es-

tas soluciones eficaces. En ausencia de excepciones reales, el siguiente paso es buscar excepciones potenciales.

El cambio inducido durante la entrevista a través de la búsqueda de soluciones eficaces o de preguntas reflexivas concretas puede completarse mediante la intervención final. Actualmente se «reen-cuadra» el contexto de la situación del cliente y no sólo sus aspectos problemáticos. Asimismo las intervenciones se diseñan con la finalidad de alterar la secuencia sintomática y/o su contexto insatisfactorio y de subrayar y ampliar las conductas y sucesos satisfactorios relacionados y no relacionados con el problema. Lo importante es devolver a las personas una imagen de competencia, basada en estrategias o recursos para hacer cosas satisfactorias y saber resolver los problemas que se encuentran en su transcurrir vital. Este principio preside toda la sesión y también la primera parte de la intervención, ya que el elogio es una connotación positiva de los recursos que posee el cliente. Saber que es competente en determinadas áreas, aunque no estén directamente enlazadas con el problema, también puede favorecer una expectativa generalizada de lugar de control interno para resolver con éxito las dificultades con las que ha de enfrentarse. Finalmente, las técnicas de intervención conductuales o ritualizadas ayudan a ampliar el control y a consolidar el cambio.

Fuentes

- O'Hanlon, W. H. y Weiner, D. (1990), *En busca de soluciones*, Paidós, Barcelona.
- Shazer, S. de (1984a), *The death of resistance*, «Family Process» 23, 11-17.
- Shazer, S. de (1989), *Claves para la solución en terapia breve*, Paidós, Buenos Aires; Barcelona 1991.
- Shazer, S. de, Berg, J. K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. y Weinner-Davis, M. (1986), *Brief therapy: focused solutions development*, «Family Process» 25, 207-221.
- Shazer, S. de (1987), *Pautas de terapia familiar breve*, Paidós, Barcelona 1989.
- Shazer, S. de (1988), *Resistance revisited*, «Contemporary Family Therapy» 11, 227-233.
- Shazer, S. de (1992), *Claves en psicoterapia breve*, Gedisa, Barcelona.
- Weinner-Davis, M., Shazer, S. de y Gingerich, W. J. (1987), *Building on pretreatment change to construct the therapeutic solution: on exploratory study*, «Journal of Marital and Family Therapy» 13 (4), 359-363.

TERAPIA ESTRUCTURAL

Minuchin entre los años 1965 y 1970, desarrollando su trabajo como director en la Clínica de orientación infantil de Filadelfia, crea un enfoque terapéutico centrado en la estructura* familiar, defendiendo que los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en sus estructuras. Las variables estructurales específicas en las que se centra son los límites, que implican reglas de participación, y las jerarquías, que encierran reglas de poder. El acento recae en la organización jerárquica del sistema familiar y en la descripción de las distintas estructuras de comunicación que conllevan los tipos de límites. La terapia estructural asume que la modificación de las reglas concernientes a los límites y las jerarquías impacta profundamente las transacciones familiares, produciendo un desequilibrio en los patrones de interacción que contienen y mantienen el síntoma. Tales alteraciones obligan a la familia a reestructurarse sobre unas bases menos patológicas.

Con fines estrictamente pedagógicos podemos considerar que el proceso terapéutico se desarrolla fundamentalmente en tres etapas: en la primera el terapeuta se «une» a la familia desde una posición de liderazgo; en la segunda se «desliga» y evalúa la estructura familiar subyacente, y, en la tercera, crea las circunstancias que permitirán transformar dicha estructura.

A. Evaluación

La terapia estructural se fundamenta en el concepto de «estructura», que alude al conjunto de demandas de los miembros de una familia reflejo de los procesos de interacción familiar en un momento dado (Minuchin, 1977).

Minuchin defiende que no se puede evaluar el sistema familiar como si se tratara de una entidad estática, sino que el centro de la experiencia diagnóstica debe ser el proceso de interacción de la familia con el terapeuta como agente del cambio, de modo que en ese proceso se susciten las estructuras, tanto manifiestas como latentes, que gobiernan la vida familiar. Por ello, la evaluación parte de una serie de hipótesis sobre la interacción sistémica entre el contexto familiar total y las conductas sintomáticas de sus miembros individuales y continúa poniendo a prueba dichas hipótesis mediante un proceso interaccional del terapeuta con la familia denominado «coparticipación», que permite además crear una fuerte relación terapéutica.

La coparticipación se inicia tomando contacto con los miembros individuales. En este proceso los integrantes del grupo familiar responden al contacto de acuerdo a sus pautas de conducta habituales, aceptando o resistiendo la aproximación del clínico. De esta forma, el terapeuta puede percibir y experimentar las modalidades particulares con que la familia admite la novedad -el cambio- en su vida, pudiendo identificar cómo los componentes del sistema contribuyen a mantener los patrones disfuncionales, el poder relativo de los diferentes subsistemas y los límites existentes entre los mismos. La coparticipación implica que, más avanzada la entrevista, el terapeuta intente alterar las reglas familiares y observe las reacciones de cada una de las personas a la modificación (Minuchin, 1984a).

Las variables que el terapeuta evalúa son: el momento del ciclo evolutivo que está atravesando el sistema familiar y su rendimiento en las tareas apropiadas a ese estadio; las interacciones que sus integrantes despliegan en la entrevista; las alianzas y coaliciones familiares; los problemas de la distribución jerárquica del poder; el tipo de límites intra y extrafamiliares; las pautas de transacción alternativas disponibles de acuerdo a la flexibilidad del sistema al

cambio; las fuentes de apoyo y estrés dentro y fuera del grupo familiar, y, finalmente, la forma en que el síntoma es aprovechado por la familia para mantener sus pautas transaccionales.

Las conductas sintomáticas se explican en términos de ciclo vital y de acuerdo con un retraso o detención en el desarrollo del sistema familiar. A ello se añade -especialmente en los pacientes crónicos- la intervención de las instituciones que se erigen como expertos. La familia se concibe como un sistema sociocultural abierto y en transformación, que afronta una serie de tareas evolutivas (ver etapas del ciclo vital en el capítulo 1). La reestructuración familiar propia de los períodos de transición de una etapa del ciclo a otra puede producir un alto nivel de estrés. Aunque la mayoría de las familias cambian sus pautas de conducta de forma adaptativa, algunas responden al estrés de un modo disfuncional aferrándose a las antiguas, debido a lo cual en numerosas ocasiones las tensiones transicionales se asocian a la aparición de síntomas, que crean movimientos centrípetos en el sistema familiar e impiden la evolución normativa (Minuchin, 1985). Por consiguiente, se considera que un patrón de interacción es funcional cuando la organización estructural de un sistema se adecúa a las exigencias de los contextos evolutivos y sociales que le corresponden. Una de las vías para determinar la adecuación es observar si las conductas, tareas o privilegios existentes son acordes a las edades cronológicas de los integrantes de la familia. Otro elemento esencial para evaluar la disfunción es el ritmo de cambio durante las transiciones. Si es demasiado lento o demasiado rápido, la adaptación será problemática. Por ejemplo, las reorganizaciones posteriores a un divorcio no pueden acelerarse, pero tampoco pueden prolongarse indefinidamente.

Las disfunciones estructurales pueden adoptar la forma de límites porosos o rígidos, que se manifiestan respectivamente en una proximidad excesiva o insuficiente entre los miembros del sistema familiar (Minuchin, 1984a). Cuando los límites son porosos priman los valores del grupo familiar sobre los individuos que lo forman y existe una excesiva intrusión de unos miembros con otros que impide el crecimiento personal y familiar. Si son rígidos predominan los valores individuales sobre el grupo y hay muy poco contacto entre las personas y los subsistemas, con lo cual no existe un apoyo

adecuado que permita el buen desarrollo psicosocial de los componentes del sistema. Como contrapartida a ambos, los límites normales funcionan como membrana permeable que facilita el paso de la comunicación y crea un ámbito propio a individuos y a subsistemas.

Las relaciones familiares se consideran patológicas cuando existe un patrón de desviación del conflicto y cuando se crean coaliciones intergeneracionales permanentes (Minuchin, 1984a). En el primer caso se observa una triangulación de desviación, de forma que los dos padres manifiestan ausencia de conflicto entre ellos y se muestran sólidamente unidos contra un hijo individual o una subunidad de hijos a los que utilizan como «chivo expiatorio». En el segundo caso, se observa una triangulación en la que dos miembros de distintas generaciones se unen en contra de un tercer componente de la familia; así, por ejemplo, dos progenitores en conflicto manifiesto o encubierto pueden intentar ganar la simpatía o el apoyo del hijo en contra del otro cónyuge.

Finalmente, la terapia estructural postula que el síntoma se mantiene por la tendencia homeostática del sistema familiar a permanecer en el *statu quo*. Esto no quiere decir que los estados homeostáticos sean nocivos en sí mismos, sino que empiezan a serlo cuando no dejan espacio para el crecimiento y el cambio necesarios en el devenir vital de personas y familias.

B. Intervención

La intervención tiene lugar a lo largo de toda la sesión, haciéndose difícil distinguir los momentos de evaluación de los momentos de intervención. En este sentido, es notorio que el terapeuta se interesa desde un principio por conocer la disposición de la familia para efectuar un cambio.

B.1. Teoría del cambio

El cambio se produce cuando la familia se «reequilibra» sobre una nueva estructura adecuada a la etapa del ciclo evolutivo que le

corresponde. El objetivo terapéutico es cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías, introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida de la familia que sustituyan a las pautas de rigidez y rutina crónicas que caracterizan un sistema patológico.

Conceptuado el síntoma como una falta de adecuación entre la estructura que presenta la familia y el requerimiento de su desarrollo, la intervención se dirige a provocar una crisis, un desequilibrio, en la estructura familiar. Se supone que la consiguiente transformación estructural permitirá un funcionamiento distinto que posibilite la superación del problema, es decir, la adaptación a las nuevas exigencias evolutivas o contextuales. La crisis inducida terapéuticamente se consigue a través de la técnica del desafío, mediante la cual el terapeuta cuestiona la estructura exhibida por la familia, obligándola a buscar nuevos patrones conductuales que sustituyan a los antiguos disfuncionales.

B.2. Metas y estrategias terapéuticas

Para que el proceso terapéutico tenga éxito, el terapeuta y la familia deben llegar a un acuerdo sobre los objetivos que desean alcanzar con el tratamiento. Por otro lado, las metas terapéuticas no sólo se dirigen a disminuir o hacer desaparecer los síntomas del paciente identificado, sino también a cambiar la estructura y la cosmovisión familiar*. El acento se sitúa más en los problemas estructurales que en el problema presentado, salvo en situaciones que ponen en peligro la vida de alguien como sucede en los casos de anorexia y de coma diabético (Minuchin, 1978).

El terapeuta emplea estrategias de coparticipación que le permiten establecer una fuerte alianza terapéutica, algo de capital importancia ya que las técnicas de intervención se basan principalmente en el desafío. Con la finalidad de aumentar su capacidad de manobra puede adoptar una posición cercana, intermedia o distante con la familia. En la posición de cercanía se convierte en fuente de autoestima y apoyo cuando confirma algún aspecto positivo de las personas o cuando detecta el sufrimiento y la tensión familiar y transmite

que no pretende evitarlos, pero que responderá a ellos con delicadeza. Existen tres modos de confirmar (Minuchin, 1984a): a) constatar un estado afectivo («se le ve preocupado»); b) describir una interacción familiar («cuando usted habla, él permanece callado»), y c) enunciar un rasgo negativo de un miembro, al tiempo que «se le absuelve» de responsabilidad por esa conducta («pareces demasiado infantil, ¿cómo hacen tus padres para conservarte tan pequeño?»). En esta posición, el terapeuta corre el riesgo de quedar preso en las reglas de la familia, por lo que deberá tener la capacidad de «desasirse» de ellas con rapidez. En la posición intermedia, denominada «rastreo», el terapeuta escucha de manera activa y neutral, ayudando con su atención a que la familia cuente lo que pasa, al mismo tiempo que redefine las interacciones penosas como fruto de una actitud de consideración recíproca. En tercer lugar, cuando asume una posición distante adopta una postura de neutralidad emocional. Así se convierte en observador de la cosmovisión familiar y del modo en que cada persona encuadra su experiencia, lo cual le permitirá «ajustarse» a estos constructos cognitivos para promover el cambio apoyándose en ellos («como ustedes son padres solícitos, dejarán a su hijo espacio para crecer»).

B.3. Técnicas de intervención

La terapia estructural no sitúa la intención de intervenir exclusivamente al final de la entrevista. El cambio se efectúa en la propia sesión, empleando técnicas como el desafío -la exageración, ridiculización y desautorización de patrones transaccionales-, la reestructuración y la modificación cognitiva, y se consolida mediante tareas para casa. Se utilizan redefiniciones, connotaciones positivas y tareas directas, y sólo ocasionalmente intervenciones paradójicas.

B.3.1. Desafío

Es una técnica compleja que se despliega en **tres fases: escenificación, focalización e intensificación (Minuchin, 1984a).**

1. *Escenificación de una pauta disfuncional.* Permite alcanzar tres objetivos: a) establecer una fuerte alianza terapéutica; b) definir a toda la familia como un sistema disfuncional; c) el clínico puede tomar distancia, observar y recuperar capacidad terapéutica.

El procedimiento requiere que el terapeuta observe primeramente las interacciones espontáneas de la familia y decida qué aspectos del patrón disfuncional observado intentará cambiar. Después pide a los integrantes del sistema familiar que escenifiquen una determinada secuencia en su presencia, e interviene aumentando su intensidad y/o duración. Finalmente, propone modalidades diferentes de interacción con objeto de obtener información predictiva sobre la flexibilidad de la estructura familiar para el cambio y con objeto de alterar las pautas disfuncionales.

2. *Focalización.* La focalización implica prestar atención a una información e ignorar otra, de forma que durante la entrevista se resalta un tema sobre el que trabajar. El tema que el terapeuta considera importante, termina siéndolo también para la familia.

3. *Intensificación.* En ocasiones, puede ocurrir que los miembros de la familia oigan el mensaje del terapeuta, pero no lo consideren información nueva, porque no tienen en cuenta las diferencias inherentes en él con respecto a su forma habitual de ver las cosas. Es necesario, por tanto, dotar al mensaje de la intensidad suficiente para ser algo nuevo y distinto, evitando que sea absorbido por las reglas del sistema.

El mensaje que el terapeuta necesita introducir en el sistema familiar para provocar la crisis gana intensidad si se recurre al humor, la exageración y al cambio *in situ**. Normalmente, se hace necesario repetir muchas veces el mensaje en el plano estructural y en el del contenido, como por ejemplo cuando el clínico insiste reiteradamente en que los padres se pongan de acuerdo (estructura) para llegar a una decisión con respecto a la hora en que su hijo se debe acostar (contenido). La necesidad de recurrir a la repetición se debe a la inercia de los sistemas familiares que les hace resistirse al cambio. Por ello, generalmente, se requiere interrumpir con insistencia determinadas secuencias críticas hasta que surjan nuevas conductas para solucionar el problema.

B.3.2. Técnicas reestructurantes

Son recursos técnicos que tratan de cambiar la estructura familiar, de los cuales los más importantes son la fijación de límites, el desequilibrio y la enseñanza de la complementariedad.

B.3.2.1. *Fijación de límites.* Con esta intervención se regula la permeabilidad de los límites entre subsistemas, de manera que los límites excesivamente rígidos se hacen más permeables, y los límites muy porosos se fortalecen. Al cambiar los límites cambian las reglas que rigen las relaciones, posibilitando que el sistema familiar ayude al crecimiento psicosocial de sus miembros.

El terapeuta puede cambiar los límites del sistema familiar haciendo que exista mayor acercamiento y contacto entre individuos y/o subsistemas, o aumentando la distancia existente entre los mismos. La distancia puede ser tanto física como relativa al grado de implicación entre los miembros de la familia.

B.3.2.2. *Desequilibrio.* Su finalidad es modificar la jerarquía familiar, para lo cual el terapeuta se alía con miembros de la familia, ignora a determinados integrantes del sistema o se coaliga con una persona o con un subsistema en contra de otras personas o subsistemas. En el primer caso, el terapeuta puede apoyar a un miembro periférico o de posición inferior o aliarse con un miembro dominante para crear un desequilibrio que extienda la posición y provoque una respuesta cuestionadora del resto de la familia. En la segunda situación, las personas ignoradas pueden rebelarse y reclamar una coalición de los demás componentes de la familia contra el clínico, favoreciendo un realineamiento de las jerarquías familiares. Por último, por ejemplo, el terapeuta puede coaligarse con el subsistema parentai en contra del subsistema filial, con lo que estimula la unión de los padres entre sí y la destriangulación de los hijos.

B.3.2.3. *El aprendizaje de la complementariedad.* La «complementariedad» se define como la capacidad de ver el problema formando parte de un todo más amplio y de mostrar puntos de vista alternativos a la forma habitual de concebir el síntoma y a la creencia de que el paciente identificado puede controlar el sistema mediante su conducta (Minuchin, 1984a). Esta técnica cuestiona la definición familiar del problema y su creencia en una causalidad lineal

del síntoma, aportando datos de que la conducta sintomática sólo se puede producir en el contexto de otras conductas a las que la familia globalmente contribuye.

B.3.3. Técnicas de cambio de visión

Afectan la percepción de todos los miembros con respecto al síntoma, para lo cual es preciso configurar nuevas modalidades de interacción entre ellos mediante técnicas como: la modificación de los constructos cognitivos, las intervenciones paradójicas y la identificación de las facetas fuertes o competentes de la familia.

B.3.3.1. *Modificación de los constructos cognitivos.* El terapeuta altera los constructos cognitivos familiares, presentando una visión del mundo diferente. Se trata, por tanto, de una intervención cognitiva tendente a alterar la epistemología familiar que se respalda en una institución o en la condición de experto y mayor conocimiento del clínico. Se presume que la modificación del sistema familiar de creencias facilitará el necesario cambio conductual.

B.3.3.2. *Intervenciones paradójicas.* Se trata de técnicas basadas en una postura de oposición por parte de la familia, puesto que se espera que ésta se oponga al componente del mensaje referido a su imposibilidad de cambiar, conteniendo implícitamente una alternativa que señala en la dirección del cambio.

Para elaborar una intervención paradójica el terapeuta pone en relación la conducta sintomática con su contexto relacional, enumera las consecuencias negativas que tendría para el sistema la eliminación del síntoma y, finalmente, recomienda a la familia que siga recurriendo al mismo para evitarlas. Por tanto, podemos afirmar que una prescripción paradójica se compone de tres técnicas: la redefinición, la prescripción de la secuencia sintomática y la restricción. Una vez redefinido en términos positivos, el síntoma deja de ser un elemento ajeno al sistema para convertirse en parte esencial de él. En segundo lugar, se considera que cuando la secuencia sintomática se escenifica de manera consciente, obedeciendo a la prescripción terapéutica, pierde el poder que tenía para producir el síntoma porque implica la posibilidad de un control voluntario. Por

último, después de los dos pasos anteriores, el terapeuta pide a la familia que por el momento no cambie, con la intención de que lo haga. Si ésta reacciona rebelándose contra la prescripción terapéutica, en lo que se conoce como respuesta de «retirada», bien cuestionándola o bien negándose a cumplirla, en realidad está comenzando a poner en entredicho su forma habitual de manejar el problema (Minuchin, 1984a).

B.3.3.3. *Las facetas fuertes.* Es una forma de utilizar la connotación positiva y se basa en que en la familia existe una parte potencial de cambio que no vemos, lo que vemos es el síntoma. El terapeuta debe activar las áreas o facetas dormidas -enfaticando la fortaleza familiar- para que sus miembros las apliquen en la resolución del problema (Minuchin, 1984b). El objetivo terapéutico es lograr lo mejor que cada familia pueda dar y no que sus miembros se ajusten a una familia «ideal», lo cual crearía una mayor dependencia del terapeuta, impidiéndoles generar sus propios recursos y estableciendo un juego de poder y resistencias en la terapia.

Ejemplo clínico

La transcripción que presentamos se ha extraído del libro de Minuchin y Fishman, *Técnicas de terapia familiar*, p. 184-191. La familia está compuesta por el padre, Milt, la madre llamada Bea, ambos en torno a los sesenta años, una hija de 19 años de nombre Doris, y Dan, un hijo de 17 años, que era el paciente identificado. La madre se quejaba del fracaso escolar de Dan y de su desobediencia hacia ella.

En la primera entrevista el padre se colocó en la posición de paciente, manifestando que él era el problema; afirmación que un poco más adelante corrobora la madre. Si el terapeuta hubiera aceptado la definición familiar de que el principal problema era el padre, habría apoyado la homeostasis del sistema considerándolo culpable de la situación y a la madre víctima, impotente, pero solícita. Así se mantendría al hijo como el «portador» del síntoma por delegación de los conflictos paternos y a la hija como la persona

que socorre a la familia en sus dificultades. El terapeuta para desequilibrar a la familia, se coaligó con Milt en contra de la madre, bloqueando el apoyo que la hija daba a esta última, y señalando la complementariedad de los cónyuges en el mantenimiento de una distancia disfuncional en la relación de pareja. Su primera intervención, que inicia el apoyo al padre, es cuestionar la definición que dan al problema.

Terapeuta: ¿Cuál es la razón que les ha traído aquí?

Padre: Para responder a su pregunta sobre la razón que nos trajo... bueno, nuestra relación no es muy buena y como consecuencia, o quizás independientemente, hemos tenido algunos problemas con los hijos.

Terapeuta: ¿Por ejemplo?

Padre: Por ejemplo... bueno, para hablar de mí, no soy muy afectivo o no lo demuestro, y muchas veces los demás lo toman como si no tuviera interés, y esto se ha convertido en un problema.

Terapeuta: ¿Cómo ve la respuesta de los hijos a los problemas del hogar?

Padre: Bueno, la reacción de Doris es alejarse de la familia. Ha descubierto intereses fuera. Dan prefiere refugiarse en sus propias cosas, de ese modo parece tomar distancia, pero una distancia menor; se ha interesado por el ciclismo. Creo que reacciona contra su madre. Discuten por pequeneces, por ejemplo sobre los pequeños menesteres que podría hacer en casa o la hora a que debe estar en el hogar.

Terapeuta: *(a la madre)* ¿Cómo lo ve usted?

Madre: Dan toma como modelo a su padre; hace exactamente lo mismo que su padre. Una no conoce sus sentimientos -no tiene sentimientos-, lo que para mí es algo terrible. Milt dice que no demuestra sus sentimientos, pero yo no sé si los tiene.

Terapeuta: Lo que usted dice no tiene sentido para mí.

Madre: ¿Por qué dice eso?

Terapeuta: Lo que usted dice es que su estilo de ver el mundo es diferente del estilo con que lo ve su marido y que *(al marido)* a ella no le gusta su estilo. No tiene sentido que usted no tenga sentimientos. Lo que ocurre es que usted es diferente, y tiene sus enojos, sus rencores, sus placeres en un estilo que es diferente *(dirigiéndose a la esposa)* del suyo, y que a usted no le gusta.

El terapeuta se alía con el padre en contra de la madre y redefine las atribuciones negativas -en términos de problemas de personalidad- que hace la madre acerca de la conducta de su marido, en términos de diferencias interpersonales, algo habitual entre dos personas.

Madre: Pero yo no me doy cuenta de ello.

Terapeuta: *(al marido)* Ella insiste en que usted debería ser como ella. *(Dirigiéndose a la esposa.)* Recuerde que hay muchas personas que no son como usted. Modelos diferentes, estilos diferentes.

Madre: No. Bueno, me suena como si me dijera que hay una solución muy simple para todo el asunto. Cuanto tengo que hacer es aceptar a mi marido como es y se resolverán todos los problemas de la familia.

Doris: Yo no creo que el problema sea la insensibilidad, la falta de sentimientos de mi padre. Todos los días cuando regreso encuentro a mi hermano y a mi madre discutiendo, y lo siguen haciendo a la hora de cenar, y todavía a la noche discuten y discuten sobre pequeneces.

Terapeuta: *(al hijo)* ¿Se deben esas discusiones a que tu mamá desearía que no fueras como eres y que te parecieras a ella?

Dan: Siempre me dice «eres como tu padre».

Hasta ahora el diálogo permite establecer dos alianzas, una madre-hija y otra padre-hijo. A continuación se obtiene más información de la triangulación existente en esta familia, es decir, de cómo el conflicto entre los padres se desvía a la persona del hijo en términos de un conflicto madre-hijo que impide" que los cónyuges se acerquen para solucionar sus problemas como pareja.

Terapeuta: *(al padre)* ¿Me pregunto si usted también lo ve de esa manera?

Padre: Bueno, él es más locuaz que yo. En mi relación con Bea no me gusta discutir, y desisto de hacerlo. Hago cualquier cosa para evitar la discusión. Pero Dan discute.

Madre: Sí, y yo realmente siento como si me dijeras: «Mira, mujer, el problema es cosa tuya.» Es sólo que yo deseo que Milt se parezca a mí, ése es el problema.

Doris: Eso es algo que todas las personas desean. Todos creen tener algo bueno, del que pueden hacer partícipes a los demás. Lo que él *(terapeuta)* dice no es que ése sea tu rótulo ni que eso sea defectuoso en ti, ni que todo lo demás sea malo, por causa de ese rótulo. Sabes, eres una persona rica, y sólo una parte de ti es de esa manera.

La intervención del terapeuta de apoyar al padre en contra de la madre alteró la posición recíproca de los miembros de la familia. La madre respondió cuestionando primero al terapeuta y después su propia posición. La hija desplazó el problema del conflicto parental al más cómodo conflicto intergeneracional madre-hijo, manteniendo su posición de apoyo a la madre. Dan, sintiendo que la

alianza del terapeuta con Milt le era favorable, cuestionó a la madre en favor del padre. Entonces la hija intentó eliminar el aspecto acusador del cuestionamiento del terapeuta a la madre.

Madre: Está bien. Es entonces una responsabilidad grande y no me siento con fuerzas para sobrellevarla.

Terapeuta: *(al marido)* Muy bien, entonces me parece que podemos obtener un apoyo. Me pregunto cómo podría usted ayudar a Bea cuando ella desea que las cosas sean como ella cree que deben ser.

Padre: Bueno, en definitiva, las cosas se hacen como ella quiere, con poca o ninguna resistencia por mi parte. Quizá la ayudara una mayor franqueza de mi parte en lugar de limitarme a decir que está bien, o que yo expresara con más veracidad lo que pienso sobre las cosas.

Terapeuta: Quizá lo mejor sería que usted se lo preguntara a ella y averiguara su punto de vista.

Madre: No sé, no comprendo lo que sucede. Lo que te digo es que una de las razones por las que estamos aquí es que ya no tolero más vivir en esta situación. Necesito ayuda porque de mí se trata, porque soy la que necesita ayuda y alguien tendrá que decirme dónde tengo que recurrir para obtenerla.

Mientras ocurría esta interacción entre la madre y el padre, la hija acercó su silla a la de su madre y le tomó una mano en actitud protectora para reorganizar el sistema, de forma que el padre permaneciera periférico. El terapeuta cuestionó la alianza de la hija criticando su ayuda a la madre, reforzó así los límites en torno al subsistema parental y seguidamente pidió al marido que apoyara a su esposa, intentando un cambio *in situ*.

Terapeuta: Doris, ésa no es tu función. No es tu función asistir a tu madre porque de ese modo le transmites el mensaje de que no puede superar las cosas por sí misma, lo que no es cierto. Si tomas la mano de tu madre dejas vacío ese lugar entre tus padres, porque tu madre toma tu mano en lugar de tomar la de tu padre. Podría hacerlo si quisiera porque las manos de tu padre están disponibles.

Madre: Pero ella me la alcanzó...

Terapeuta: *(ala hija)* Desde el comienzo te pusiste cerca de tu madre obstaculizando la capacidad de tu padre para acercarse a ella, y la de tu madre para aproximarse a tu padre. Hay una silla vacía entre ellos. No te sientes en ella.

El terapeuta establece un límite entre el subsistema parental y la hija impidiendo su contacto físico con la madre durante el resto de la sesión.

Doris: Bueno, yo me acercaba y a menudo mi madre me decía: «Muy bien, se supone que tu padre debería hacerlo.» Pero yo me imagino que hay una necesidad, mi madre la tiene y yo debo obrar, y ésa es una de las razones por las que creí que debía volver a casa, para ver por mí misma cómo estaban las cosas.

Padre: Y eso es lo que sucede a menudo. Me doy cuenta de que permanezco inmóvil cuando ella necesita ayuda.

Terapeuta: *(al marido)* ¿Puede usted sentarse en esa silla ahora?

Padre: Si nadie me lo hubiera dicho, no lo habría hecho. *(Se sienta en la silla junto a su esposa.)* Lo que no sé es si serviré como muleta o ella será capaz de su- perarlo sola.

Terapeuta: *(ala esposa que permanece sentada con los brazos cruzados y los puños cerrados mientras su marido le ha acercado su brazo poniendo una mano, con la palma hacia arriba, sobre el brazo de la silla de ella)* Mire cómo tiene usted las manos, y mire las manos de él. Le está alargando una a usted.

El terapeuta mediante la disminución de la distancia física primero y el establecimiento de un contacto físico después hace menos rígido el límite existente entre ambos cónyuges.

Madre: Tengo un miedo terrible, no sé cómo reaccionar.

Terapeuta: *(Se pone de pie, toma el puño de ella y se lo abre.)* ¿Qué tal si abre este puño y coge su mano?

Madre: Es extraño.

Terapeuta: Usted decía que él debía caminar, y lo ha hecho. Ahora es el tumor de usted. Milt vino a esta silla, se sentó y alargó su mano y ¿qué hizo usted? Levantó una pared aquí. No diga entonces que él no se mueve, usted es quien permanece inmóvil. El abrió su mano, haga algo como respuesta. Él la miró, pero usted no lo ha mirado.

Madre: No lo puedo soportar.

Terapeuta: Oh, no diga entonces que él no cambia. Considere lo que usted no hace.

Madre: Tengo miedo. No sé qué hacer con esto. Es como si estuviera sentada en el cine y un extraño pusiera el brazo sobre el respaldo de mi butaca, usted sabe, uno de esos individuos repugnantes. Ellos vienen y le tocan a una, y una no sabe si levantarse y llamar al acomodador o quedarse sentada. Es como si no lo conociera.

Terapeuta: Usted dijo que deseaba más interacción de su marido y de su hijo, y es cómico el sentimiento que usted tiene cuando Milt se acerca.

Madre: Es duro cuando alguien se te acerca. Lo normal sería responder, pero me encuentro con que de ningún modo soy capaz de hacerlo. Me ocurría antes: él me tocaba y yo no sabía qué hacer.

Terapeuta: Eso equivale a decir que usted prefiere regodearse en su propio desperdicio.

La presión del terapeuta hacia el cambio hizo que la esposa empezara a asumir la posición de paciente. Aceptar esta posición podría liberarla de la necesidad de explorar modos diferentes de responder a su esposo, restringiendo la unidad de intervención a ella sola, excluyendo al marido y manteniendo el distanciamiento existente en el subsistema conyugal. Si el terapeuta no hubiera seguido presionando para acortar la distancia entre ella y su esposo, habría contribuido a mantener la homeostasis familiar.

Madre: Pero después él me clavará un puñal en la espalda. *(Al marido.)* Si yo bajo mis defensas cuando tú tienes esos sentimientos, después te retirarás y empezarás a arrojarme...

Terapeuta: Milt, ella arroja sobre usted una cantidad de disparates. Lo que dice es: «Ámame, pero no lo hagas porque te daré una patada en los testículos.» Ella le dice a usted: «Tómame», y le da un empujón. No le haga caso.

Madre: ¿Es eso verdad? ¿Es lo que he estado haciendo todos estos años?

Padre: Bueno, creo que antes lo hacías.

Madre: ¿Por qué no me lo dijiste?

Padre: No soy muy hablador, pero tú te apartabas. Sé que en el pasado me pareció que preferías ser desdichada.

Madre: No sé qué decir. Ahora no sé qué hacer. No deseo sentirme así de desdichada.

Padre: Bueno, en el pasado el problema, el por qué no te dije las cosas, era que te enojabas cuando te criticaban. Cualquier crítica sobre tu modo de ser o sobre lo que haces produce en ti una fuerte reacción.

Mientras los padres hablaban, los hijos abandonaron la sala en silencio. El terapeuta aceptó esta salida porque representaba que se habían trazado los límites entre el subsistema parental y el filial, lo cual permitió que los cónyuges empezaran a utilizar una parte de sus respectivos repertorios conductuales que permanecían inmobilizados. Sólo así podrán resolver sus dificultades sin triangular con sus hijos, ello posibilitará además una adecuada emancipación dada la etapa del ciclo vital en que se encuentra esta familia, permitiendo que los hijos comiencen a irse del hogar y que los padres retomen su relación como pareja sin la constante presencia de sus hijos.

Comentario

La terapia estructural es un tratamiento breve, que se suele desarrollar a lo largo de tres o seis meses con entrevistas semanales. Se centra en variables estructurales como son los límites y las jerarquías. Su evaluación encuadra los síntomas dentro del ciclo vital de la familia, considerando que debido al estrés provocado por las transiciones evolutivas, el sistema familiar se adhiere a pautas anteriores de conducta que no se adaptan a las exigencias de la etapa actual. Por lo tanto, el terapeuta debe atender al momento evolutivo familiar y comprobar si las tareas, interacciones, límites y jerarquías corresponden a los requisitos del nuevo estadio. El objetivo terapéutico es adecuar las pautas transaccionales a las necesidades de los contextos evolutivo y social, para lo cual se induce una crisis que obligue a la familia a reequilibrarse sobre otra estructura más adecuada. Cuando provoca la crisis, el terapeuta tiene que brindar un fuerte apoyo y promover las nuevas conductas, en desarrollo, para solucionar el problema.

Se asumen conceptos de anormalidad-normalidad en relación a las variables estructurales: los sistemas patológicos son rígidos en sus alianzas y coaliciones; los límites entre subsistemas son demasiado porosos o demasiado rígidos; las personas se ven forzadas a entrar en ordenamientos triangulares, de forma que las jerarquías contienen alianzas intergeneracionales permanentes.

El terapeuta resulta muy directivo en su tarea de desequilibrar las pautas disfuncionales y conducir a la familia hacia otras nuevas más adaptativas. Al mismo tiempo que evalúa coparticipando con la familia, también redefine el problema y observa cuál es la disposición del sistema hacia el cambio. Las metas del tratamiento se determinan en cooperación con los clientes, de manera que exista un acuerdo colectivo sobre los resultados deseados.

Las técnicas de intervención comprenden redefiniciones, connotaciones positivas y tareas conductuales, ocasionalmente paradójicas -en caso de observarse que los componentes del sistema familiar se «resisten» al cambio- y fundamentalmente directas -basadas en la cooperación con el terapeuta- como ocurre en las denominadas «inversiones» en las que se cambia la conducta de al-

gún miembro por la contraria. Los síntomas del paciente identificado se desafían subrayando que se está sacrificando por la cohesión de la familia. La estructura familiar, que se concreta en el grado de proximidad-lejanía de sus miembros, se altera mediante técnicas reestructurantes cambiando los límites, desequilibrando las jerarquías y enseñando la complementariedad dentro del sistema. Finalmente, cuando la percepción familiar de la realidad no sea operativa porque imposibilite el cambio, se hace necesario recurrir a técnicas cognitivas que desequilibren sus constructos cognitivos*. Minuchin recurre también a la técnica del coro griego, que utiliza al equipo ubicado detrás del espejo unidireccional, para apoyar, enfrenar, confundir, desafiar o provocar a la familia, quedando el terapeuta en libertad de concordar o discrepar con la posición del grupo. Todas estas técnicas inducen cambios en la forma de pensar, sentir y actuar de los integrantes del sistema familiar, permitiendo iniciar y posteriormente consolidar los cambios suscitados.

En conjunto, la finalidad del tratamiento es ayudar a la familia a desarrollar sus propios recursos -valiéndose, si es necesario, del apoyo de otros sistemas privados o públicos- para enfrentar con éxito las exigencias de la etapa del ciclo evolutivo que esté atravesando. De esta forma el síntoma, que no se considera como una solución protectora sino como una reacción del sistema familiar ante la tensión del desarrollo vital, desaparecerá cuando sus miembros sean capaces de adaptarse a un contexto necesariamente cambiante.

Fuentes

- Minuchin, S. (1977), *Familias y terapia familiar*, Granica, Barcelona.
- Minuchin, S., Roseman, B.L. y Baker, L. (1978), *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*, Harvard University Press, Cambridge.
- Minuchin, S. y Fishman, H.Ch. (1984a), *Técnicas de terapia familiar*, Paidós, Barcelona.
- Minuchin, S. (1984b), *Calidoscopio familiar*, Paidós, Buenos Aires; Barcelona 1991.
- Minuchin, S. (1985), *Families and individual development: Provocations from the field of family therapy*, «Child Development» 56, 289-302.

TERAPIA FAMILIAR CON ADOLESCENTES

El enfoque de terapia familiar para el tratamiento de los adolescentes con problemas creado por Fishman tiene gran vigencia dentro de la sociedad occidental actual, en la cual la etapa de la adolescencia presenta una duración imprecisa, ya que una educación más larga y una maduración sexual temprana han dado lugar a una fase prolongada de madurez física asociada a una dependencia económica y psicosocial.

Fishman (1990) estima que la terapia familiar sistémica es un enfoque adecuado para ayudar a los adolescentes y a sus familias a superar los problemas que entraña enfrentarse a una difícil etapa del ciclo vital como es la adolescencia. La familia es el principal contexto en el que se desarrolla el adolescente, si este contexto cambia, cada miembro del sistema familiar -incluido el muchacho adolescente- podrá «desplegar» nuevas pautas de conducta más funcionales. Por consiguiente, este enfoque terapéutico no contempla a la familia como un estorbo externo del que el terapeuta deba desembarazarse, sino como un recurso que es preciso potenciar para facilitar el restablecimiento del adolescente.

A. Problemas que se enfrentan en la adolescencia

La búsqueda de la propia identidad, el logro de una adecuada competencia social, la renuncia al narcisismo y la separación paulatina de su familia son los principales problemas que debe afrontar el sujeto durante la adolescencia (Fishman, 1990).

A.1. *Búsqueda de la identidad*

El adolescente busca su identidad dentro de un contexto familiar -y social- en el que los demás miembros de la familia también están adaptándose a una nueva etapa de su ciclo vital. A diferencia de las concepciones tradicionales, para las que la adolescencia implica la ruptura del vínculo padre-hijo, la terapia familiar sistémica promueve una gradual renegociación de ese vínculo desde la autoridad «asimétrica» de la niñez hacia una reciprocidad en la edad adulta. La meta terapéutica no es que el chico huya del hogar, sino que salga de él y que al hacerlo mantenga una relación adecuadamente protectora para ambas generaciones (Grotevant y Cooper, 1985). Por esta razón, en el tratamiento de un adolescente con problemas, el terapeuta observa las interacciones familiares que se manifiestan en la sesión y afianza el proceso de formación de la identidad de los integrantes de la familia, fomentando la negociación entre la generación de los padres y la generación de los hijos para crear relaciones flexibles.

A.2. *Competencia social*

La familia permite aprender y mantener reglas de interacción social, adecuadas o inadecuadas, que se generalizan más tarde a las situaciones externas. Sin embargo, también los sistemas sociales que rodean a la familia -colegio, amigos, comunidad y lugar de trabajo- pueden contribuir a generar o mantener pautas conductuales funcionales o no funcionales. En consecuencia, ante la presencia de un síntoma en un adolescente conviene abordar -siempre que se crea necesario- no sólo los patrones familiares de interacción, sino también los sociales, interviniendo en el medio externo para corregir patrones disfuncionales que a su vez afectan al sistema familiar.

A.3. *Narcisismo adolescente*

El adolescente se caracteriza por considerarse el centro de atención familiar. Cuando presenta conductas problemáticas, el narcisismo propio de esta edad le hace sentirse omnipotente, de tal forma que juzga innecesario adaptarse a las realidades sociales. El muchacho únicamente se ve obligado a cambiar cuando experimenta la necesidad de valerse por sí mismo, sin el constante apoyo de sus progenitores que refuerzan así inadvertidamente sus conductas inadecuadas. Por ello, para lograr que madure es imprescindible hacerle abandonar ese narcisismo, creando una crisis existencial mediante la experiencia de distanciamiento de sus padres.

El terapeuta debe ayudar a todos los integrantes de la familia a conseguir una separación sin alienación, para lo cual primero deben alejarse gradualmente y luego volver a conectarse a partir de un nuevo tipo de relación más igualitaria.

A.4. *Separación*

El terapeuta debe ayudar a todos los integrantes de la familia a conseguir una separación sin alienación, para lo cual primero deben alejarse gradualmente y luego volver a conectarse a partir de un nuevo tipo de relación más igualitaria.

B. **Evaluación**

La evaluación recoge los presupuestos básicos de la terapia estructural (véase capítulo 8), a cuya gestación también ha contribuido el propio Fishman en colaboración directa con Minuchin de quien se considera discípulo. Lógicamente al centrarse en los problemas ocasionados en o por sujetos adolescentes, dichos presupuestos se aplican al momento evolutivo en que los hijos comienzan a emanciparse del hogar paterno.

B.1. *Elementos de evaluación*

Las principales variables que se tienen en cuenta son: el grado de adaptación a la etapa del ciclo evolutivo en la que los hijos empiezan a alejarse de sus padres, la historia individual y familiar, la estructura de la familia, los patrones de interacción familiar disfuncionales, así como las relaciones con el grupo de amigos y con las instituciones.

B.1.1. Adaptación a la emancipación

El inicio de la emancipación de los hijos supone un gran reto para todas las familias. Algunas responden transformando las reglas para incluir nuevas conductas más funcionales, mientras en otras, ancladas en antiguas reglas, surge un síntoma en torno al cual se organizan, impidiendo así que sus miembros satisfagan las correspondientes necesidades evolutivas.

B.1.2. Historia individual y familiar

Los antecedentes históricos permiten conocer la cronicidad y gravedad del problema. Primeramente, se debe recoger información sobre acontecimientos importantes en la historia familiar como la muerte, divorcio, o enfermedad de alguno de sus miembros, quiebras económicas, etc. En segundo lugar, se pregunta en torno al problema que motiva la consulta: en qué consiste, cuándo y cómo surgió, y de qué forma han tratado de resolverlo. Finalmente, antes de comenzar el tratamiento psicológico se debe investigar la posible presencia de factores biológicos. Por otro lado, no conviene olvidar que la historia relatada por la familia refleja una realidad selectiva, ya que se evocan hechos del pasado conectados con preocupaciones y problemas actuales. En cualquier caso, una vez evaluada la gravedad y cronicidad de la conducta problemática, el tratamiento se orientará a trabajar sobre el momento presente, es decir, sobre el aquí y ahora.

B.1.3. Estructura

La estructura comprende pautas transaccionales relativamente duraderas. Dichas pautas ordenan y organizan los subsistemas familiares en relaciones más o menos constantes -alianzas y coaliciones- que cambian paulatinamente según la etapa evolutiva que atraviesa el sistema familiar. Con objeto de conocer la estructura, el terapeuta evalúa: las habilidades de los integrantes del grupo fa-

miliar para enfrentar las correspondientes tareas del inicio de la emancipación; las transacciones que manifiestan en su presencia; el tipo de límites entre los subsistemas; el reparto del poder; la disponibilidad familiar para el cambio; los factores generadores de estrés; así como las fuentes de apoyo y recursos intra y extrafamiliares.

B.1.4. Proceso

El término «proceso» designa una secuencia de conductas discreta y limitada en el tiempo, que constituye una transacción. Por ejemplo, en un proceso de decisión familiar, el terapeuta puede observar que el padre hace determinada propuesta, el hijo mayor se opone y la madre se pronuncia en apoyo de su hijo. Un acuerdo madre-hijo de este tipo puede tener suficiente fuerza y suscitarse de forma reiterada. Cuando un proceso perdura en el tiempo, adquiere el estatuto de estructura, de forma que el ejemplo anterior ilustraría una estructura de coalición madre-hijo en contra del padre y no sólo un proceso ocasional (Fishman, 1990).

Antes de evaluar cuáles son los patrones disfuncionales que caracterizan a la familia que acude a consulta, el terapeuta debe identificar qué individuos o fuerzas sociales están manteniendo la conducta sintomática.

Con objeto de evaluar el sistema familiar, el terapeuta «coparticipa» con la familia experimentando los patrones de interacción que despliegan sus miembros en la propia entrevista, tras lo cual debe «desligarse». Es de vital importancia que no se deje atrapar por la dinámica familiar y recupere su capacidad terapéutica, para así introducir un cambio en la estructura de la familia. Los patrones conductuales que conllevan una patología pueden clasificarse en las categorías de evitación del conflicto, cismogénesis simétrica o complementaria, intrincación, rigidez y sobreprotección (Fishman, 1990). Sin embargo, las mencionadas categorías no son mutuamente excluyentes. Muchas familias que exhiben patrones de intrincación, rigidez y sobreprotección tampoco enfrentan directamente el conflicto, siendo incapaces de confrontar diferencias y

negociar soluciones satisfactorias a sus problemas. Seguidamente describimos en qué consiste cada uno de los patrones disfuncionales:

1. *Evitación del conflicto.* Las familias con un miembro sintomático normalmente toman medidas que les permitan «esquivar» la confrontación, evitando reconocer el conflicto. La evitación difiere de la dispersión en que el segundo término se utiliza para describir lo que realmente puede suceder durante una sesión, es decir, que cuando crece la tensión entre dos personas, una tercera actúa para reducir esa tensión desviando el enfrentamiento.

2. *Cismogénesis simétrica y complementaria.* La cismogénesis simétrica se refiere a secuencias de interacciones en escalada*, basadas en la competitividad, que conducen a un cisma. En su forma complementaria, este patrón aparece como una serie de conductas recíprocamente ajustadas, en las que una persona adopta siempre una posición superior y la otra una posición siempre inferior.

3. *Intrincación.* El patrón de intrincación familiar se caracteriza fundamentalmente por una extrema proximidad e intensidad en las interacciones, es decir, por unos límites insuficientemente diferenciados entre los miembros de la familia que conducen a una falta de distinciones apropiadas en las percepciones que tienen unos de otros y de sí mismos. Esta involucración extrema dificulta notablemente no sólo el proceso de formación de identidad individual y familiar, sino también el logro de una adecuada emancipación del joven con respecto a su familia de origen.

4. *Rigidez.* Consiste en la incapacidad del sistema familiar para abandonar el *statu quo* cuando las circunstancias parecen indicar la necesidad de un cambio y, por tanto, conduce al estancamiento del desarrollo evolutivo. La rigidez hace que la familia se ancle en antiguos patrones, que eran adecuados para etapas anteriores del ciclo, pero no para la que ha de «atravesar» en el momento presente.

5. *Sobreprotección.* El patrón disfuncional de sobreprotección se observa cuando existe una preocupación exagerada de los integrantes de la familia entre sí, lo cual impide que el adolescente desarrolle su competencia y autonomía para satisfacer las necesidades propias de su edad.

C. Técnicas de intervención

Nuevamente los recursos técnicos para promover el cambio corresponden a la modalidad de intervención del enfoque de terapia estructural, y se apoyan en la estrategia descrita por la terapia estratégica de Haley (véase capítulos 10 y 11) de unir a los progenitores para que ayuden a su hijo a superar el problema. Se trata de conseguir un *cambio «in situ»*, durante la propia entrevista, fundamentalmente a través de: técnicas de escenificación basadas en el desafío, técnicas reestructurantes como la fijación de límites y el desequilibrio de las jerarquías familiares, y técnicas cognitivas como el reencuadre y la connotación positiva, dirigida a resaltar los aspectos positivos y competentes de los integrantes del grupo familiar. Por otro lado, es esencial que el mensaje que el terapeuta transmite a la familia cobre la suficiente intensidad para alterar las pautas disfuncionales y promover otras nuevas más adecuadas.

C.1. Escenificación

La escenificación se desarrolla en tres pasos. En primer lugar, el terapeuta observa las transacciones espontáneas de la familia y decide en qué aspectos disfuncionales se va a centrar. Después, hace que los miembros del grupo familiar representen el proceso «patológico» en su presencia. Posteriormente, cuestiona mediante el desafío los patrones disfuncionales -y si es necesario los intensifica- hasta que emergen otros más funcionales, activando así el cambio terapéutico.

C.2. Establecimiento de límites

Deben establecerse límites claros entre el subsistema parental y el subsistema filial, que además sean lo bastante flexibles para facilitar el crecimiento del adolescente. Cuando los límites sean demasiado rígidos el terapeuta deberá hacerlos más permeables, de manera que los padres aporten el apoyo necesario para que el mu-

chacho se vaya independizando dentro de un marco de cierta seguridad. La finalidad de la terapia es reemplazar los patrones disfuncionales por otros más apropiados que permitan la emancipación del hijo. Para ello, el terapeuta impide la vigencia de patrones triangulares basados en coaliciones intergeneracionales o en la utilización del muchacho como «chivo expiatorio» de los problemas de sus progenitores, de forma que desaparezca el patrón de evitación del posible conflicto conyugal a través del adolescente sintomático. La instauración de límites normales evita la presencia de la intrincación y sobreprotección excesivas que caracterizan a los límites porosos.

C.3. *Desequilibrio*

El terapeuta cuestiona y cambia la organización familiar incorporándose al sistema y actuando en apoyo de un solo individuo o subsistema. Esta técnica requiere una gran habilidad por parte del terapeuta quien tiene que moverse en los dos bandos, aliándose alternativamente con el chico y con los padres, sin desautorizar a los últimos. De este modo, los miembros de la familia pueden explorar nuevas posibilidades de funcionamiento personal e interpersonal, y al ampliar su repertorio conductual con patrones más funcionales, resolver el problema.

C.4. *Reencuadre*

Se enmarcan de forma diferente las experiencias individuales e interpersonales de los componentes de la familia. El objetivo es producir no sólo un cambio cognitivo sino también patrones interaccionales diferentes, es decir, un cambio conductual. La terapia no se fundamenta en el mero hecho de hablar de los problemas, sino en promover nuevas formas de actuación dentro de la entrevista, que luego se intentan consolidar a través de tareas para realizar fuera de la sesión. En este sentido, el cambio cognitivo se considera una ayuda necesaria para producir el cambio conductual.

t

C.5. *Búsqueda de competencia*

Una de las responsabilidades más importantes del terapeuta es ampliar las alternativas existentes en la familia para descubrir identidades nuevas y más positivas en todos sus miembros. Activar los repertorios conductuales potenciales supone un enriquecimiento en la complejidad necesaria para una eficaz adecuación del sistema familiar a los requerimientos de su momento evolutivo.

C.6. *Intensidad*

Con objeto de provocar un cambio, el terapeuta debe transmitir su mensaje de forma que el sistema lo comprenda, y únicamente puede estar seguro de que los integrantes de la familia lo han recibido cuando manifiestan patrones conductuales diferentes. La exageración y ridiculización de las pautas disfuncionales, así como la repetición de los mensajes terapéuticos son recursos necesarios para romper la homeostasis familiar y lograr el cambio.

A partir de este punto y hasta el final del capítulo describiremos el tratamiento aconsejado en casos de delincuencia, fuga del hogar, violencia familiar, incesto, intentos de suicidio, discapacidad mental o física y problemas de adolescentes que viven en una familia uniparental. El prendimiento se basa en la utilización de técnicas provenientes de la terapia estructural (véase capítulo 8) y del tratamiento recomendado por Haley para adolescentes con problemas de esquizofrenia, delincuencia y drogadicción (véase capítulo 11). Al igual que este último, Fishman emplea en algunos de los problemas una estrategia consistente en otorgar el poder a los padres, que deben establecer conjuntamente las reglas que van a regir la vida del adolescente en el hogar, y en facilitar una adecuada negociación posterior entre los progenitores y el hijo.

D. Tratamiento del adolescente delincuente

En los últimos treinta años, la familia se ha convertido en una institución inestable y como consecuencia el adolescente recurre

más a sus amigos y hermanos, estando muy influido por ambos. En este sentido se ha constatado que en las familias con hijos delinquentes se produce una renuncia a la autoridad parental y el subsistema fraterno se vuelve más poderoso (Minuchin y cois., 1967). A menudo, los padres son ineficaces no porque se sientan incómodos al ejercer su autoridad, sino porque hay un patrón crónico de desacuerdo entre ellos que debilita su poder ejecutivo. La división también puede darse entre un progenitor y un abuelo, o entre el organismo de asistencia social y el tribunal de justicia que están a cargo del adolescente (Fishman, 1990). El objetivo terapéutico es cambiar las relaciones perturbadas entre los progenitores y el hijo y abordar los efectos de un sistema externo que contribuye a mantener la conducta delictiva.

D.1. *Objetivos terapéuticos*

Mediante el tratamiento del delincuente y de su familia se trata de eliminar el narcisismo del adolescente y devolver el poder a los padres para que controlen eficazmente el problema de su hijo.

D.1.1. Eliminar el narcisismo del adolescente

El delincuente no asume la responsabilidad de su conducta delictiva. Si lo cogen cometiendo alguna infracción, se limita a decirse a sí mismo: «Salió mal, pero la próxima vez no me atraparán» (Fishman, 1990). Por otro lado, se observa con frecuencia que las figuras parentales mantienen el comportamiento reprochable del adolescente al desculpabilizarlo en mayor o menor medida. Sin embargo, no hay que olvidar que las personas sólo se vuelven competentes cuando se cuestiona y se destruye su narcisismo infantil, que les dice que siempre serán protegidos. Por esta razón, la meta terapéutica es crear una crisis existencial en el muchacho, para hacerle comprender que él es responsable de su vida y que para salir adelante deberá apoyarse exclusivamente en su propio esfuerzo.

D.1.2. Fortalecer la jerarquía del sistema parental

Desde un principio se debe incluir a todos los miembros significativos del sistema que envuelve al delincuente. El mundo de sus amigos puede poner al descubierto la vitalidad y las emociones que obtiene el adolescente de la delincuencia. Dicho contexto exterior actúa negativamente manteniendo y potenciando la conducta delictiva, pero también puede ser el medio donde el muchacho despliega ciertas facetas positivas que habrá que introducir en el sistema familiar.

La intervención intentará fortalecer la jerarquía parental para contrarrestar y regular la influencia de los amigos. En este sentido, es importante que los padres ayuden a su hijo a encontrar un contexto extrafamiliar que refuerce las facetas no delinquentes, impidiendo el contacto con aquellos sectores que favorezcan el comportamiento delictivo. Asimismo, no se les permite que utilicen la conducta problemática del hijo para evitar sus conflictos como pareja. Por ello, es preciso disipar la creencia paterna de que la firmeza por separado es la respuesta al problema, ya que en realidad, la delincuencia se fomenta por la tendencia a tomar decisiones de forma independiente. La verdadera solución radica en que ambos estrechen filas y se muestren fuertes como pareja para conseguir que su hijo se comporte de forma responsable y acate las reglas familiares y extrafamiliares (Fishman, 1990). Por consiguiente, se debe instar a los progenitores a que valoren la gravedad de las conductas delictivas y a que ninguno reaccione ante ellas de forma benévola o transigente.

El terapeuta debe tener en cuenta la habilidad del adolescente para manipular a los padres, amenazándoles con no volver a casa si se muestran firmes al imponer normas de conducta. Entonces invertirá la amenaza planteando que el hijo podrá regresar al hogar sólo cuando se comporte de forma apropiada e impedirá que asuma el control, pero cuidando de no cerrarle todas las puertas. El propósito no es meramente devolver la autoridad a los padres, sino hacerlo de tal modo que impulsen a su hijo a ganarse el derecho de volver a la familia. Al suministrar los medios de enmendarse -obediendo las reglas formuladas por los progenitores- se promueve el proceso de expiación, ya que el adolescente tiene que negociar el

precio de pertenecer al sistema familiar cumpliendo las normas acordadas (Fishman, 1990).

E. Tratamiento del adolescente fugitivo

Las familias de los adolescentes fugitivos muestran un gran número de rupturas y situaciones angustiosas como muerte, divorcio y separación. Los chicos que huyen del hogar suelen ser víctimas de castigos físicos, progenitores alcohólicos, peleas recurrentes entre padres separados o divorciados, y han tenido que sufrir la experiencia negativa del desempleo prolongado del padre.

El terapeuta tiene que distinguir los problemas parentales de los del adolescente, ya que en estas familias se suele observar un patrón de evitación del conflicto a través del hijo sintomático. Su cometido es mantener a los progenitores en la posición directiva que les corresponde -evitando que triangulen con el chico- y al mismo tiempo capacitarlos para que ofrezcan opciones al hijo. Si los padres creen que la solución estriba únicamente en ponerse severos, la terapia será improductiva. El objetivo terapéutico es ayudarles a adquirir firmeza y simultáneamente a suministrar nuevas posibilidades.

E. 1. *Objetivos terapéuticos*

Las metas del tratamiento de la familia cuyo hijo se ha fugado de casa son: generar opciones en el sistema familiar y entrenar a los progenitores en habilidades parentales y en habilidades de negociación. Con ello se consigue flexibilizar la autoridad paterna, de modo que los padres sean firmes y al mismo tiempo tengan en cuenta las peticiones del muchacho.

E. 1.1. Crear opciones

El adolescente que huye de su hogar no ve otra solución que escaparse de un sistema familiar rígido e inflexible. Por consi-

guiente, se hace preciso iniciar una terapia de negociación para proporcionar opciones que permitan al chico y a sus padres encarar los problemas del desarrollo individual y familiar. Únicamente a través de una negociación entre los progenitores y el adolescente, en la cual el terapeuta necesariamente tendrá que apoyar a las dos partes, se resolverán aquellos aspectos disfuncionales del sistema que impiden el crecimiento del adolescente dentro de su seno. El objetivo primordial es dotar al hijo de un ambiente adecuado que no le lleve a huir, sino que lo capacite para una emancipación que proteja adecuadamente a ambas generaciones. Para lograrlo, inicialmente el terapeuta debe abordar los recelos existentes en la familia, ya que por una parte, el temor de lo que pueda hacer el chico incapacita a sus progenitores y los vuelve ineficaces y, por otra, el miedo a los actos parentales frustra o atemoriza al hijo obligándole a huir.

E.1.2. Ayudar a los padres a ser directivos y hacer participar al adolescente

En este tipo de problemáticas se observa que los padres suelen turnarse en la sobreprotección del adolescente, reaccionando alternativamente con firmeza y con condescendencia ante su fuga. La meta terapéutica es que los progenitores se vuelvan directivos -firmes y flexibles- de tal modo que ejerzan su autoridad de una forma más equilibrada. Para ello, el terapeuta inicia una negociación que incluye dos fases. La primera consiste en ayudar a los adultos a negociar entre sí, en presencia de los hijos, hasta que lleguen a un acuerdo sobre los criterios que adoptarán con el adolescente. La segunda fase comprende una negociación entre los dos padres -que ahora tomarán conjuntamente las decisiones- y su hijo. Cualquier confusión respecto a esta secuencia de negociación puede paralizar la terapia (Fishman, 1990).

En ocasiones, el trabajo con la familia de un adolescente fugitivo puede ser engañoso, ya que aunque los participantes hablen como si quisieran negociar, es posible que lo que realmente intente cada uno es que se le reconozca como el «buen» negociador.

F. Tratamiento de la familia violenta

Se considera que uno de los principales desencadenantes del maltrato es la tensión existente dentro de la familia y en la comunidad circundante (Mrazek y Mrazek, 1985). Además, en los sistemas familiares violentos suele suceder que quienes cometen los actos de violencia se ven a sí mismos como víctimas obligadas a reaccionar a las provocaciones del otro, la víctima de la agresión (Minuchin, 1984).

Los episodios de violencia se pueden conceptualizar como un problema de invasión de límites. Por tanto, el terapeuta ha de reorganizar las reglas familiares en torno a límites claros y flexibles, que posibiliten el crecimiento y una relación sana entre los componentes de la familia.

F.1. *Objetivos terapéuticos*

El tratamiento de las familias violentas exige primeramente que el terapeuta sea cauto y no se precipite a cambiar determinados patrones que por momentos son adaptativos. En segundo lugar, debe insistir en la necesidad de cambios conductuales y proteger a los miembros maltratados en caso de que los episodios de violencia no hayan desaparecido. Los cambios tienen que alterar las coaliciones intergeneracionales que a largo plazo conducen a una tensión y a un conflicto mayores, y los patrones de cismogénesis simétrica o complementaria. Finalmente, es necesario conseguir que aparezca una mayor consideración y respeto entre los miembros del sistema familiar, lo cual será posible a medida que los límites entre los subsistemas se hagan más precisos y los padres se apoyen entre sí.

F. 1.1. No hacer daño

En estas familias el terapeuta corre el riesgo de desactivar involuntariamente un patrón aparentemente disfuncional, que en realidad es funcional en algunas ocasiones. Se debe proceder con cuidado y

buscar un cambio paulatino en algunos aspectos. Más tarde, cuando se haya logrado una estructura mejor adaptada, el terapeuta intervendrá para volverlo más normal. Por ejemplo, puede existir una coalición entre madre e hijo en contra de un padre violento que es necesario atenuar, pero hay momentos en que la madre requiere contar con la ayuda del hijo para defenderse del padre (Fishman, 1990). Lo correcto sería animar a la madre para que apoyara al padre; uniendo a los progenitores se traza un límite preciso entre el subsistema parental y el filial que evita la triangulación. Se supone que si el progenitor violento percibe que su cónyuge lo apoya y no se alía en contra suya con el hijo, no necesitará recurrir a la violencia.

F.1.2. Crear una terapia basada en la experiencia

Una vez iniciado el tratamiento, el terapeuta debe verificar la existencia de nuevos patrones de interacción que no incluyan la violencia. Si esas nuevas conductas no se ponen de manifiesto o si se reafirman los antiguos patrones, es necesario que tome las medidas oportunas para garantizar la seguridad de los integrantes de la familia.

F.1.3. Desarrollar una valoración positiva en la familia

Se intenta crear un contexto de mayor afecto y menor tensión, ya que la reducción de la violencia conlleva cambios en otros aspectos. La terapia debe enfrentar y anular la degradación existente, fomentando la autovaloración y creando una atmósfera de respeto, de manera que puedan emerger aspectos más positivos entre los integrantes del sistema familiar. En este sentido el terapeuta puede redefinir las atribuciones negativas a intenciones hostiles como intentos de acercamiento afectivo, aunque realizados con gran torpeza.

El objetivo terapéutico no consiste únicamente en establecer una jerarquía que puede fijar reglas y hacerlas cumplir. Los padres deben ser una autoridad que negocie con los adolescentes, de modo que éstos se sientan respetados y libres. El remedio requerido, pero

rara vez empleado en las familias con tendencia a la violencia es ofrecer disculpas, reparar ofensas y pedir perdón (Fishman, 1990).

G. Tratamiento de la familia en la que surge el incesto

El abuso sexual que hace un padre -u otro miembro adulto- de alguno/s de sus hijos -o familiares- se considera la violación máxima de los límites familiares. Es más frecuente que el incesto se dirija hacia las niñas, en quienes produce permanentes y profundos sentimientos de vergüenza, impotencia y culpabilidad. Normalmente ante estas situaciones, las madres se muestran inseguras y desvalidas y parecen no percatarse de la existencia del abuso (Finklehor, 1979).

G.1. *Objetivos terapéuticos*

En un problema tan grave, delicado y heterogéneo como es el incesto el terapeuta debe diseñar intervenciones adecuadas a cada familia. Sin embargo, existe una serie de consideraciones comunes que siempre conviene seguir. Lo primero que ha de lograr es la denuncia del problema, porque únicamente se impide que el incesto se mantenga revelando el secreto de su existencia.

La principal preocupación terapéutica es proteger al menor y conseguir que la familia se motive para colaborar en la superación del problema. Generalmente, son necesarias entrevistas individuales para prestar ayuda a la víctima y a la madre. Tras una primera fase tendente a proteger al menor y evitar que quien comete el abuso repita su delito con otros menores, el terapeuta centrará su intervención en el establecimiento de límites claros y firmes, desalentando falsas esperanzas y poniendo a prueba el sistema para el cambio.

G. 1.1. Proteger al muchacho

Es prioritario asegurarse de que la conducta incestuosa no se repita, protegiendo a la víctima y a los miembros de la familia que

puedan resultar maltratados, y sólo posteriormente se intentará transformar el sistema familiar. Conviene trabajar en estrecha colaboración con las autoridades legales, tanto para incrementar la fuerza en favor del cambio como para proteger al menor durante las fases iniciales del tratamiento.

En numerosas ocasiones es inevitable que una institución o una familia sustituya se hagan cargo del niño, temporal o permanentemente. El incesto supone la violación total de los límites familiares, y la terapia debe dirigirse más a establecer límites que a mantener intacta la unidad familiar. Esto es así porque la terapia familiar sistémica concibe la familia como un sistema de relaciones cuyo propósito es promover el crecimiento y el bienestar de quienes lo componen; si el sistema de relaciones no cumple ese propósito, la prioridad es el individuo.

G.1.2. Conseguir la iniciativa familiar

La familia debe comprender que el problema reside en su seno y que es ella quien debe actuar para resolverlo, tomando la iniciativa y luchando por el cambio. El trabajo de motivación es arduo, ya que en el sistema predomina el miedo a desvelar un secreto celosamente guardado. Sin embargo, revelar la existencia del incesto supone un primer paso en el establecimiento de los límites intrafamiliares. Posteriormente, el terapeuta insistirá en que son los componentes de la familia los que deben lograr un cambio, desestimando falsas expectativas con respecto a que los sistemas externos conseguirán solucionar el problema sin su implicación.

G.1.3. Sacar a la luz los puntos secretos y sombríos

De forma individual hay que ayudar a la víctima a elaborar su experiencia traumática. Puede ser necesario tratar individualmente a otros miembros de la familia, en especial a la madre. Ésta debe comprender que tiene otras opciones distintas al silencio coaccionado y necesita aprender a dar prioridad al bienestar de sus hijos,

evitando por todos los medios que el incesto se repita. Asimismo, el terapeuta tendrá que examinar el contexto que rodea a la madre para determinar qué factores le hacen sentirse incompetente e impotente, con el propósito de contrarrestarlos.

G.1.4. Estar alerta ante el peligro para el contexto exterior

El equipo terapéutico ha de mantenerse alerta porque, aun cuando se disgregue el sistema familiar, el transgresor podría mudarse a otra parte y abusar allí de más menores. Por lo tanto, es conveniente realizar seguimientos periódicos que informen del comportamiento y condiciones de vida de la persona que ha cometido el incesto. Esto supone un elevado compromiso ético y social por parte de los profesionales implicados en el tratamiento.

G.1.5. Establecer y mantener límites

Se deben establecer límites excepcionalmente firmes, si es necesario con la ayuda de las autoridades, lo que implica quebrantar la expectativa cultural de que la familia se mantenga unida (Fishman, 1990). La meta del tratamiento es reestructurar el sistema familiar para que los padres cumplan su función de educar y proteger a sus hijos, pero si éstos son víctimas de nuevos abusos o de maltrato, la obligación del equipo terapéutico es protegerlos por encima de todo.

G.1.6. Desalentar falsas esperanzas

El terapeuta ha de fomentar la cólera y la indignación de los familiares contra la persona que ha cometido el incesto. Ambos aspectos son necesarios para motivar un verdadero cambio basado en hechos reales y no en falsas expectativas. Únicamente así será posible crear y mantener los límites familiares y exigir que el transgresor asuma la responsabilidad por su conducta incestuosa, sin que otras personas disculpen su proceder.

G.1.7. Poner a prueba el sistema

Es importante preguntar al transgresor cuándo comenzó a considerar al menor como una potencial pareja sexual. Al poner en evidencia esos incidentes, el cónyuge quizá comience a advertir su propio rol y a asumir cierta responsabilidad. Esto puede abrir un camino para abordar los posibles problemas conyugales, que en ocasiones pueden estar manteniendo la conducta incestuosa (Fishman, 1990).

H. Tratamiento del adolescente suicida

La depresión se considera una variable necesaria, pero no suficiente en los intentos de suicidio de adolescentes (Carlson, 1981). Del mismo modo, a pesar de que los problemas principales se encuentren en el contexto más amplio, la familia refleja y a menudo exagera las presiones externas existentes en el mundo del adolescente (Dykeman, 1984).

Uno de los patrones más frecuentes en el seno familiar de un adolescente suicida es la triangulación, la presencia de lealtades divididas que fuerzan al muchacho a tomar partido por uno u otro de los padres, provocándole una enorme tensión. Esto genera intensos sentimientos de culpa en el hijo, quien siente que siempre traiciona a uno de sus progenitores, reduciendo así su autoestima. Además cuando el adolescente vive en una familia caracterizada por una constante triangulación, rechazo y culpa, el rechazo del contexto social más amplio se torna intolerablemente amenazador, puesto que el muchacho no cuenta con un hogar seguro y acogedor que le brinde apoyo.

También puede suceder que el sistema familiar se encuentre prematuramente desligado, lo cual hace que el chico se sienta expulsado a una edad en que todavía no está en condiciones de emanciparse totalmente. Ante las dificultades del medio externo, no acude a su familia porque siente que en ella se le desvaloriza y rechaza. Una situación de este tipo aumenta su vulnerabilidad, propiciando que vuelque la agresividad hacia sí mismo en un acto que

conduce al suicidio. La tarea del terapeuta con familias de estas características es lograr una mayor organización del sistema familiar, que suele estar muy desestructurado, de forma que pueda satisfacer las necesidades que faciliten el crecimiento del muchacho. En general, todos los sistemas familiares de adolescentes suicidas son extremadamente rígidos, caracterizándose por una falta de adaptación a los nuevos requerimientos evolutivos de sus miembros. Un ejemplo claro lo brindan las familias que insisten en la perfección, creando con ello un clima muy opresivo para los hijos. El síntoma suicida se puede interpretar como un intento desesperado de producir un cambio en el sistema.

H.1. *Objetivos terapéuticos*

El problema del suicidio hace necesario que la terapia se encamine a la consecución de las metas siguientes: cambiar la estructura familiar; modular la tolerancia al estrés; ayudar al muchacho a asumir la realidad existencial; evitar que los padres adopten una actitud excesivamente protectora o excesivamente inmovilista hacia el adolescente, y tener en cuenta la influencia del contexto exterior a la familia.

H. 1.1. Cambiar la estructura y la comunicación afectiva familiar

En primer lugar, el terapeuta debe cambiar la estructura familiar, impidiendo la triangulación, ya sea debida a coaliciones intergeneracionales permanentes o a la utilización del muchacho como «chivo expiatorio» de los problemas de los padres. Una vez corregidos los aspectos organizativos, la terapia debe ayudar al adolescente a sentirse valorado, es decir, no sólo a ser tolerado sino también a tener voz, destacando sus aspectos más positivos y competentes. Por consiguiente, la labor del terapeuta es fijar límites flexibles que permitan una relación positiva entre los componentes de la familia, de forma que se favorezca el crecimiento del adolescente y el apoyo necesario para el mismo.

H.1.2. Modular el sistema impulsivo

Estas familias se rigen por la complacencia inmediata y la incapacidad para tolerar la contrariedad y el sufrimiento, haciendo que el adolescente no esté preparado para soportar las inevitables frustraciones vitales.

Para cambiar esta situación el terapeuta debe evaluar previamente cuál es el grado de impulsividad del contexto familiar, averiguando si alguno de los padres bebe en exceso, si hay miembros manifiestamente entrometidos en la familia, y si confluyen factores como pobreza o enfermedad.

H.1.3. Evitar que la familia forme un chico vulnerable

Con posterioridad a un intento de suicidio, hay ocasiones en que la familia se vuelve excesivamente protectora y otras en las que hace caso omiso de la gravedad del intento. En el primer caso, el terapeuta debe abordar el sentimiento de culpa de los padres que les lleva a sobreproteger a un chico que consideran totalmente vulnerable. El objetivo es conseguir que estimulen y apoyen a su hijo para que asuma las responsabilidades y tareas correspondientes a su edad.

En el segundo caso, cuando el sistema se muestra inmovilista, el terapeuta impedirá que el adolescente sea desvalorizado por los progenitores, quienes restan importancia a la conducta suicida o reaccionan considerando a su hijo como un loco (Fishman, 1990). Tratará de destacar las facetas competentes del muchacho, pero si los padres continúan indiferentes, recomendará que una familia sustituta se haga cargo del chico, al menos temporalmente.

H.1.4. Ayudar al adolescente a asumir la realidad existencial

Una tarea clave del tratamiento reside en ayudar al adolescente a asumir la realidad existencial de soledad, mortalidad y vulnerabilidad. En la lucha por aceptar esa experiencia, los padres pueden

aportar aliento y empatía, pero no deben intervenir para rescatar al hijo. Es necesario que el muchacho luche y supere este desafío por sí mismo, aunque sintiendo que tiene una familia que lo quiere y lo respalda.

H. 1.5. Tener en cuenta el contexto más amplio

Se debe rechazar la idea de que el contexto del adolescente se reduce a los padres y que, por tanto, la familia ha hecho algo que provocó la conducta suicida. Un supuesto de este tipo genera sentimientos de culpa que no ayudan ni a los padres ni al tratamiento (Fishman, 1990).

La terapia debe intervenir tanto en el contexto familiar como en el social, si se considera necesario, no para buscar responsables, sino para alterar aquellos factores que estén incidiendo en el mantenimiento de estructuras inadecuadas que favorecen los episodios de suicidio.

I. Tratamiento del adolescente discapacitado

Se denomina «discapacidad» a cualquier condición, ya sea crónica o temporal, que potencialmente perjudique el funcionamiento del individuo (Fishman, 1990). Aunque únicamente una minoría de los niños y adolescentes con esta problemática experimenta dificultades graves en el desarrollo de su personalidad, sin embargo se observa que el chico discapacitado es más vulnerable durante la adolescencia que durante la infancia (Hausser, 1985).

Los resultados de las investigaciones sobre chicos discapacitados y sus familias permiten afirmar que los factores que disminuyen la vulnerabilidad y aumentan la fortaleza del discapacitado son: una elevada autoestima, la capacidad para controlar el medio, la competencia social y escolar, la calidez en el hogar y una interacción familiar equilibrada (Fishman, 1990).

1.1. *Objetivos terapéuticos*

Las metas terapéuticas del tratamiento del adolescente discapacitado y su contexto familiar consisten fundamentalmente en: alterar las conductas de otros familiares que impiden al chico aumentar su competencia; incrementar las expectativas con respecto a las posibilidades del discapacitado; reconocer que durante la adolescencia la familia está sometida a un fuerte estrés; emplear recursos externos que puedan aliviar a los familiares de la carga excesiva que supone el adolescente, y atender las consecuencias negativas que suelen sufrir los hermanos.

1.1.1. Cambiar las conductas que refuerzan la discapacidad

Conviene que el terapeuta desde la primera entrevista actúe con rapidez para cambiar los patrones de interacción que refuerzan la discapacidad y los sustituya por otros que promuevan una mayor competencia. En este sentido, es fundamental que observe desde un principio posibles áreas de competencia en el discapacitado que la familia haya pasado por alto, centrando la atención en ellas para hacerlas patentes, ampliarlas e impedir los patrones de sobreprotección.

La finalidad del tratamiento, cuando el muchacho es menor de edad y no mantiene contacto con ningún grupo de amigos, consiste en buscar un incentivo para que se supere a sí mismo o para que se relacione con otras personas de su edad. En el caso de un joven mayor, la meta reside en preparar al discapacitado y a su familia para la emancipación, si ésta es posible, o para el máximo grado de independencia que la discapacidad permita.

1.1.2. Transformar las expectativas demasiado limitadas

Las familias perciben la discapacidad como un estado permanente e inmutable, sin considerar que siempre hay un margen dentro del cual el muchacho puede mejorar. Como consecuencia, esperan un funcionamiento disminuido en el discapacitado y no lo

impulsan a esforzarse y crecer. Por ello, el terapeuta evalúa hasta qué punto las limitaciones del adolescente se deben a que el contexto familiar y social le trata como una persona con posibilidades muy restringidas y trabaja para ampliar las expectativas de los familiares con respecto al discapacitado.

1.1.3. Reconocer que la vulnerabilidad es mayor en la adolescencia

En general, las familias presentan mayor tendencia a organizarse en torno a las limitaciones del discapacitado en los períodos de vulnerabilidad más intensa, que abarcan cambios de trabajo, crisis de madurez, muerte de algún miembro o problemas en la relación conyugal. Además, el agravamiento de la enfermedad del adolescente puede elevar la vulnerabilidad del sistema, creándose un círculo vicioso que es preciso romper.

Se debe observar si el déficit del adolescente estabiliza el funcionamiento del sistema al evitar que los familiares enfrenten sus propios problemas. Si así sucede, el cambio hacia una mayor competencia se vuelve amenazador y desemboca en la detención del proceso evolutivo de la familia, que se organiza en torno a las necesidades de la persona que presenta la discapacidad. Ante una situación de este tipo, el terapeuta ha de alentar a los integrantes del grupo familiar a que afronten sus propios problemas y fomenten su propia autonomía.

Por consiguiente, en el caso de las familias con adolescentes discapacitados es necesario atender especialmente a posibles factores de vulnerabilidad familiar, que pueden entorpecer los progresos del adolescente. En este sentido la terapia intentará fomentar toda la independencia que el individuo discapacitado y el sistema puedan alcanzar. Como ya hemos mencionado previamente, para lograr este objetivo es muy importante que durante la sesión se cree una oportunidad para que la familia perciba al adolescente como una persona competente en alguna faceta que antes quizá desconocían o no valoraban suficientemente.

1.1.4. Organizar un sistema de apoyo

En un problema de este tipo resulta adecuado que la familia se apoye en recursos extrafamiliares, evitando presiones excesivas sobre cualquiera de sus miembros. La existencia de «sobrecargas» en la persona o personas encargadas de cuidar al discapacitado no beneficia el funcionamiento del sistema familiar. Por el contrario contribuye a crear un clima de malestar que puede resultar muy negativo para todos.

1.1.5. Abordar las secuelas en el subsistema fraterno

Uno de los aspectos relacionados con el punto anterior es que el adolescente discapacitado puede acaparar toda la atención paterna, lo que suele provocar sentimientos de abandono, hostilidad o celos en sus hermanos. Con frecuencia, los padres están sobrecargados y no pueden dar más de sí, por lo que se debe proporcionar al subsistema fraterno un sistema de apoyo extemo.

J. Tratamiento de la familia uniparental

Normalmente las familias uniparentales están formadas por un progenitor del sexo femenino y sus hijos, aunque también se da el caso del progenitor varón, especialmente en los viudos (Hogan, 1983). Es un hecho constatable que cada día las familias uniparentales son más frecuentes, debido al mayor índice de divorcios y de mujeres que deciden tener hijos sin convivir con una pareja estable. Por otro lado, en los ambientes social y económicamente más desfavorecidos muchas mujeres son abandonadas por sus maridos o compañeros, teniendo que enfrentarse solas a la costosa tarea de sacar adelante a sus hijos. En esas circunstancias es más probable que tengan mayores dificultades en desarrollar habilidades parentales, habilidades de comunicación y de negociación para resolver con éxito los problemas que plantean sus hijos en edad adolescente.

J. 1. *Objetivos terapéuticos*

El terapeuta debe ayudar al progenitor único, hombre o mujer, a tener mayor confianza en sí mismo para ejercer sus funciones como padre/madre y, en caso de que se vea desbordado en la tarea de atender a sus hijos, animarle y orientarle para que busque ayuda en sistemas externos. En ningún momento debe sustituir a la madre en su función de ejercer autoridad sobre el subsistema filial, sino que por el contrario debe apoyarla y reforzarla para que sea ella misma quien lo haga (Fishman, 1990).

J. 1.1. Aumentar la autoconfianza del progenitor

En la etapa inicial de la terapia es prioritario centrarse en el progenitor como individuo, con objeto de confirmar y fortalecer su autoconfianza. Una vez conseguido esto, se le ayuda a ejercer una autoridad adecuada con sus hijos. Cuando se sienta abrumado y comience a dudar de su propio criterio sobre lo que es correcto, el terapeuta le suministra apoyo y nuevas opciones, confirmando su visión de la realidad, ya que el progenitor único cuenta con menos posibilidades y recursos que las parejas de padres.

J.1.2. Buscar apoyo en el contexto más amplio

La reorganización de los límites familiares no es meramente una cuestión de dependencia-independencia, se trata de crear nuevas reglas que aseguren un espacio para el crecimiento de todos. En ese sentido, también se debe proveer al progenitor de medios para su propio desarrollo, que redunden en su mejor funcionamiento como individuo y como padre/madre. Cuando sea necesario, deberá ponerse en contacto con sistemas de apoyo exteriores, ya sea la familia de origen, los amigos, grupos de autoayuda o instituciones específicas, que le proporcionen los recursos necesarios para sacar adelante a su familia.

Comentario

El enfoque terapéutico creado por Fishman para resolver los problemas más relevantes a los que se ven sometidas las familias con hijos adolescentes se fundamenta en una combinación de la terapia estructural de Minuchin, en cuyo desarrollo ha participado el propio Fishman, y el tratamiento de Haley para los problemas de emancipación, concretamente esquizofrenia, delincuencia y drogadicción.

La adolescencia se considera una de las etapas del ciclo vital familiar que generan más problemas, puesto que en ella concurren varios cambios evolutivos que afectan a tres generaciones. Los abuelos pueden presentar un deterioro físico y/o mental más o menos grave, que muchas veces supone una presión excesiva para la familia nuclear. Los padres tienen que enfrentarse a las exigencias del trabajo y al reto que supone ir delegando funciones en sus hijos, para que en un futuro más o menos lejano abandonen el hogar y funden su familia y/o desarrollen un trabajo. El adolescente, por su parte, debe encontrar una identidad propia, dejar a un lado su narcisismo infantil, desarrollar habilidades de competencia social y profesional e ir distanciándose del sistema familiar para hacer una vida cada vez más independiente.

Fishman defiende que la resolución satisfactoria de la transición a la emancipación requiere que la familia: tolere la separación e independencia de sus hijos, mientras mantiene la conexión y el apoyo necesarios para un mejor crecimiento; admita la diferenciación en la identidad de cada miembro, y acepte que sus hijos mantengan contactos emocionales intensos y estilos de vida diferentes fuera de la familia inmediata.

Aunque el tratamiento propuesto para los problemas de delincuencia, fuga del hogar paterno, violencia familiar, incesto, intento de suicidio, discapacidad mental o física y adolescentes procedentes de una familia uniparental presenta ciertas peculiaridades sólo aplicables a cada una de las categorías problema, existe una orientación común dirigida fundamentalmente a establecer límites claros y flexibles y a otorgar a los padres una adecuada autoridad ejecutiva, basada en el acuerdo de la pareja, que tenga en cuenta los

criterios de los adolescentes. El terapeuta ayuda a los progenitores a negociar primero entre sí y posteriormente con los hijos, siempre en un clima de valoración y respeto mutuo. Esto exige una gran habilidad para proporcionar apoyo a los dos bandos y lograr la colaboración de ambos. Por otra parte, en aquellos problemas que no suponen una intervención en crisis, el terapeuta primero tiene que desequilibrar el sistema para después poder transformarlo. En ausencia de crisis los miembros de la familia no experimentan la necesidad de alternativas, y si éstas faltan no hay complejidad conductual y, por tanto, no existe crecimiento sino estancamiento del desarrollo evolutivo.

La terapia tiene en cuenta el contexto familiar o social externo a la familia nuclear, tanto a la hora de evaluar posibles fuentes de estrés, como a la hora de intervenir para dotar a las familias que lo requieran de recursos adicionales. Esto último es especialmente conveniente en los sistemas con un hijo discapacitado y en familias uniparentales, en las que sistemas externos de apoyo pueden aliviar a los miembros excesivamente abrumados. Asimismo, es necesario recurrir al contexto exterior en aquellas situaciones en que la violencia física o sexual -dentro de la familia- exige proteger a las víctimas y colocarlas en lugar seguro -temporal o indefinidamente- en instituciones al efecto o en familias sustitutas. El terapeuta siempre dirige su esfuerzo a mantener la unión familiar, por considerar que la función de la familia es ayudar al crecimiento psicosocial de sus miembros. Cuando no es así y existe degradación o peligro para la vida de alguno de ellos, se opta por salvar al individuo incluso a costa de la ruptura familiar.

Fuentes

- Carlson, G.A. (1981), *The phenomenology of adolescent depression*, «Adolescent Psychiatry» 9, 411-421.
- Dykeman, B.F. (1984), *Adolescent suicide: recognition and intervention*, «College Student Journal» 18, 362-368.
- Finklehor, D. (1979), *Sexually victimized children*, Free Press, Nueva York.
- Fishman, H.Ch. (1990), *Tratamiento de adolescentes con problemas*, Paidós, Barcelona.

- Grotevant, H.D. y Cooper, C.R. (1985), *Patterns of interaction in family relationships and the development of identity exploration in adolescence*, «Child Development» 56,415-428.
- Hausser, S.T., Vieyra, M.A.B., Jacobson, A.M. y Wertlieb, D. (1985), *Vulnerability and resilience in adolescence: views from the family*, «Journal of Early Adolescence» 5(1), 81-100.
- Hogan, M.J., Bruehler, C. y Robinson, B. (1983), *Single parenting: transitioning alone*, en H.I. McCubbin y C.R. Figley (dirs.), *Stress and the family: Vol. 1. Coping with normative transitions*, Brunner/Mazel, Nueva York, p. 116-132.
- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B.G, Rosman, B.L. y Schumer, F. (1967), *Families of the Slums: An exploration of their structure and treatment*, Basic Books, Nueva York.
- Minuchin, S. (1984), *Calidoscopio familiar*, Paidós, Buenos Aires.
- Mrazek, D. y Mrazek, P. (1985), *Child maltreatment*, en M. Rutter y L. Hersov (dirs.), *Child and adolescent psychiatry*, Blackwell, Londres, p. 679-697.

TERAPIA ESTRATÉGICA

Jay Haley y Cloé Madanes dirigen el Instituto de terapia familiar y han desarrollado un enfoque de terapia familiar estratégica muy influido por la terapia de Milton Erickson. Sostienen que el terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica -basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad- que permita resolver los problemas del cliente, siendo uno de los principales objetivos del tratamiento ayudar a las familias a superar las crisis que enfrentan en su devenir vital.

Haley (1980) constata que una de las aportaciones más importantes de la orientación de la terapia familiar en sus inicios -en los años cincuenta- fue destacar que, el síntoma podía considerarse una conducta adaptativa a la situación social en que se ubicaba, en lugar de algo irracional basado en percepciones erróneas provenientes de la familia. Haley afirma que los grupos sociales de las personas con problemas presentan una jerarquía incongruente*, que las somete a niveles conflictivos de comunicación, dando lugar a una conducta sintomática. Por esta razón, también se debe evaluar e intervenir en la red social, incluyendo a los profesionales que tienen poder sobre el paciente identificado (Haley, 1974). Como veremos en el capítulo siguiente, en el caso de un adolescente internado en un hospital psiquiátrico, la unidad social abarca no sólo al joven y a su familia, sino también a los profesionales que deciden su medicación, internamiento y alta. En ocasiones es preciso centrar la terapia en las discrepancias que existen entre los diversos profesionales implicados, resolviendo las luchas sobre lo que es correcto o inco-

Delella

recto, ya que para cambiar la conducta sintomática del paciente identificado es necesario que los padres se hagan cargo de él.

A. Evaluación

Haley (1987) manifiesta que la conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico familiar es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros/ con la finalidad, de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía. Paralelamente, defiende que la organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, particularmente, cuando son secretas. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente con sus conductas, integradas en la secuencia sintomática. Por ejemplo, en una secuencia del tipo: el niño no quiere ir a la escuela y el padre insiste en que vaya - el niño manifiesta angustia, enferma, tiene vómitos o se escapa - en ese momento interviene la madre insistiendo/ en que su marido es demasiado duro con el pequeño - tras ello, el padre se echa atrás y nuevamente se repite el ciclo de conductas; se puede observar una relación entre la madre y el niño contra el padre de forma que aunque el niño ocupa una posición inferior en la jerarquía por su pertenencia al subsistema filial, al coaligarse con la madre manifiesta la autoridad y se sitúa por encima de éste. Madanes también se centra en las incongruencias en las que dos estructuras incompatibles de poder se definen simultáneamente en la familia, enfatizando los niveles de organización frente a los niveles de comunicación. Sostiene que existen roles que ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones interpersonales; por ello busca la especificidad de cada síntoma, es decir, las razones por las que se ha elegido. Agrega que aunque los integrantes de una familia se dañan entre sí, su motivación básica es ayudarse, manifestando que probablemente como partes de un organismo más amplio -el sistema familiar- reaccionen frente a las señales de dolor que se presentan en cualquier lugar del mismo (Madanes, 1984).

Ordenamiento jerárquico
Confuso

son actos comunicativos analogicos que ejercen funcion

Un punto importante es que todas las parejas deben compartir

el poder y organizarse de tal forma que el control y la responsabilidad se repartan equitativamente entre ellos. Este poder no sólo se reparte a la posibilidad de dominar al cónyuge, sino también de reconfortarlo y cuidarlo. Muchas veces el paciente resuelve la lucha por el poder generando un síntoma, pero en ese caso se insta una incongruencia jerárquica en la pareja o en la familia. La patología se conceptúa como un ciclo en que la pareja maneja el predominio de un cónyuge sobre el otro centrándose bien en un conflicto matrimonial, bien en el síntoma de un esposo o de un hijo (Madanes, 1984; 1990). El tipo de interacción en torno al síntoma es una analogía de las interacciones en otras áreas problemáticas, permitiendo a los cónyuges saber dónde se encuentra situado cada uno en relación al otro en esas áreas, pero sin tener que discutir las expresamente poniendo en peligro su matrimonio.

Cuando el paciente identificado ejerce el poder sobre el cónyuge, se halla en una posición inferior al otro -quien trata de ayudarlo y hacerlo cambiar-, pero a la vez en una posición superior, por cuanto se niega a ser ayudado y a cambiar. Si abandonara la conducta sintomática perdería su posición superior respecto del otro. Asimismo, si el esposo «normal» lograra influir en el sintomático para que abandonase el síntoma, perdería la posición superior de ser el miembro no sintomático de la pareja. Por tanto, ambos ocupan simultáneamente una posición superior e inferior, contribuyendo así a perpetuar el problema en su lucha por conservar las posiciones de poder.

Delella
resuelve al

En las familias en las cuales el paciente identificado es uno de los hijos, éste se convierte en una fuente especial de preocupación para los padres, que intentan ayudarlo para que deje de tener el síntoma. Tanto si la conducta del niño genera la solicitud, la protección o el castigo de sus progenitores, siempre hace que su inquietud se centre en él y que se vean a sí mismos como padres de un niño que los necesita, en lugar de verse como individuos abrumados por dificultades personales, económicas o sociales (Madanes, 1984). Aunque los padres, por el mero hecho de serlo, se hallan en una posición superior al niño, éste se sitúa por encima protegiéndolos mediante su conducta sintomática, encontrándose todos atrapados en una situación totalmente incongruente. Si su comportamiento fuera normal, el niño perdería el poder que su síntoma le

confiere sobre ellos y, en consecuencia, la posibilidad de ayudarlos. Con objeto de promover el cambio, el terapeuta debe motivar a los progenitores para que abandonen la secuencia de interacción habitual, de forma que el niño renuncie a la conducta sintomática.

A.1. *La primera entrevista*

Tras la descripción de cómo concibe el enfoque estratégico la patología y su mantenimiento, a continuación exponemos el modelo de entrevista que emplea Haley. La entrevista comprende cuatro etapas: la fase social, el planteamiento del problema, la fase de interacción y la fase de intervención. Las tres primeras se encuadran dentro de la evaluación, mientras la cuarta pertenece a la intervención. Sin embargo, es necesario aclarar que en la fase de interacción es difícil aislar los momentos de evaluación de los momentos de intervención.

En este epígrafe detallamos las mencionadas etapa social, planteamiento del problema e interacción, en tanto la fase de establecimiento de metas se detallará en el apartado B, correspondiente a la fase de intervención.

A.1.1. *Etapa social*

En la primera sesión, el terapeuta comienza presentándose y saludando a los miembros de la familia a quienes pregunta sus nombres, comportándose como un anfitrión que recibe a sus invitados procurando que se sientan cómodos. Les transmite que todos son igualmente importantes en la tarea de ayudar al paciente identificado. El terapeuta también tendrá en cuenta quiénes intentan aliarse con él en esta etapa de saludos.

A medida que los integrantes de la familia entran en el consultorio, se debe observar cuál es el estado de ánimo de cada uno y qué tipo de relaciones se dan entre padres e hijos y entre los padres con otros adultos. Es preciso puntualizar que, en estas situaciones, los adultos no están meramente tratando a los niños como acostumbra, sino «mostrando» al terapeuta cómo lo hacen.

Por otro lado, a veces las personas revelan su organización familiar en la forma en que toman asiento. Por ejemplo, si el niño sintomático se sitúa entre sus progenitores se puede formular la hipótesis de que desempeña una función en el matrimonio como mediador en la comunicación entre sus padres.

El terapeuta debe considerar todos los datos que va recogiendo durante esta fase inicial como provisionales y abstenerse de comunicarlos a la familia.

A.1.2. *Planteamiento del problema*

Interesa conocer qué piensa sobre el problema cada componente de la familia, razón por la cual el terapeuta menciona tras la fase de saludos que los ha citado a todos para recabar sus opiniones. Se puede empezar a preguntar de diferentes maneras, cada una de las cuales puede determinar el curso de la entrevista, por ejemplo:

- a) «¿Cuál es el problema?» Propicia que la persona más versada en el problema responda exponiendo las dificultades que atraviesa la familia debido a la conducta sintomática o haga una descripción más o menos extensa de la historia del problema.
- b) «¿En qué puedo serles útil?» Es una forma de preguntar menos profesional y más personal que la anterior, pero por eso mismo a algunos terapeutas puede resultarles incómoda.
- c) «¿Qué cambios desean lograr?» Permite obtener respuestas sobre los cambios deseados y no estrictamente sobre el problema.
- d) «¿Por qué motivo han venido a verme?» Al responder, las personas pueden elegir entre centrar su respuesta en el problema o en el cambio deseado.

Cuando el «portador» del síntoma es un niño, Haley (1987) recomienda dirigirse en primer lugar al adulto que parece estar más desligado del problema, tratando con la mayor consideración y respeto a quien se muestre más motivado para traer a la familia a nuevas entrevistas (siempre hay que evaluar el grado de participación de cada miembro del grupo). En general, no conviene empezar preguntando al niño problema por qué ha venido a terapia. Es preferi-

ble preguntar al niño menos implicado, normalmente el más pequeño, quien, como no sabe claramente qué debe y qué no debe decir en público, puede dar información interesante que no aportarían otros miembros.

Durante el planteamiento del problema, el terapeuta no debe hacer ninguna interpretación o comentario para ayudar a las personas a ver la situación de forma diferente. Tampoco debe aportar ningún tipo de orientación aunque la familia se la pida, en cuyo caso les dejará claro que ahora no es el momento adecuado, ya que para hacerlo necesita más información. Por otro lado, es frecuente que aparezcan discrepancias en las respuestas, pero a pesar de ello se debe evitar el diálogo entre dos personas, impidiendo que alguien interrumpa cuando otro responde al terapeuta. La finalidad de esta etapa es recabar la opinión de todos los presentes acerca del problema, y para lograrlo el terapeuta será quien dirija directamente la conversación, dando el turno correspondiente a cada uno.

A. 1.3. Interacción

En esta fase el terapeuta debe formular hipótesis en torno a la posible función del síntoma, que irá completando y modificando a medida que se desarrolle la entrevista. Además recogerá información sobre la secuencia sintomática y establecerá cómo están delimitadas las jerarquías dentro de la familia, tanto a través de las preguntas como de las observaciones de las interacciones de las personas a lo largo de la sesión. Puede realizar preguntas del tipo: ¿Cuándo se produce el síntoma, de qué manera, dónde y con quién? ¿Qué hace cada integrante de la familia cuando aparece el problema? ¿Cómo desaparece éste? ¿Quién se siente trastornado, preocupado o triste por el problema? ¿Qué otro miembro de la familia tiene o ha tenido un problema semejante? ¿Qué miembros se parecen entre sí? ¿Hay algo que les preocupa? ¿Con qué parientes tiene cada uno más relación, y cómo es ésta? ¿La persona que presenta el problema se asemeja a alguno de esos parientes, o su problema es parecido al de ellos? ¿A quiénes une y a quiénes aleja el

problema dentro de la familia? ¿Qué cosas cambiarían si el problema desapareciera?

En la fase de interacción el terapeuta se sitúa en un plano secundario, desde el cual estimula a los miembros de la familia para que conversen entre sí sobre las discrepancias surgidas (Haley, 1987). Por ejemplo, si la madre dice que la hija miente, el terapeuta puede pedirle que elija una de las mentiras y hable de ella con su hija. Mientras discuten observará la interacción entre ambas, así como la conducta del resto de la familia. El diálogo servirá para que el clínico determine qué tipo de secuencia existe en el sistema familiar, fundamentalmente en términos de alianzas y posiciones de poder.

B. Intervención

El objetivo del tratamiento no se limita al problema presentado en la primera sesión, sino que incluye los que vayan apareciendo a medida que se estreche la relación entre familia y terapeuta. Este debe hallar el modo de centrar la terapia en el problema presentado, alcanzando al mismo tiempo otros objetivos que crea importantes.

El cambio de conducta del paciente identificado se produce como parte de los cambios analógicos en el sistema familiar ocurridos en la relación con el terapeuta, en ocasiones de forma similar a lo que hacía Erickson cuando cambiaba los síntomas del paciente narrándole historias que guardaban similitud con su problema.

B. 1. Teoría del cambio

La finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conducta inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar. Las conductas, percepciones y sentimientos de los miembros del grupo cambian cuando se alteran dichas secuencias. Por consiguiente, el terapeuta debe impedir que se formen coaliciones que traspasen los límites generacionales y que el síntoma se utilice para regular encubiertamente el reparto de poder familiar.

B.2. Metas y estrategias terapéuticas

El enfoque de terapia familiar estratégica se basa en una clara definición de aquello que la familia quiere lograr con el tratamiento. A ello se suma la necesidad de que el terapeuta se trace la meta de alcanzar una definición congruente del poder dentro de la familia, con la finalidad de hacer remitir la conducta sintomática.

Seguidamente referimos las estrategias generales desplegadas en este enfoque, diferenciando las aportaciones particulares de Jay Haley y Cloé Madanes, no sin antes insistir en que cada terapeuta deberá desarrollar las estrategias específicas más adecuadas a la situación concreta de cada familia particular:

1. La definición de los cambios deseados por la familia, que constituye la cuarta fase de la primera entrevista, debe realizarse en términos claros y precisos. Operacionalizar los objetivos permite centrar la terapia en lo importante y hace resoluble el problema.

2. Después de evaluar qué tipo de secuencia está manteniendo el problema, el terapeuta se fija una meta terapéutica, consistente en establecer un límite intergeneracional impidiendo la formación de coaliciones permanentes que lo traspasen, para lo cual utilizará las técnicas que crea más convenientes. Por ejemplo, si la abuela se coaliga con el nieto contra la madre, el objetivo será lograr que la madre se encargue del niño y que la abuela asuma un rol de asesoramiento. Si existe una coalición de uno de los progenitores con un hijo en contra del otro progenitor, el objetivo será conseguir que los padres se relacionen entre sí -sin necesidad de utilizar al hijo como vehículo de comunicación- y que el niño se involucre más con sus amigos (Haley, 1987).

3. Después de evaluar quiénes están involucrados en el problema, a quién protege el «portador del síntoma» y de qué manera, se programa un cambio por etapas; la primera de las cuales es crear una forma de anormalidad diferente a la que presenta la familia, para sucesivamente ir acercándose a la normalidad. Por ejemplo, si la secuencia incluye a una abuela que se alía con su nieto contra la madre, en la primera etapa puede ponerse al niño bajo la completa responsabilidad de la abuela. En la segunda, toda la responsabilidad recaerá en la madre, impidiendo que la abuela discipline al

niño. En la tercera etapa se pasará a un estado más normal, en el que la madre se hará cargo del niño y la abuela intervendrá como consultora.

4. Cuando el paciente identificado es un niño, el terapeuta debe lograr que renuncie a la conducta sintomática -en la que reside el poder sobre sus progenitores-, pero no puede hacerlo directamente, sino a través de los padres, quienes deben retirar al niño el poder que le han delegado. Para modificar la conducta del niño, los padres deben abordar sus propias dificultades de tal forma que la protección de su hijo no les sea indispensable. Sólo así se respeta una regla primordial, que el terapeuta no forme inadvertidamente coaliciones con los miembros que ocupan los niveles inferiores en contra de los que ocupan los superiores.

5. En ningún caso se persuade a la familia de que el verdadero problema está en ella y no en el paciente identificado. Si el terapeuta se enzarza en una polémica inútil sobre la causa del problema, corre el peligro de no alcanzar los objetivos. La meta terapéutica no es aleccionar a la familia sobre su funcionamiento defectuoso, sino lograr que *defacto* lo cambie para resolver los problemas presentados, siempre evitando confrontaciones que favorezcan la aparición de resistencias.

6. Una vez diseñada una estrategia terapéutica hay que instrumentalizarla. Deben anticiparse y responderse las objeciones de los miembros de la familia, impartiendo nuevas directivas basadas en nuevas definiciones del problema que el terapeuta planeará con todo cuidado, motivándoles para que hagan lo que sugiere. Generalmente, una estrategia terapéutica combina varias intervenciones, de manera que cuando una no tiene éxito se intente otra. La particular combinación de intervenciones necesarias para producir el cambio es distinta para cada familia (Madianes, 1984).

7. Cuando un problema incluye dos generaciones, Haley (1980) propone tres estrategias: utilizar a la persona periférica, romper la coalición madre-hijo mediante una tarea y unir a los progenitores para que ayuden a su hijo a superar el problema.

Utilizar a la persona periférica. Ante un problema que implique una definición incongruente del poder entre el subsistema parental y el filial, siendo el paciente identificado uno de los hijos,

se suele observar que cada vez que el padre trata de controlar al niño tropieza con la oposición de su esposa, quien reclama al hijo para sí afirmando que aquél no lo comprende. La madre, debido a que su marido la ha criticado frecuentemente por proteger en exceso al niño, está convencida de que él es incapaz de entenderles. Cuando el terapeuta pide al padre que se encargue de su hijo en lugar de su mujer, nunca debe dar a entender que le hace intervenir porque la madre sea incompetente. Justificará su petición en la conveniencia de que, debido a la edad del chico, una persona de su mismo sexo (o del sexo contrario si es niña) le transmita una visión complementaria de las cosas y que el más indicado para hacerlo es el padre. Además, insistirá en que así ella podrá descansar un poco.

Nuevamente la terapia procede por etapas. En la primera, el padre, apoyado por el terapeuta, desplaza a la madre haciéndose totalmente cargo del hijo. En la segunda, el terapeuta interviene rompiendo las coaliciones intergeneracionales, para que los progenitores permanezcan unidos y el niño comparta ciertas actividades con sus amigos. Y, por último, en la tercera etapa, el terapeuta «sale» de la familia procurando que ésta no vuelva a su antigua organización.

Normalmente, cuando se «desplaza» al progenitor más involucrado -que en gran parte de los casos suele ser la madre- y el chico mejora, sobreviene una fase de conflicto parental que no se observa si se sugiere que sea el padre más implicado en el problema quien se haga cargo del hijo (Haley, 1987). No obstante, cuando la función del síntoma sea involucrar al padre periférico en el sistema familiar se recomienda emplear la primera estrategia.

Se rompe la coalición madre-hijo mediante una tarea. Para conseguirlo se pueden emplear tres estrategias. En la primera, se orienta a la madre para que ayude al niño a adquirir mayor competencia, mostrándose más firme y exigente. En la segunda, se intenta que no esté tan involucrada con el chico, alentándola a que realice actividades más apropiadas que andar detrás de él. En tercer lugar, se puede aumentar hasta un grado máximo la solícita protección materna mediante tareas paradójicas. Se trata de producir un desequilibrio en la situación que facilite el cambio, haciendo que la ma-

dre se rebele a la sugerencia del terapeuta de estar más pendiente de su hijo y que éste se responsabilice más de sus cosas.

Se une a los progenitores para que ayuden a su hijo a eliminar el síntoma. A pesar de la existencia de problemas conyugales, no se debe tratar de manera explícita las cuestiones matrimoniales hasta no haber obtenido la mejoría del niño, que es el problema por el que la familia consulta. El terapeuta solicita a los padres que se mantengan unidos para ayudar a su hijo, rompiendo las coaliciones intergeneracionales inadecuadas. Esta nueva ordenación del sistema puede hacer que la relación entre los cónyuges se haga más intensa y mejore. Cuando el conflicto de pareja sigue existiendo después de que el niño deja de tener el síntoma, el terapeuta puede abordar directamente los problemas conyugales, mediante un nuevo contrato.

8. Madanes (1984) ha diseñado tres estrategias fundamentales cuando el paciente identificado es un niño: que el padre pida al niño que tenga el síntoma; que le pida que simule o imagine tenerlo, o que simule ayudar a su hijo.

El padre debe pedir al niño que tenga el síntoma. El terapeuta hace que el progenitor -al que parece proteger el síntoma- pida al niño que tenga el problema. De esta forma, el padre asume una posición clara de poder y se bloquea la ayuda benevolente tanto del niño como de su progenitor, reinstaurando la congruencia jerárquica.

El padre pide al niño que simule o imagine tener el síntoma. El terapeuta debe conseguir que el padre indique al niño que simule o imagine tener el problema, en lugar de tenerlo realmente. También se puede alentar al progenitor para que simule ayudar al niño cuando éste simula tener el problema.

El padre pide al niño que simule ayudarle. El terapeuta intenta que el progenitor pida al niño que simule ayudarle. Un niño que protege a sus padres mediante una conducta sintomática los está ayudando en forma encubierta. Si la situación se hace explícita y se dispone que los padres se coloquen de forma manifiesta en posición inferior al niño, tanto ellos como su hijo se resistirán ante la incongruencia de esta organización jerárquica, y los padres recuperarán la posición superior.

B.3. Técnicas de intervención

Las técnicas terapéuticas son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema.

Las técnicas de intervención tienen como objetivo final cambiar las interacciones familiares y comprenden: connotaciones positivas y redefiniciones; tareas directas; tareas paradójicas; tareas basadas en la simulación; ordalías y metáforas.

B.3.1. Redefinición y connotación positiva

Haley (1980; 1987) insiste en la necesidad de diferenciar entre identificar el problema por el que la familia acude a terapia y crear un problema como consecuencia de un diagnóstico. Consecuentemente, uno de los cometidos del terapeuta es redefinir el problema en términos distintos a los que presenta la familia, haciéndolo resoluble. Por otro lado, la redefinición y la connotación positiva permiten al terapeuta poner en entredicho la creencia familiar de que el síntoma es un acto independiente de su contexto.

Para Madanes, la redefinición del problema no implica forzosamente connotar positivamente la conducta de alguien. Su meta es cambiar la definición de un problema para que pueda solucionarse, y en este sentido considera que por ejemplo hablar de «irresponsabilidades» en lugar de «depresión» alude a una conducta más peyorativa, pero sin embargo más fácil de resolver (Madhanes, 1984).

B.3.2. Intervenciones conductuales

Las prescripciones conductuales adoptan la forma de una tarea que los componentes de la familia deben hacer dentro o/y fuera de la sesión; las directas con la pretensión de que las cumplan y las paradójicas con la finalidad de que las incumplan. Ambas se pueden utilizar dentro de la sesión o/y fuera de la misma.

Las tareas dentro de la sesión intensifican la alianza terapéutica

y permiten obtener información sobre la flexibilidad del sistema al cambio (Haley, 1987). El terapeuta cambia *in situ* las secuencias conductuales modificando los modos de reaccionar de los individuos entre sí, valiéndose de las maneras en que deben reaccionar frente a él. Puede involucrar a los miembros del sistema familiar que permanecen desligados, promover el acuerdo mutuo, aumentar los intercambios positivos y organizarlos de forma más funcional fijando reglas y definiendo límites intergeneracionales para que las jerarquías de poder sean congruentes. En este proceso interactivo no debe coaligarse permanentemente con ningún miembro contrario, pero puede hacerlo temporalmente para inducir el cambio.

El primer paso al impartir una tarea directa es motivar a la familia para que la acate, ya que se basa en una postura de colaboración con el terapeuta. Para ello, se emplean técnicas de persuasión que tomen en consideración la postura de sus componentes. Por ejemplo, si insisten en que las cosas deben hacerse de forma lógica y ordenada, la tarea se construye en términos lógicos y ordenados. Con frecuencia se prescribe realizar en casa las tareas que previamente se han ensayado durante la sesión, y generalmente incluyen la participación de todos.

El éxito de las tareas paradójicas depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta o bien las siga hasta un extremo absurdo, negándose a partir de ahí a continuar cumpliéndolas (Haley, 1984). Ahora bien, Madanes cuando emplea las técnicas de «imaginación» o «simulación» aporta un nuevo uso de la paradoja que no se fundamenta en el desafío. En ellas se solicita a una persona que simule un síntoma o a una familia que finja comportarse en la forma desafortunada que le es habitual. Reiteramos que no se basan en una respuesta de rebeldía del paciente y/o sus familiares, sino en la colaboración para cumplir la prescripción. Así por ejemplo, se puede pedir a un marido deprimido que haga como si se sintiera deprimido, mientras que su mujer tendrá que apreciar si representa bien el papel, y criticarlo si no lo hace de forma adecuada y creíble. De este modo, las posiciones superior e inferior que el marido adoptaba simultáneamente sobre su mujer por el hecho de no mejorar, se convierten en un juego en que los cónyuges escenifican ordenamientos de poder diferentes. También

la mujer debe cambiar sus posiciones, ya que no se le pide que intente ayudar a su marido para que abandone el síntoma, sino que lo aliente a lograr una buena simulación, criticándolo cuando no sea suficientemente verosímil (Madanes, 1984).

Ejemplo clínico

Los extractos de la entrevista que exponemos pertenecen a una sesión descrita en el libro de Cloé Madanes, *Terapia familiar estratégica*, en las páginas 139-161. Una mujer de 29 años acude a terapia porque su hijo Raúl de 10 años por la noche oye voces que lo aterrorizan. La madre tiene otros tres hijos: dos chicas de 14 y 12 años y un niño de 7 meses. Excepto el bebé, todos nacieron en Puerto Rico, y viven en Estados Unidos desde hace ocho años. La mujer, profesora de danza, se ha casado dos veces; divorciada de su primer marido, se separó del segundo poco antes del fallecimiento de éste, el año anterior a la consulta.

La entrevista comienza preguntando a la madre sobre el problema de Raúl y si algún otro miembro de la familia tiene o ha tenido un problema similar. Después cuando se pregunta al chico, éste comenta que tiene sueños, particularmente uno recurrente en el que una bruja lo ataca, y que de noche escucha voces de mujeres gritando. La terapeuta redefine el síntoma como «temores y sueños vinculados a fantasías infantiles», es decir, como pesadillas, una experiencia normal para cualquiera. Además logra saber que la madre también tiene sueños desagradables y en ocasiones siente miedo.

Terapeuta: Usted me dio un poco de información por teléfono. ¿Podría hacer un poco más específica la información que me dio? ¿Cuál es el problema?

Madre: Bueno, el problema es que a veces Raúl se desvela por la noche y dice que oye voces que lo llaman, que oye gente gritando.

Terapeuta: ¿Y desde cuándo le ocurre esto?

Madre: Desde hace un mes y medio, más o menos.

Terapeuta: Y antes de empezarle eso, él no...

Madre: No, nunca se quejó ni me habló de ello, nunca me dijo nada.

Hija mayor: Mami, le empezó cuando nos mudamos a la casa nueva y tú lo pusiste en un cuarto a él solo.

Terapeuta: ¿Y usted no tiene miedo?

Madre: *(con una risita)* Yo no.

Terapeuta: ¿Duerme bien toda la noche?

Madre: Aja.

Terapeuta: ¿No sueña nada?

Madre: Bueno, sí sueño, pero no le haga caso a nada de eso.

Terapeuta: ¿Qué clase de sueños tiene?

Madre: Bueno, a veces sueño que alguien se mete en la casa.

Terapeuta: ¿Discute sus sueños con los niños?

Madre: A veces. Y a veces ellos discuten los suyos conmigo.

A partir de esta información se formula la hipótesis de que el problema del chico es una metáfora de los temores de la madre, ya que las hijas no tienen sueños de ese tipo. Los terrores nocturnos de Raúl expresan metafóricamente los temores de la madre, y a la vez, son un intento de ayudarla, ya que cuando él tiene miedo, la madre debe ser fuerte para tranquilizarlo y protegerlo.

Terapeuta: ¿Con qué sueñas Raúl?

Raúl: Con gente mala.

Terapeuta: ¿Cómo es esa gente mala? *(Silencio.)* ¿Con qué sueñas, cuéntame uno de tus sueños?

Raúl: Un día soñé con brujas.

Terapeuta: Aja. *(Silencio.)* ¿Qué te hacían?

Raúl: Querían meterse en la casa.

Después de conocer el contenido de los sueños de Raúl, la terapeuta pregunta qué sucede en casa cuando el muchacho tiene pesadillas, con objeto de recoger información de la secuencia, ver quiénes están involucrados y cómo han intentado resolver el problema. La madre explica que lo lleva a su cama y le dice que piense en Dios y rece, haciéndole la señal de la cruz sobre la frente para protegerlo del demonio, con lo cual en realidad lo atemoriza más.

A continuación, la terapeuta indica a la madre y al chico que dramaticen el sueño en la sesión, representando la madre el papel de bruja. Más adelante propone otra representación en la cual pide a la familia que simule que Raúl ayuda a su madre -que debe simular tener miedo- cuando un ladrón entra por la noche en casa a robar.

Terapeuta: Ahora vamos a dramatizar que tú (a *la hija mayor*) eres un ladrón que entra a robar en la casa. (*A la madre.*) Usted va a estar muy asustada, muy nerviosa ¿de acuerdo?

Madre: No tengo la impresión de que van a robar.

Terapeuta: No, pero eso es lo que quiero ver, ¿comprende? Usted se va a asustar mucho. Entonces tú, Raúl, tratarás de ayudar a tu madre, ¿de acuerdo?

Fracasan varios ensayos de la escena, debido a que la madre ataca al ladrón antes de que Raúl pueda ayudarla. De la imposibilidad de dramatizar correctamente la escena se concluye que la madre es una persona capaz de defenderse sola, que no necesita la protección de su hijo. Finalmente, la terapeuta se sitúa detrás del espejo y entonces logran una representación correcta. Cuando vuelve al consultorio, discute la simulación con la familia, critica a la madre por no expresar temor y, posteriormente, destaca que no necesita que Raúl la ayude.

Madre: Pero es que yo no soy... naturalmente no soy así. Cuando yo... si veo algo, busco con qué defenderme y defenderlos a ellos. Naturalmente, yo no me asusto de ese modo.

Terapeuta: ¿Cómo se asusta usted?

Madre: Trato de atacar al que llega.

Terapeuta: Aja.

Madre: ¿Comprende? Si oigo algo, me paro y salgo a buscar alguna cosa con que defenderme, siempre soy así.

Terapeuta: ¿Y después de que busca alguna cosa?

Madre: Voy a ver qué pasa, para atacar, ¿me entiende? Mi idea es atacar, porque desde pequeña estaba acostumbrada a pelear.

Terapeuta: ¡Ah! ¿usted peleaba?

Madre: Sí. Porque soy una persona que me he criado casi sola y tuve que defenderme ¿sabe?, y hasta he defendido a otras personas amigas.

Tras comentar la simulación, la terapeuta felicitó a la madre por todo lo que había hecho para ayudar a Raúl. Seguidamente le dijo que si quería continuar ayudando a su hijo, debía seguir las instrucciones que iba a darle. Prescribió repetir la segunda dramatización en su casa todas las noches y siempre que el chico se despertara gritando, aunque fuera en mitad de la noche. De esta forma, si cumplían la tarea, los terrores nocturnos serían un sacrificio para toda la familia. Finalmente, la terapeuta instruyó a la madre para que no

respondiera del modo habitual a los temores de su hijo, indicándole la conveniencia de que cuando Raúl tuviera miedo, permaneciera en su propia cama en lugar de levantarse y llevárselo a dormir con ella.

Comentario

La terapia familiar estratégica considera que la conducta sintomática es adaptativa y que, al responder a estructuras sociales anómalas, una persona debe conducirse de manera anómala. En este sentido, el síntoma de un niño o un adulto es una forma de comunicación analógica que expresa otro problema familiar, pero también una solución -aunque insatisfactoria- para los que están implicados en él. Por ello, el terapeuta establece durante la entrevista una hipótesis sobre la posible función de la conducta sintomática dentro del contexto familiar o social.

En los sistemas «patológicos» existen jerarquías incongruentes, haciendo que la comunicación entre sus miembros contenga mensajes incongruentes. Esta concepción permite apreciar los niveles conflictivos del mensaje dentro de su contexto, las jerarquías conflictivas en las organizaciones donde se comunican las personas. Así, por ejemplo un cónyuge puede desarrollar un síntoma para modificar la ordenación jerárquica y equilibrar la división del poder en la pareja. Sin embargo, la conducta sintomática define una jerarquía incongruente, puesto que la igualdad de ambos esposos se mantiene a costa de definir simultáneamente a cada uno como inferior y superior al otro. El terapeuta debe organizar la pareja de modo tal que el poder y la debilidad no giren en torno al síntoma. Cuando el paciente identificado es un niño, el síntoma le permite ayudar a sus progenitores. Si bien los padres -por el hecho de serlo- se hallan en una posición jerárquica superior a su hijo, de quien son legalmente responsables y a quien deben cuidar y proteger, el hijo con la conducta sintomática se sitúa en una posición superior, permitiéndoles esquivar sus dificultades. El terapeuta debe reinstaurar en la familia una organización jerárquica única, en la cual los progenitores ocupen una posición superior al hijo, de forma que lo protejan y ayuden en vez de ser protegidos por él. Es necesario insistir en que son los

padres y no el terapeuta los que deben resolver los problemas del hijo, y que el clínico debe considerarse a sí mismo como parte de la unidad social que contiene el problema.

Haley ha creado un modelo de entrevista inicial que consta de cuatro etapas: la fase social, en la que el terapeuta crea la relación con la familia; el planteamiento del problema, donde recaba la opinión de todos los presentes sobre el problema o conducta sintomática; la fase de interacción, en la cual evalúa basándose no sólo en los informes verbales de la familia, sino fundamentalmente en las secuencias de interacción que observa en la misma sesión, y, por último, el establecimiento de las metas del tratamiento en términos concretos y precisos.

El cambio se basa en una estrategia general tendente a programar un cambio por etapas, tanto con respecto a la conducta sintomática en sí como a la organización familiar o/y social que constituyen su contexto. Por consiguiente, se pretende alterar la secuencia sintomática introduciendo congruencia en la jerarquía del sistema. En todo momento se trata de evitar confrontaciones con la familia, por lo que la terapia descansa en creativas e ingeniosas estrategias, generadas para cada caso concreto, que faciliten un cambio rápido y sólido. Las técnicas de intervención que posibilitan materializar dichas estrategias abarcan redefiniciones; connotaciones positivas; metáforas; tareas directas simples y ordalías; tareas paradójicas clásicas, basadas en una postura de oposición por parte de los Chentes, y simulaciones, en las que se solicita a los integrantes de la familia que finjan o simulen una determinada secuencia sintomática.

Fuentes

- Haley, J. (1974), *Tratamiento de la familia*, Toray, Barcelona.
Haley, J. (1980), *Terapia para resolver problemas*, Amorrortu, Buenos Aires.
Haley, J. (1984), *Ordeal therapy. Unusual ways to change behavior*. Jossey Bass Inc., San Francisco.
Haley, J. (1987), *Problem solving therapy*, Jossey Bass Inc., San Francisco.
Madanes, C. (1984), *Terapia familiar estratégica*, Amorrortu, Buenos Aires.
Madanes, C. (1990), *Sex, love and violence: strategies for transformation*, Brunner y Mazel, Nueva York.

ENFOQUE ESTRATÉGICO PARA TRASTORNOS DE LA EMANCIPACIÓN: ESQUIZOFRENIA, DELINCUENCIA Y DROGADICCIÓN

Jay Haley, además del enfoque general de terapia estratégica expuesto en el capítulo anterior, ha diseñado un procedimiento específico para el tratamiento de la esquizofrenia, delincuencia y drogadicción. Nuestra descripción se centra especialmente en el problema de la esquizofrenia, por considerar que los casos de delincuencia y drogadicción tienen una mayor influencia social que requiere tener en cuenta también otras variables, sin despreciar la contribución de la familia en su mantenimiento.

Sitúa la génesis de tales problemas en el fracaso de la familia para afrontar una de las etapas más importantes de su transcurrir vital como es la emancipación de los hijos. Sostiene que no sólo son éstos quienes deben independizarse de sus progenitores, sino que ambos subsistemas necesitan distanciarse entre sí para afrontar con éxito una nueva etapa de sus vidas. Abandonar el hogar paterno se hace especialmente costoso y complicado cuando existe una definición incongruente del poder en la familia, debido entre otras razones a la «entrada» del paciente identificado en los conflictos de sus padres. Cuando la familia se organiza en tomo a una jerarquía incongruente, la comunicación entre sus miembros también es incongruente. La incongruencia organizativa y comunicacional dan lugar a procesos de pensamiento anómalos en el paciente identificado. El cometido del terapeuta es desplazar al hijo de las coaliciones intergeneracionales inadecuadas y, después de cambiar la organización familiar, ayudar a todos sus componentes a efectuar el tránsito hacia la emancipación.

A. Evaluación

Haley considera los problemas de esquizofrenia, delincuencia y drogadicción como una interrupción en el desarrollo normativo del ciclo vital familiar, que impide que el hijo en edad juvenil se emancipe del hogar. Por consiguiente, este tipo de síntomas indican que la familia tiene dificultades para superar la etapa del ciclo en que los hijos se independizan de sus padres.

Postula que la conducta «excéntrica» del joven es una conducta protectora voluntaria -enmarcada dentro de una apariencia de irresponsabilidad- para ayudar a sus progenitores que están enfrentados entre sí (Haley, 1985; 1987). El efecto del síntoma es que los padres se «unen» para afrontar el problema del hijo, dejando momentáneamente a un lado sus conflictos.

Conceptualmente, el síntoma conlleva una definición incongruente en la relación jerárquica entre los miembros del sistema familiar. La «incongruencia» significa que el síntoma produce simultáneamente varias definiciones del poder, que son mutuamente incompatibles. El paciente identificado se sitúa por debajo de los padres puesto que fracasa, pero al mismo tiempo se coloca por encima cuando ellos se muestran incapaces de controlarlo, en parte porque temen causarle algún perjuicio o ser dañados por él (Madales, 1984).

El proceso patológico se puede describir como un ciclo recurrente, que comprende las siguientes situaciones:

1. Cuando el joven alcanza la edad de emanciparse y comienza a tener éxito en el estudio, en el trabajo y en la formación de una red de relaciones fuera del contexto familiar.
2. La familia se vuelve inestable.
3. El joven empieza a comportarse de forma extraña -fracasa en su emancipación- y es identificado como el problema y la fuente de irritación familiar.
4. Si bien toda la familia se conduce de forma anómala, cuando el hijo aparece como problema su conducta resulta más extrema que la de otros integrantes del sistema.
5. Los padres en desacuerdo en otros problemas, muestran una fuerte discrepancia en cómo manejar al hijo, quien empieza a ad-

quirir poder sobre la familia, dictando con su conducta lo que hay que hacer.

6. Cuando los padres recurren a un profesional para que frene al hijo con medicación o medidas de custodia, la familia se estabiliza en apariencia, pero el conflicto sigue su curso porque sus miembros se acusan mutuamente de lo sucedido.

7. El especialista trata de rescatar al joven, creando con él una coalición contra los padres, con lo cual mina la autoridad de éstos.

8. El ciclo se desencadena nuevamente si se le da el alta.

Una vez instaurado el ciclo, se observa un patrón de entradas y salidas del hijo del hogar paterno denominadas «trayectorias». Cada vez que se produce una recaída y el joven es internado, el control del síntoma se sitúa fuera de la familia, en la institución. De esa forma, los padres pueden visitarlo regularmente y seguir ligados a él sin tener que hacerse cargo, por lo que la organización jerárquica incongruente se mantiene estable gracias a la intervención de los profesionales de la salud mental.

La terapia no se inicia con una primera fase exploratoria, como veíamos en el capítulo anterior. El terapeuta se halla ante problemas que implican una intervención en crisis, siendo la estrategia más adecuada enfatizar la autoridad y la jerarquía familiar. El supuesto que subyace a dicha estrategia es que los progenitores, situados en el nivel jerárquico superior del sistema familiar, no han sido capaces de establecer reglas que regulen la conducta del joven -debido a los patrones de coalición intergeneracionales- y normalmente han intentado que sean agentes externos a la familia los que lo hagan.

B. Intervención

El objetivo de la terapia es romper el ciclo, es decir, lograr que el joven abandone su conducta sintomática más o menos excéntrica, comportándose de forma responsable y exitosa, y que la familia se reorganice en una estructura congruente que permita superar la etapa de emancipación de los hijos. Para ello es imprescindible que el paciente identificado renuncie a su posición mediadora

en el conflicto parental, ya que para resolver el problema debe modificarse la jerarquía familiar, reinstaurando una en la que el joven no domine a sus progenitores con su desvalimiento y sus abusos (Madanes, 1984).

B.1. *Metas y estrategias terapéuticas*

La meta de la terapia es ayudar a la familia a completar adecuadamente la etapa de la emancipación, facilitando que todos sus miembros salgan del «estancamiento» evolutivo en el que se encuentran inmersos.

La estrategia principal reside en dar el poder a los padres y a la vez comprender la postura del hijo. El marco estratégico general se fundamenta en cambios graduales del síntoma y de la estructura de poder. En consecuencia, la modalidad de intervención reside en una terapia de etapas, que permita un acercamiento progresivo a la «normalidad» familiar.

B.2. *Etapas de la terapia*

El tratamiento abarca tres etapas (Haley, 1985). En la primera el terapeuta se hace cargo de la familia e intenta que el paciente identificado sea dado de alta. La segunda tiene como principal objetivo que los padres fijen una fecha para que su hijo reanude su vida normal y empiece a estudiar o trabajar. Si la negociación entre los progenitores tiene éxito y llegan a un acuerdo, se inicia la tercera etapa, consistente en desligar al hijo de los padres y preparar su partida del hogar.

B.2.1. Primera etapa

Tal como mencionábamos con anterioridad, el terapeuta no tiene que explorar cuál es el problema ni las metas familiares, sino que debe hacerse cargo de la situación, disponiendo un buen re-

greso del joven desde la institución a su hogar. Si no ha habido internamiento, debe lograr que la familia supere la crisis y el joven recobre la normalidad.

No conviene comenzar el tratamiento hasta que el paciente identificado tenga el alta. Además es importante que el terapeuta reciba la autorización de la dirección del centro para iniciar un plan terapéutico. Parte del plan consiste en fijar junto con la familia una fecha para el alta. Es primordial que el mismo profesional que empieza a hacerse cargo de la familia en la institución prosiga la terapia fuera, y que el reingreso eventual del joven esté bajo su control. Por consiguiente, establecerá un acuerdo con las instituciones para que no decidan un nuevo internamiento sin discutirlo antes con él. Por otro lado, cuando el joven esté medicado, definirá la medicación como algo temporal, dirigido al control de la conducta, y no como un remedio para curar una enfermedad.

B.2.2. Segunda etapa

En la primera sesión se cita a toda la familia para ver quiénes están más involucrados en el problema e informar a todos de cuál será el plan terapéutico. El contenido principal de la entrevista se centra en discutir el empleo que debe conseguir el joven o los estudios que debe realizar. Durante el diálogo entre los componentes de la familia, el terapeuta se sienta junto al paciente identificado y deja que los progenitores y el hijo debatan la cuestión. A continuación, hace hablar entre sí a los padres e impide que el joven los interrumpa. Lo normal es que en esos momentos se cree tensión entre los cónyuges, lo cual hace que el hijo intervenga para dispersar el conflicto. Sin embargo, pese a la tensión y el malestar que imperen en la sala, el terapeuta ha de insistir en que los padres hablen entre sí y fijen una fecha para que el joven consiga trabajo o estudie.

Una de las maneras de abordar la autoridad parental es que en la segunda sesión estén presentes únicamente los padres. Así se define una jerarquía en la que son ellos quienes toman las decisiones, argumentando que si adoptan una posición clara, su confusa/o hija/o también podrá hacerlo.

Los objetivos fundamentales de la segunda etapa consisten en abordar la crisis generada por las inevitables recaídas del joven y evitar que se instaure el ciclo de sucesivos ingresos y altas.

El procedimiento que ha de seguir el terapeuta debe incluir los puntos siguientes:

1. Los padres fijarán un plazo a partir del cual el joven empezará a hacer lo que ellos digan, en términos de reglas claras y concretas. Es importante registrar esa fecha por escrito.

2. La terapia se desarrollará en tomo a los preparativos para esa fecha, estipulando qué consecuencias negativas tendrá el joven si no hace lo indicado. En caso de que los padres no sean capaces de formular ninguna regla, el terapeuta puede sugerir: «Apunto a ciertas pautas muy simples y concretas para orientar a su hijo; por ejemplo, ¿se le permitirá romper los muebles de la casa, se le fijará una hora para que se levante por la mañana?» (Haley, 1985).

El terapeuta evitará la tentación de asumir la tarea de los padres, fijando él mismo las reglas y consecuencias que se impondrán al joven. La meta del tratamiento es que los progenitores ocupen una posición superior en la jerarquía, por lo que no puede rebajarlos ante su hijo adoptando él una posición parental. Cuando las decisiones paternas sean totalmente erróneas, sugerirá otras alternativas, pero nunca en presencia del joven.

3. Se mantendrá a los padres centrados en el hijo y no en su relación mutua; en el presente y futuro, y no en los fracasos del pasado. El objetivo principal no es que el joven actúe, sino elaborar una relación entre los progenitores que los haga cooperar en la terapia.

4. No se culpabilizará a los padres por la conducta del joven, pero se les hará responsables de resolver el problema ahora, persuadiéndolos de que ellos son los mejores terapeutas para ayudar a su hijo.

5. Como se presume que existe una confusión en la jerarquía familiar, el terapeuta deberá coaligarse con los padres contra el joven. Si a éste no le gusta la situación, se le dice que cuando se comporte con normalidad se reconsiderarán sus derechos. Sin embargo, conceder a los progenitores una autoridad excesiva podría ser totalmente inapropiado con hijos menores, puesto que no pueden aban-

donar el hogar. Los padres deben hacerse cargo del hijo, pero destacando que tiene ciertos derechos en materia de privacidad y adopción de decisiones, siempre que cumpla las normas propuestas.

A veces los padres confieren autoridad al joven amenazándolo con echarlo de casa, con lo cual insinúan que renuncian a su posición en la jerarquía como progenitores responsables de su hijo. El terapeuta debe impedir la amenaza, insistiendo en que la separación del hogar sólo se producirá cuando el joven se comporte adecuadamente y ellos sepan y aprueben dónde y cómo va a vivir.

B.2.3. Tercera etapa

La meta de esta etapa es desligar a los padres del hijo para que no lo utilicen como vehículo de comunicación y que el joven pueda hacer su propia vida.

El procedimiento empleado se asemeja a una «ceremonia de iniciación» consistente en hacer volver al joven con su familia para que, después de acatar las reglas establecidas, emprenda una vida independiente. La emancipación del hogar deberá contar con el permiso de sus progenitores, ya que sólo así podrá tener éxito.

Si alguno de los padres comienza a hablar de divorcio, el terapeuta puntualizará que ahora no deben hablar del asunto, sino permanecer unidos para ayudar a su hijo a valerse por sí mismo. En caso de que el joven amenace con suicidarse si sus padres se separan, es necesario impedirles que utilicen eso como excusa para seguir juntos, ya que ello mantiene al hijo mediando en su relación matrimonial. El terapeuta procurará sostener la unión conyugal, pero subrayará que la decisión última en cuanto a separarse o continuar casados no debe estar fundada en la salud de su hijo. De esta manera se rompe el ciclo y los padres permanecen juntos cuando el paciente identificado se conduce normalmente (Haley, 1985).

Frecuentemente, una vez que el joven problemático comienza a aceptar la autoridad parental, surge un hermano que introduce confusión en la jerarquía dificultando que los padres asuman el control. Cuando así ocurre, es fundamental que el terapeuta impida dicha maniobra y apoye a los padres.

Ejemplo clínico

La transcripción se ha extraído del libro de Jay Haley, *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*, p. 236-258. La familia está formada por los padres de unos cincuenta años, dos hijos mayores que viven fuera del hogar, una hija de 19 años que aunque trabaja vive con los padres, el paciente identificado, Steve, de 26 años y un hijo de 9 años de edad. Steve sufrió un brote psicótico a los 18 años, siendo diagnosticado como esquizofrénico paranoide. Padece una sordera completa congénita y no habla. Además sufre una epilepsia. Ha sido expulsado por problemas de conducta de diversas escuelas y consume drogas ilegales. El terapeuta comienza la entrevista hablando sobre el tema del internamiento en el hospital psiquiátrico.

Terapeuta: El objetivo del hospital es que la persona se vaya.

Padre: Sí, pero ¿por qué dejarlo ir prematuramente?

Terapeuta: No entiendo qué significa «prematuramente».

Padre: Bueno, él sólo había pasado allí la última semana. Ahora bien, como él decidí que no podía aceptar la disciplina que había allí..

Terapeuta: No obedeció.

Padre: Decidió venir a casa. Pero ¿cómo puede dejarse a una persona en libertad de acción si está en esas condiciones? Él ni siquiera sabe lo que hace.

Terapeuta: No tiene la libertad que tiene en casa. *(A la madre.)* ¿Y usted qué piensa al respecto?

Madre: ¿Sobre el hecho de que Steve esté en casa? No me importa que esté en casa, con tal de que aprenda a autocontrolarse. En la medida en que se comporte bien, no me importa, es uno más de la familia.

Terapeuta: *(traduce para Steve)* Dice que tú eres parte de la familia, y que en la medida en que obedezcas, no habría ningún problema.

Steve: No, no habrá ningún problema.

Terapeuta: *(a los padres)* A lo largo de su vida les han llamado muchas veces a causa de Steve. Es como un ciclo: algo anda mal y él termina en el hospital, y después regresa a casa, o bien ustedes tratan de conseguirle un apartamento, y le va bien durante un tiempo. Pero entonces algo vuelve a andar mal y nuevamente ingresa en el hospital. ¿Cuántas veces ha estado en el hospital?

Madre: ¿En el hospital municipal?, unas seis veces.

Terapeuta: Ahora bien, ustedes le consiguieron un apartamento en dos ocasiones, en una de ellas tuvo un ataque ¿y en la segunda, qué pasó?

Padre: Bueno, se drogó.

Terapeuta: ¿Y dónde fue entonces?

Madre: Vino a casa.

Terapeuta: ¿Volvió a casa? ¿Y ustedes lo enviaron al hospital?

Padre: No lo enviamos, esa vez lo llevó la policía.

Terapeuta: Bien, lo que ustedes me están diciendo es que hay un ciclo y que él se mete en dificultades. ¿Cómo podemos romper el ciclo?

Madre: Quiere un apartamento para él solo.

Terapeuta: De acuerdo, eso está bien, debe arreglárselas solo. Pero en el otro lugar en que estuvo no se pudo quedar y volvió a casa.

Padre: Veámoslo de esta manera: supongamos que él quiere un apartamento para hacer lo que se le antoje. ¿Qué puede hacer uno al respecto?

Terapeuta: Aja. Vayamos por partes. Veamos qué sucede con las reglas de la familia. No tengo nada que objetar a que le busquen un apartamento, eso está bien. Pero creo que debemos ir despacio.

Padre: A mí no me gusta que se vaya a un apartamento.

Terapeuta: ¿Cuál es la dificultad?

Padre: No creo que él pueda cuidarse por sí mismo.

Terapeuta: Muy bien; por ahora se quedará en casa y aprenderá a acatar las reglas del hogar, y a medida que avancemos veremos qué ocurre. *(A la madre.)* ¿Qué pasa con el dinero que usted le presta?

El terapeuta define que el esfuerzo se debe centrar en que el joven cumpla las reglas establecidas por los padres como medio para aprender a valerse por sí mismo y prepararlo de ese modo para que posteriormente viva de forma independiente.

Madre: Bueno, me lo devuelve cuando recibe su subvención.

Terapeuta: Muy bien, así que no hay inconvenientes en prestarle dinero. ¿Y en cuanto a lavarle y plancharle la ropa?

Madre: Lo hago.

Terapeuta: ¿No puede hacerlo él en casa?

Padre: No.

Terapeuta: ¿Por qué dice que no? Usted quiere preparar al muchacho para que pueda vivir fuera de casa, ¿no es así? ¿No es eso lo que desea para él?

Madre: Él sabe usar la lavadora automática. Puede usarla.

Terapeuta: Bien. *(Traduce con signos para Steve.)* Si te quedas en casa, ¿puedes lavar tu ropa? ¿Sabes planchar? Y pagarás dos semanas... *(A los padres.)* ¿Antes me habían comentado que les pagaría la mitad de su subvención a cambio de alojamiento y comida por dos semanas?

Padres: Así es, de acuerdo.

La conducta del hijo empezó a mejorar desde las primeras sesiones, pero a medida que esto sucedía se incrementaba la tensión

entre los padres. En el intervalo entre la octava y la novena entrevista, el padre en lugar de tener una pelea con su mujer salió de caza, actividad que había abandonado siete años atrás. Mientras permanecía fuera, el hijo amenazó a la madre con un cuchillo y luego a la hermana con un bate de béisbol. Dicho episodio podría inducir al padre a no volver de vacaciones, y permanecer junto a su esposa. La madre informó por teléfono al terapeuta de lo ocurrido, quien en la novena sesión colocó en el consultorio un cuchillo de cocina y un palo de béisbol. Cuando entraron en la sala, la madre, Steve y el hijo de nueve años los contemplaron dando a entender que sabían por qué se hallaban allí. Como el padre no estaba informado del asunto comentó alegremente: «¿Va a haber una fiesta?»

Terapeuta: He puesto un cuchillo y un bate, pero no quiero que hablen de ellos ni usted (*dirigiéndose al padre*), ni usted (*mirando a la madre*), ni tampoco tú (*señalando al hijo de nueve años*). Quiero que hable Steve. Steve, ¿por qué piensas que puse ésto aquí? (*Steve indica que aparentemente estaban allí por casualidad.*) No, los he colocado yo. ¿Por qué crees que lo he hecho?

El terapeuta continúa insistiendo en su pregunta durante más de veinte minutos, a lo largo de los cuales el hijo abandona su actitud de despreocupación y empieza a encolerizarse. La tarea del terapeuta es persistir hasta que el hijo reaccione y reconozca que el bate y el cuchillo están ahí porque amenazó con ellos a su madre y a su hermana, impidiendo que alguno de los presentes disculpen la gravedad de los hechos e insistiendo en que Steve es responsable de lo ocurrido. Durante la entrevista, en un momento en que el terapeuta hace una pausa, la madre cuenta el incidente al padre, quien todavía no conocía el asunto.

Terapeuta: ¿Qué? (*El hijo hace un signo.*) ¿Que estoy loco? No, no estoy loco. ¿Quiero que busques otra razón, a ver! Piensa un poco, piensa un poco. (*Al padre.*) ¿Qué cree usted? ¿Sabe por qué traje esas cosas?

Padre: Ella me lo acaba de decir.

Terapeuta: Entonces, háblelo con Steve.

Padre: ¿Qué pasó la semana anterior, cuando me fui de cacería?

Terapeuta: (*traduce los signos de Steve*) «No pasó nada, yo salí con mi amigo.»

Padre: (*ala madre*) ¿Salió con su amigo?

Madre: No salió con nadie.

Terapeuta: (*al padre*) Continúe.

Padre: ¿Qué pasó? ¿Cuál fue la causa?

Madre: Estábamos comiendo y le dije que debería salir a dar una vuelta. Se puso furioso y dijo que no tenía ningún lugar donde ir, y yo le contesté que el terapeuta había dicho que debía salir, aunque fuera un par de horas al día; entonces se encolerizó y cogió uno de los cuchillos pequeños. Le dije que lo volviera a poner donde estaba. En ese momento su hermana le pidió que se detuviera, y Steve fue al armario y sacó el bate, indicándole que se callara porque si no le pegaría.

Terapeuta: (*a la madre*) ¿Sabe usted una cosa?, cuando usted me lo contó por teléfono yo me alteré bastante, sentí temor. Me dijo que Steve la había amenazado con el cuchillo y a su hija con el palo. A mí esto me asusta, pero a usted no.

Madre: No es la primera vez que sucede.

Terapeuta: ¿Y no le asusta?

Madre: Bueno, creo que me estoy acostumbrando. Si algo tiene que pasar, que pase.

El ciclo familiar se mantiene en parte debido a la irresponsabilidad del hijo, que quita importancia a sus acciones de violencia negando haber hecho algo malo o inculpando a otro, y en parte debido a la respuesta benevolente de los padres y fundamentalmente de la madre. El terapeuta reiteradamente intentará que el hijo se haga responsable de sus actos y que los padres a su vez le exijan conductas responsables y correctas, especificando cuáles serán las consecuencias si no obra como han acordado.

Padre: ¿Ve usted?, no puedo irme de casa.

Terapeuta: Sí, sí que puede.

Padre: La solución es que se vaya él.

Terapeuta: Pero de buenas maneras. Ésa es la diferencia. No es posible que usted lo odie cuando él se vaya, o que él lo odie a usted.

Madre: (*dirigiéndose al padre*) No, no es posible porque él te aprecia mucho. Créeme, es así. Por eso no te lo conté cuando volviste.

Padre: (*volviéndose hacia Steve y señalando los objetos*) ¿Para qué hiciste eso?

De pronto Steve se incorpora, coge el bate y lo sostiene sobre la cabeza del terapeuta. El padre le quita el bate y hace que se siente.

Madre: ¿Ve? Ahora usted se dará cuenta de cómo es él realmente.

Terapeuta: (*al padre*) Pero usted lo puede manejar.

Padre: Yo lo puedo manejar.

Madre: No quiere decir que lo hagas a puñetazos.

Padre: No me gustaría, pero si debo...

Madre: *(al terapeuta)* Me alegro de que esto haya pasado delante suyo.

Terapeuta: *(traduce para Steve)* Ella dice que se alegra de que esto haya pasado. Yo digo que sí, pero no me gusta. No me gusta que te acerques y agarres ese bate. *(Traduce la contestación de Steve.)* «No lo molestaré. Esta es la última vez.» Está bien, pero le diré a tu madre que no me gusta que atemorices a la gente. No me gusta. *(Dirigiéndose a la madre.)* Mire, si usted no toma medidas cuando él agarra un palo y un cuchillo, le está dando motivos para que la próxima vez se encolerice de la misma manera. Usted no puede soportar eso, no puede. Debe ser terrible para usted.

Madre: Bueno, digamos que él *(señalando a su marido)* es más fuerte que yo.

Terapeuta: Entonces usted tiene que recurrir a él. *(Dirigiéndose a Steve.)* Cuando tú te enfureces con ellas, usas esto. Y está mal, está muy mal. No puedes usarlo. *(Mirando al padre.)* Usted tiene que conversar sobre esto con su hijo.

Padre: Lo haré. Mire, nuestra intención es que siga en casa hasta después de las vacaciones. Pero además le hemos encontrado un apartamento para vivir.

Terapeuta: ¿Se lo han dicho?

Padre: No.

Terapeuta: Díganselo. Como usted sabe, no podemos seguir con los secretos.

Padre: *(a Steve)* Bien. Esta noche, cuando salgamos de aquí, irás a ver un sitio que te hemos buscado.

Terapeuta: Muy bien, pero Steve aunque se vaya a un apartamento tiene que seguir yendo a su casa. Tiene que visitarlos, y entonces ustedes tendrán el mismo tipo de problemas. Steve dice que usted *(mirando a la madre)* le riñe por todo. Ahora bien, las madres tienen derecho a regañar a sus hijos. Y él tiene derecho a la crítica, pero no de esta manera *(señalando el bate y el cuchillo)*. Y usted *(dirigiéndose al padre)* debe dejar bien claro que no permitirá que algo así suceda en su casa. Tiene que decirle qué ocurrirá si él utiliza esas cosas.

El terapeuta insiste en situar a los padres en la posición jerárquica que les corresponde, en que no se alien con el hijo disculpando su comportamiento impropio, sino que por el contrario le exijan conductas apropiadas concretas y le indiquen claramente cuáles serán las consecuencias negativas que pondrán en marcha si no les obedecen.

Padre: Bueno, todo eso se acabará cuando tenga su apartamento.

Terapeuta: No, no es suficiente. Él tiene que seguir yendo a casa. Y no es malo que Steve se enoje con su madre y la critique, pero no tiene derecho a usar esas cosas. Eso está mal y usted tiene que aclarárselo perfectamente. Bueno, ustedes tienen que hablarlo con él y me parece que deberían hacerlo ahora mismo.

Padre: *(al hijo)* En casa no usarás eso; hablarás, pero no usarás eso, ¿de acuerdo?

Terapeuta: Y si lo hace, ¿qué pasará?

Padre: Le pegaré.

Terapeuta: Dígaselo, dígaselo.

Padre: Si usas eso, yo me enfurezco; y no quiero enfurecerme.

Terapeuta: Usted se enfurece. ¿Qué pasa entonces? Tiene que decirle lo que pasará, ser muy, muy explícito con Steve.

Padre: Bueno, él lo sabe.

Terapeuta: Está bien, pero dígaselo, dígaselo ahora.

Padre: Mira, no uses estas cosas cuando te enfurezcas, porque si las usas, tú y yo tendremos que pelear, y no quiero tener que hacerlo.

Terapeuta: Pero usted lo hará; dígale claramente que lo hará, si él emplea esas cosas.

Padre: De acuerdo, lo haré. Tienes que ser bueno y hablar.

El hijo se trasladó a un apartamento y comenzó a visitar a sus padres regularmente. Estos soportaron su ausencia, lo trataron con más respeto, y no lo protegieron cuando se metió en dificultades. Por ejemplo, en una ocasión en que se vio envuelto en un asunto de drogas, dejaron que lo resolviera por sí mismo.

Padre: Llamaron de este hospital diciendo que estaba bajo el efecto de la droga y querían que yo fuese a buscarlo.

Terapeuta: ¿Y qué les dijo usted?

Padre: «Así como llegó, de la misma manera déjenlo que se vaya.»

Terapeuta: Muy bien. *(A la madre.)* ¿Qué piensa usted de esto?

Madre: Yo estaba fuera de casa.

Terapeuta: Bueno, supongamos que hubiera estado. Imaginemos que es usted la que recibe la llamada.

Madre: Yo les habría dicho que lo volvieran a mandar a su apartamento.

Ésa fue la última vez que el joven tuvo problemas con las drogas. El terapeuta continuó viendo periódicamente a la familia para asegurarse de que tanto el hijo como sus padres toleraban bien su emancipación. En un seguimiento tres años después, Steve seguía viviendo fuera del hogar y no se le había vuelto a internar.

Comentario

Los problemas de esquizofrenia, delincuencia y drogadicción son indicativos de un estancamiento en el ciclo evolutivo familiar, que detiene el proceso de emancipación juvenil. La paralización del desarrollo se ve favorecida por una definición incongruente del poder dentro del sistema familiar, de forma que el paciente identificado se ubica al mismo tiempo en dos posiciones jerárquicas incompatibles, por encima y por debajo de sus progenitores. Sus intentos de mediar en el conflicto entre los padres le llevan al extremo de generar un síntoma, que momentáneamente logra unirlos para ayudarlo. Cuando los progenitores se sienten incapaces de controlar la conducta de su hijo, el profesional al que recurren no debe aliarse con el joven en contra de ellos, puesto que entonces los vuelve todavía más incompetentes y los culpabiliza. A ello añadirá la oposición del hijo cuyo extraño comportamiento tiene como finalidad ayudarles voluntariamente.

El enfoque expuesto por Haley se basa en aumentar el poder y la autoridad paterna con respecto al paciente identificado, lo cual no quiere decir que en las familias «normales» los progenitores deban tener un poder y una autoridad extremos para educar y sacar adelante a sus hijos. Por otro lado, los padres deben ser más flexibles cuando los hijos sean menores de edad y todavía no puedan emanciparse. No se debe proceder con este enfoque en los casos de jóvenes con intentos de suicidio, para los cuales el lector encontrará procedimientos más adecuados en el capítulo 9 de nuestro libro.

El procedimiento habitual consiste en una terapia por etapas. El terapeuta primeramente se hará cargo de la familia hasta que el joven salga de la institución y/o vuelva a la normalidad, para después establecer un plan terapéutico con los padres. Debe conseguir que éstos emitan mensajes que los definan como personas idóneas y responsables, y desestimar toda comunicación que implique que son débiles, incompetentes o desvalidos. El terapeuta ayuda a los progenitores a que negocien adecuadamente entre sí -con objeto de fijar reglas que el joven deberá acatar para obtener el derecho a pertenecer a la familia- y posteriormente con el hijo, dejando muy

claro que el poder lo tienen ellos. Desalentará los mensajes que sitúan al joven como la persona que tiene el poder familiar, promoviendo no tanto la congruencia de los mensajes en sí, como la congruencia de las relaciones. Finalmente, insistirá en impedir que los cónyuges utilicen al paciente identificado como elemento de unión y mediación en sus conflictos, y les apoyará para que le permitan dejar el hogar e incluso sugerirá que sean ellos mismos quienes se encarguen de preparar su marcha.

Fuentes

- Haley, J. (1985), *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Haley, J. (1980), *Terapia para resolver problemas*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Haley, J. (1987), *Problem solving therapy*, Jossey Bass Inc., San Francisco.
- Madanes, C. (1984), *Terapia familiar estratégica*, Amorrortu, Buenos Aires.

TERAPIA PSICOEDUCATIVA PARA LA ESQUIZOFRENIA

La terapia familiar psicoeducativa para el tratamiento de la esquizofrenia elaborada por Anderson, Reiss y Hogarty (1989a) tiene un ámbito de aplicación institucional. Su implantación en instituciones hospitalarias condiciona una buena organización de todo el *staff*, basada en la coordinación y colaboración entre los distintos profesionales.

Los autores parten del supuesto de que la esquizofrenia es una enfermedad con base orgánica, precipitada por determinados factores ambientales como la existencia en el sistema familiar de un estilo afectivo negativo* y un alto grado de emoción expresada*.

La eficacia de la terapia psicoeducativa queda avalada por los resultados de una investigación seria, poco frecuente en el campo de la psicoterapia no conductual, que parece confirmar la necesidad de combinar el tratamiento medicamentoso con una terapia psicológica dirigida a reducir los factores familiares generadores de estrés y a minimizar recaídas.

A. Concepciones teóricas y empíricas de la esquizofrenia

La esquizofrenia se caracteriza por una perturbación persistente y recurrente del pensamiento, con una base disfuncional cerebral -cognitiva, perceptiva, anatómica y bioquímica- adquirida y/o heredada genéticamente. La alteración de la atención hace que las percepciones del paciente sean globales e indiferenciadas, por lo que cuando

intenta abstraer las asociaciones internas de los estímulos externos sobre un grave deterioro en su concentración y proceso de pensamiento.

El tratamiento medicamentoso se considera necesario al menos durante los cuatro años siguientes a la resolución de un episodio psicótico, ya que el 80-100% de los pacientes crónicos sufren recaídas cuando se les retira la medicación (Anderson, 1989a). El porcentaje de las mismas entre los que continúan recibiendo drogas aumenta en razón directa al número de episodios psicóticos previos. Sin embargo, es preciso tener en cuenta que los esquizofrénicos varones presentan un mayor índice de recaídas por la propensión de los hombres a no tomar la medicación oral, aunque se iguala al de las mujeres cuando ésta se suministra por vía intravenosa (Hogarty, 1979).

Cuando se comparó un grupo de pacientes tratados con neurolépticos* con otro grupo al que se suministró un medicamento placebo, se constató que los pacientes cuyas familias presentaban un alto grado de emoción expresada sufrían un 50% o más de recaídas durante los nueve meses inmediatos al alta, en contraste con un 13-15% de recaídas en sujetos procedentes de hogares con un nivel bajo de emoción expresada. Dentro de las familias con emoción expresada alta, el contacto constante entre sus miembros -más de 35 horas semanales- incrementaba las recaídas, aun manteniéndose la medicación (Vaughn, 1984).

La hipótesis de la terapia psicoeducativa es que la regulación de la atención por medio de medicación que influye sobre los neurotransmisores, la provisión de un ambiente externo con estímulos controlados o una combinación de ambos, podrían reducir los síntomas esquizofrénicos y aumentar las probabilidades de recuperación. Su primordial objetivo es retardar y evitar la recaída y el ingreso en el hospital a través del control medicamentoso y ambiental.

B. Etapas de la terapia

La terapia se desarrolla en tres etapas (Anderson, 1989a). La primera tiene por objeto la conexión del equipo terapéutico con la familia y el esquizofrénico para crear una buena alianza de trabajo.

La segunda consiste en un seminario de información sobre la esquizofrenia a los familiares del enfermo. Y la tercera planifica la vuelta a casa del paciente.

B.1. *Conexión con la familia*

Se inicia cuando el paciente todavía se encuentra ingresado en el hospital y su finalidad es crear una buena relación entre el equipo terapéutico y la familia, que facilite la cooperación mutua en el tratamiento. Durante los primeros encuentros con la familia se establece una evaluación que abarca la evaluación de la crisis; la evaluación de la reacción de la familia ante la enfermedad y los tratamientos previos, y la evaluación de variables familiares generales.

B.1.1. Objetivos terapéuticos

El cometido del equipo de persuadir a la familia para que se una al esfuerzo terapéutico por ayudar al paciente, se concreta en los objetivos siguientes:

1. Crear una alianza terapéutica. Es necesario motivar a los integrantes de la familia para que colaboren con el tratamiento sin insinuar que son los causantes de la enfermedad, insistiendo en que el personal hospitalario necesita de su información y cooperación para conseguir que el paciente se recupere (Anderson, 1989; >).
2. Identificar los problemas que aumentan el estrés familiar y el del paciente.
3. Identificar los recursos familiares para ayudar al esquizofrénico y la disponibilidad y extensión de la red de apoyo. El terapeuta averigua además cómo era el paciente antes de su enfermedad y cómo ha intentado cada miembro de la familia afrontar los cambios ocasionados por la esquizofrenia.
4. Destacar las facetas fuertes del grupo familiar, resaltando las capacidades y aspectos positivos de sus integrantes.
5. Establecer, mediante un contrato por escrito, las reglas y expectativas del tratamiento.

B.1.2. Procedimiento terapéutico

Puntualiza estrategias bien definidas para entablar una buena alianza de trabajo entre las que cabe destacar:

1. El equipo terapéutico debe estar disponible cuando la familia lo necesite.
2. El terapeuta se centra en la crisis presente y en las razones de la familia para buscar ayuda ahora.
3. No se pueden ofrecer falsas seguridades. En este sentido, hacer duelo por la salud perdida desculpabiliza a los familiares de haber contribuido a causar la enfermedad y permite tener expectativas más realistas.
4. Se debe establecer una relación con el esquizofrénico -mediante contactos individuales breves- para motivarlo a que prosiga el tratamiento como paciente externo, una vez dado de alta.
5. Es preciso motivar a la familia y al paciente para el trabajo en equipo.
6. El terapeuta ha de representar a la familia en su relación con el sistema hospitalario.
7. Se prepara el contrato terapéutico.

Contrato terapéutico. Especifica el acuerdo mutuo entre familia y terapeuta sobre el procedimiento que se va a adoptar. A corto plazo se fijan tres metas: proporcionar al enfermo una sensación de control; brindar a la familia un breve respiro en su tarea de hacer frente a la enfermedad, y obtener un acuerdo inicial sobre las condiciones del tratamiento de convalecencia. A largo plazo, cuando el paciente tenga el alta y se integre en el tratamiento para externos, se especifican otros tres objetivos: mantener al paciente fuera del hospital, reduciendo el nivel de estrés; ayudar a la familia a establecer reglas de conducta básicas que el esquizofrénico deberá cumplir cuando regrese a casa, y reintegrarlo a la comunidad.

En ocasiones los clínicos se percatan de la existencia de otras dificultades familiares, como puede ser un conflicto conyugal. Sin embargo, centrar la atención en ellas incrementa el estrés y disminuye la energía de la familia para afrontar la crisis inmediata (Anderson, 1989a).

B.1.3. Evaluación de la familia

Comprende una evaluación de: la gravedad de la enfermedad y de la crisis que ha provocado en el sistema familiar; la reacción de la familia ante la enfermedad y los tratamientos anteriores; y variables familiares generales.

B.1.3.1. *Evaluación de la crisis:*

1. Para conocer la magnitud de la disfunción del paciente, se pregunta por los síntomas que manifiesta y cuál es su impacto en el funcionamiento familiar.
2. Con objeto de evaluar el nivel de ansiedad de la familia, el terapeuta debe conocer cómo manejan los familiares los cambios producidos por la enfermedad.
3. Se pregunta a la familia qué es lo que precisa de la institución terapéutica, lo cual permite saber cuál es el apoyo profesional que requieren (medicación o institucionalización del psicótico).

B.1.3.2. *Evaluación de la reacción ante la enfermedad y el tratamiento:*

1. Con el fin de evaluar el impacto a largo plazo de la esquizofrenia sobre la vida familiar, se recoge información sobre el curso de la enfermedad.
2. También es conveniente revisar las experiencias terapéuticas anteriores y su grado de eficacia, para de ese modo evitar repetir aquello que no ha funcionado.

B.1.3.3. *Evaluación general de la familia:*

1. Se recaban datos sobre la historia, estructura, pautas de comunicación, etapa del ciclo vital y relaciones entre la familia y su comunidad. El procedimiento incluye trazar un genograma y explorar los patrones de relación, las alianzas, los límites intergeneracionales, los estilos de comunicación, así como los contactos y relaciones extrafamiliares de cada miembro.
2. En segundo lugar, el terapeuta pide información sobre sucesos y cambios recientes, positivos y negativos, no necesariamente relacionados con la enfermedad, para conocer el nivel actual de tolerancia al estrés de los integrantes de la familia.

B.2. Seminario de información sobre la esquizofrenia

Cuando enferma una persona, sus familiares le prestan apoyo siendo solícitos y tolerantes. Estas respuestas normales, que ayudan en la mayoría de las enfermedades, pueden empeorar la situación del esquizofrénico. La intensa involucración interpersonal y los ambientes tolerantes no estructurados tienden a incrementar el estrés y reforzar las conductas inapropiadas (Anderson, 1989a). Por esta razón, la terapia familiar psicoeducativa considera conveniente informar a las familias de las características de la esquizofrenia y de cuál es el modo más adecuado de tratar al enfermo.

El paciente no asiste al seminario por dos razones. En primer lugar porque suele impartirse al principio, en un momento en que no soportaría una sesión que dura un día completo. En segundo lugar, porque los familiares exponen sus inquietudes con mayor comodidad si el enfermo no está presente.

El objetivo del seminario es que la familia reestructure su comprensión de la esquizofrenia y desarrolle estrategias apropiadas para ayudar al paciente, no en vano los autores lo denominan «Seminario de habilidades de supervivencia». El procedimiento adopta un formato de terapia familiar múltiple, reuniendo a varias familias con un integrante esquizofrénico. Durante el mismo se aporta una definición extensa y precisa del tratamiento que se va a seguir, con lo cual se disminuye la incertidumbre y la ansiedad de las familias. Posiblemente la aclaración de que la esquizofrenia es una enfermedad orgánica elimine posibles sentimientos de culpa, contribuyendo notablemente a evitar «resistencias» (Anderson, 1989b).

B.2.1. Desarrollo del seminario (Anderson, 1989a)

- 9.00-9.15: Café e interacción informal.
- 9.15-9.30: Introducciones formales y explicación del programa del día.
- 9.30-10.30: ¿Qué es la esquizofrenia?
Historia y epidemiología.
La experiencia personal del paciente.
La experiencia social desde el observador.
Psicobiología.

- 10.30-10.45: Pausa para un café y debate informal.
- 10.45-12.00: Tratamiento de la esquizofrenia.
Medicación antipsicótica: actuación; necesidad; influencia sobre los resultados y efectos colaterales.
Tratamientos psicosociales: efectos; otros tratamientos y técnicas.
- 12.00-13.00: Comida y debate informal.
- 13.00-15.30: La familia y la esquizofrenia.
Necesidades del paciente y de la familia.
Reacciones de la familia ante la enfermedad.
Problemas que enfrentan los pacientes y sus familias.
Qué puede hacer la familia para ayudar al paciente.
- 15.30-16.00: Preguntas sobre problemas específicos.
Resumen final.
Interacción informal.

A lo largo del seminario se explica a los asistentes que la esquizofrenia entraña importantes cambios emocionales, cognitivos y conductuales en el enfermo y que los familiares normalmente reaccionan sintiendo miedo, angustia, frustración, ira y tristeza con respecto a la causa de esos comportamientos extraños y al futuro del paciente. Por otra parte, se les informa que las respuestas conductuales más comunes de la familia consisten en adaptarse y normalizar la situación; recurrir a ruegos, halagos y a la persuasión razonada; buscar sentido a comunicaciones desatinadas; asumir responsabilidades adicionales y vigilar constantemente al enfermo.

La información impartida acerca de cómo ayudar al paciente es de suma importancia con objeto de que aprendan qué deben y qué no deben hacer para contribuir a su restablecimiento y para, una vez recuperado, prevenir futuras recaídas. Los aspectos más relevantes de dicha información pueden sintetizarse en los siguientes puntos:

1. Revisar las expectativas sobre el futuro del paciente, adecuándolas a la realidad actual.
2. Crear barreras a la estimulación excesiva.
3. Fijar límites, como por ejemplo:
 - a) Decidir con anticipación las reglas mínimas que van a regir la convivencia en el hogar, y siempre antes de que se incremente la tensión.
 - b) Fijar las normas de forma clara y concreta, sin discutir las con excesiva minuciosidad.

- c) No guiarse por la edad cronológica del paciente.
 - d) Hacer peticiones directas, evitando las amenazas.
 - e) Tener en cuenta que el esquizofrénico pondrá a prueba lo establecido.
 - f) Si el objetivo primordial de las reglas es satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, admitirlo.
 - g) Cuando duden al fijar una norma o requieran apoyo para hacerlo, deben recurrir al equipo clínico.
 - h) En los pacientes paranoicos está contraindicado que la familia confronte directamente el delirio, ya que el enfermo tiende a agitarse más y empieza a creer en supuestos *complots* contra él.
4. Ignorar, selectivamente, determinadas conductas inadecuadas del paciente.
 5. Mantener las comunicaciones a un nivel simple, es decir:
 - a) Hacerse responsables de sus propias comunicaciones y, por tanto, cuando afirmen o pidan algo es importante que no nieguen después dicha afirmación o petición.
 - b) Comunicarse evitando el exceso de detalles o ideas abstractas.
 - c) Expresar los mensajes positivos de manera adecuada, pero no excesiva.
 6. Apoyar el régimen de medicación del esquizofrénico.
 7. Normalizar, en lo posible, la vida cotidiana familiar que ha sido alterada por la enfermedad.
 8. Aprender a reconocer las señales de necesidad de ayuda del paciente.
 9. Recurrir a los profesionales cuando sea preciso.

B.3. La vuelta a casa-reintegración a la sociedad

Esta etapa se inicia después de que el paciente es dado de alta y comienza con sesiones familiares cada dos semanas. Si se producen llamadas telefónicas, éstas deben ser breves y centrarse en el problema motivo de la consulta. Cuando la situación es grave, con riesgo de pérdida de control, se concierta una sesión de crisis.

Durante la misma, los clínicos se concentran en el problema y son más directivos de lo habitual: refuerzan reglas y límites y toman medidas para desactivar la crisis del modo más simple y directo.

B.3.1. Fases de una sesión

1. Contacto social entre el terapeuta, la familia y el enfermo.
2. Evaluación de las tareas asignadas y/o de cualquier otra cuestión que sea motivo de preocupación.
3. Elaboración conjunta de soluciones, aunque la autoridad final en la toma de decisiones la tiene el clínico.
4. Asignación de nuevas tareas.

B.3.2. Objetivos de la terapia

Anderson (1989a) resalta la necesidad de centrar la terapia en cuestiones concretas, con la finalidad de crear un ambiente previsible y seguro. Un enfoque que trabaje el *insight*, la autoexploración o la confrontación promueve el estrés y la angustia contribuyendo a empeorar el problema. Las metas principales de esta tercera etapa se pueden concretar en los puntos siguientes:

1. Los pacientes deben aprender a reconocer y respetar sus señales internas: cuándo necesitan distancia, apoyo y cuándo están estresados.
2. El esquizofrénico debe reasumir responsabilidades. Para ello se comienza con la higiene personal, se sigue con quehaceres domésticos (primero, en colaboración con un familiar no conflictivo y después de forma independiente) y, por último, se asignan tareas y actividades para que el paciente salga del hogar.
3. Las tareas prescritas a la familia intentan mantener la actitud de «indiferencia benigna», consistente en pasar por alto algunas conductas del paciente que no sean apropiadas, y al principio deben involucrar al enfermo con otro familiar que pueda motivarlo adecuadamente.
4. Alcanzar la rehabilitación social y profesional. Es notorio

que cuanto más se prolonga el aislamiento social, más disminuyen las habilidades sociales. Por ello, en ocasiones, antes de emprender las actividades sociales correspondientes, el esquizofrénico necesita recuperar habilidades de comunicación y de empatía que le permitan tener mayor conciencia de las necesidades ajenas. Para lograrlo se puede utilizar un programa de trabajo que parta de un grupo familiar múltiple que contenga a familiares y pacientes y, luego, se divida en dos.

La rehabilitación profesional comienza cuando el enfermo se mantiene estable, controla sus síntomas, reconoce las señales que anticipan el inicio de los mismos, y ha aumentado su participación y responsabilidad dentro de la familia. Esto suele lograrse diez o doce meses después de un episodio agudo y/o del alta hospitalaria, pero aun entonces sólo se aborda el tema después de un entrenamiento en las habilidades necesarias. Normalmente, durante el período de transición a un trabajo o programa de formación es aconsejable aumentar la frecuencia de los contactos terapéuticos.

La fase inicial de reintegración a la vida profesional requiere:

- a) Habitarse a la rutina, ya que la entrevista inicial -para conseguir un puesto de trabajo- es una causa de estrés.
- b) Comenzar con un horario de jornada incompleta.
- c) Empezar a mitad de semana para recuperarse durante el fin de semana.
- d) No estar totalmente aislado ni muy involucrado socialmente.
- e) La supervisión de un superior que preste apoyo al paciente.
- f) Tareas interesantes, pero no tan exigentes que generen estrés.

B.3.3. Fases finales del tratamiento

Después de conseguir que el paciente lleve una vida familiar, social y laboral sin sufrir recaídas, los intervalos de las sesiones aumentan gradualmente hasta instaurarse contactos cada tres o seis meses. El paso a las sesiones de mantenimiento se decide de común acuerdo entre el clínico, el paciente y la familia, quedando reflejado mediante su firma en un nuevo «contrato de mantenimiento». Si una de las partes cree no estar preparada, se aplazará la decisión. El con-

trato debe ser flexible y contemplar la posibilidad de aumentar la frecuencia de las sesiones ante el surgimiento de un problema o un cambio importante en la vida del enfermo o de su familia.

La terminación del tratamiento tiene lugar cuando el paciente y sus familiares son conscientes y capaces de manejar los sutiles cambios de conducta, es decir, las pequeñas señales de alarma que pueden preceder a los episodios psicóticos. Reconocerlos hará posible que movilicen los recursos necesarios para controlarlos adecuadamente antes de que la descompensación psíquica requiera hospitalización. El mantenimiento de contacto telefónico tras la última sesión, en términos de seguimientos periódicos, ayuda a reforzar los mensajes de disponibilidad e interés del equipo clínico.

Por último, es muy importante destacar que con los esquizofrénicos crónicos la terminación del tratamiento debe hacerse de forma muy gradual para evitar el estrés de un cambio súbito.

Comentario

La terapia familiar psicoeducativa para el tratamiento de la esquizofrenia combina un enfoque médico, basado en la administración de neurolépticos que regulen los procesos de atención y pensamiento, y una terapia familiar que mejore el funcionamiento de la familia del enfermo. Un contexto familiar caracterizado por un estilo afectivo negativo -donde abundan las críticas, la inducción de culpa, la intrusión y la falta de apoyo positivo entre sus miembros- y por un alto grado de emoción expresada -en la que predomine la actitud crítica, la sobreimplicación y la hostilidad entre sus integrantes- dificultan la recuperación del paciente y aumentan la probabilidad de recaídas.

El procedimiento de terapia familiar abarca tres amplias etapas denominadas conexión con la familia, seminario informativo y reinserción familiar y social.

El objetivo de la primera etapa es crear una alianza de trabajo con el paciente y su familia. Finaliza con la firma de un contrato, que ratifica por escrito el acuerdo sobre las condiciones y metas del tratamiento a corto y largo plazo. Las metas a corto plazo consisten en proporcionar al esquizofrénico una sensación de control sobre

sus síntomas y sus necesidades, dar un respiro a sus familiares en su lucha contra la enfermedad y llegar a un consenso inicial sobre las condiciones del tratamiento cuando tenga el alta. Las metas a largo plazo son reducir el nivel de estrés, establecer reglas claras que regulen el funcionamiento cotidiano en el hogar y reintegrar al paciente a su vida familiar y social. Tras la firma del contrato se realiza una evaluación completa para obtener información sobre la gravedad de la enfermedad y su impacto en la familia a corto y largo plazo, la respuesta a anteriores tratamientos y el estado de variables familiares generales.

La finalidad de la segunda etapa es informar sobre la enfermedad y la forma más idónea de manejarla mediante un seminario, que adopta un formato de terapia familiar múltiple. Esta reunión informativa complementa el esfuerzo que el equipo terapéutico ha realizado en la etapa de conexión para motivar a la familia.

La tercera etapa se orienta a la consecución de las metas a largo plazo. El objetivo terapéutico es establecer un ambiente hogareño, social y laboral sosegado e integrar gradualmente al paciente en sus roles familiares, sociales y profesionales, para lo cual con frecuencia es necesario entrenarle en habilidades de comunicación y empatía. Una vez que se logra alcanzar las metas, las entrevistas se espacian y se dirigen a mantener la mejoría. Aunque el tratamiento haya terminado, el equipo seguirá teniendo contacto telefónico con la familia, en forma de seguimientos para evitar recaídas.

Fuentes

- Anderson, C.M. (1989a), *Esquizofrenia y familia*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Anderson, C.M. (1989b), *Para dominar la resistencia*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Hogarty, G. E., Schooler, N.R., Ulrich, R.F., Mussare, F., Herrón, E. y Ferro, P. (1979), *Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients: Relapse analyses of a two year controlled study of fluphenazine decanoate and fluphenazine hydrochloride*, «Archives of General Psychiatry» 36, 1283-1294.
- Vaughn, C.E., Snyder, K.S., Jones, K.S., Freeman, W.B. y Fallón, I.R.H. (1984), *Family factor in schizophrenic relapse: Replication in California of British research on expressed emotion*, «Archives of General Psychiatry» 41, 1169-1177.

Autores como PH. Bornstein y M.T Bornstein (1988) han hecho posible cierta confluencia entre la terapia familiar sistémica y la modificación de conducta en el tratamiento de los problemas de pareja. Al igual que Liberman (1987) aportan un enfoque muy sistematizado, sometido a una revisión continua de sus métodos de tratamiento a través de una minuciosa investigación. En el apéndice V incluimos, para consulta del lector interesado, un elenco de los instrumentos de evaluación más empleados en los ámbitos experimental y clínico.

Los resultados de las investigaciones muestran que las parejas[^] en conflicto emiten una frecuencia mayor de conductas negativas, es decir, una tasa menor de refuerzos y mayor número de críticas e interacciones hostiles que las parejas bien avenidas. Dado que este hecho no aparece cuando cada uno de sus integrantes se relaciona con otras personas, los autores concluyen que los problemas de comunicación, falta de habilidades de negociación y de solución de problemas son específicos de la pareja y no déficit de cada uno de sus miembros (Bornstein y Bornstein, 1988).

El tratamiento se centra principalmente en entrenar a los cónyuges para que desarrollen habilidades adecuadas de comunicación, negociación y solución de problemas, mediante técnicas de modelado gradual. Se comienza con ensayos realizados en la entrevista bajo la supervisión del terapeuta, quien actúa como modelo y fuente de refuerzo, y se completan con tareas para casa -muchas veces concretadas en registros conductuales- algunas de las cuales se describen en el apéndice VI del libro.

A. Evaluación

La primera entrevista se centra en la creación de la relación de trabajo y de expectativas terapéuticas favorables. El objetivo es motivar a los integrantes de la pareja para que colaboren con el terapeuta y entre sí en el esfuerzo conjunto por mejorar su relación. Para ello, se permite que expresen sus emociones negativas acerca de los problemas conyugales y se valúa la motivación de cada uno para salvar el matrimonio. Posteriormente, se adquiere información de la historia de relación matrimonial y del grado de satisfacción de cada uno con respecto a su matrimonio.

A.1. *Evaluar la motivación para salvar el matrimonio*

Se pide a cada miembro por separado que puntúe en una escala de 0 a 10 su grado de motivación para «salvar» su matrimonio. También se les pregunta individualmente si existen relaciones extramatrimoniales, en cuyo caso es preciso conseguir un compromiso de fidelidad mientras dure el tratamiento. Algunas veces, un entrenamiento en asertividad hace al cónyuge más atractivo y deseable para su esposo/a, llevando al abandono de la relación extramatrimonial (Lieberman, 1987).

J A.2. *Catarsis emocional*

Al inicio de la primera entrevista se permite la expresión de emociones y comentarios negativos -en torno a los problemas de la relación de pareja- individual y conjuntamente. Más adelante, el terapeuta no admitirá expresiones de este tipo y centrará la terapia en el logro de las metas terapéuticas.

V A.3. *Creación de expectativas terapéuticas favorables*

Se debe dejar muy claro que el objetivo del tratamiento no es preservar el matrimonio o ayudar a la pareja a soportar el conflicto

y la infidelidad, sino alcanzar una buena comunicación. Poseer buenas habilidades de comunicación constituye un requisito previo para lograr que los cónyuges sean capaces de resolver satisfactoriamente sus problemas.

A.4. *Evaluación de la historia y la relación matrimonial*

El terapeuta recoge información sobre los mitos heredados de las familias de origen respectivas, los patrones de interacción predominantes y los tipos de respuestas emocionales negativas en la pareja.

Los patrones de interacción pueden basarse en la reciprocidad o en la coerción. En el primer caso se caracterizan por la sensibilidad a las peticiones del otro y el refuerzo mutuo de las conductas deseadas. Por el contrario, la coerción comprende acciones aversivas mutuas que intentan controlar la conducta de la otra persona. Las acciones aversivas se encadenan en una secuencia en la que cada petición adopta la forma de una demanda exigente, incluso amenazadora, y su incumplimiento se castiga con el aumento de conductas aversivas. La sensación desagradable, producida por las constantes amenazas, aumenta hasta que se consigue la sumisión de uno de los cónyuges. La conducta sumisa, al obtener un alivio momentáneo, se convierte en un refuerzo de la conducta coercitiva y aparece una espiral, en la que por turnos cada esposo adopta el papel de víctima o de triunfador (Bornstein y Bornstein, 1988).

Las respuestas emocionales negativas comprenden palabras, expresiones y actos desagradables que, aparentemente, son un castigo que distancia a la pareja y destruye su relación. Sin embargo, obtener esas respuestas es mejor que nada, por lo que constituyen un factor importante para mantener la unión de la pareja.

A.5. *Evaluación de la satisfacción matrimonial*

Para recabar información sobre el grado de satisfacción matrimonial, se pregunta por el grado de complacencia para realizar ac-

tividades de ocio elegidas por el otro cónyuge; por el apoyo mutuo que se prestan en la educación de sus hijos o en presencia de otras personas; y por la frecuencia, iniciativa, sensaciones y capacidad de manifestar deseos en el área sexual.

B. Intervención

El trabajo de las sesiones se dirige fundamentalmente a conseguir una buena comunicación verbal y no verbal entre los miembros de la pareja; aumentar los intercambios mutuamente reforzantes; disminuir las interacciones aversivas, y utilizar contratos para negociar la solución de problemas.

El procedimiento que debe seguir el terapeuta se inicia con una definición operativa de las metas que los clientes persiguen con el tratamiento. Las técnicas de intervención consisten en un modelado gradual* que permite ensayar las conductas deseadas, en el cual el terapeuta actúa como modelo y a su vez refuerza los progresos alcanzados. Más adelante, se pretende generalizar las adquisiciones logradas al ambiente cotidiano, mediante tareas directas para practicar en casa.

B.1. Lograr una comunicación eficaz

La comunicación entre los miembros de la pareja abarca tres niveles: verbal, emocional y sexual. Se asume que a medida que mejore la comunicación verbal se producirán cambios positivos en los otros niveles (Lieberman, 1987).

Dentro de este enfoque se considera que una comunicación es adecuada cuando los efectos reales sobre el receptor coinciden con los efectos deseados por el emisor, razón por la cual es importante que la pareja comprenda que han de recibirse correctamente tanto los contenidos de fondo como también los sentimientos asociados al mensaje.

A continuación hablaremos brevemente de los elementos y dimensiones implicados en cualquier comunicación:

Elementos del proceso de comunicación. Una buena comunicación implica recibir el mensaje, procesarlo y dar una respuesta. Para recibir el mensaje es necesario escuchar y determinar los sentimientos y la intención del emisor. El procesamiento implica contextualizar el mensaje, pensar en las opciones de respuesta y sopesar las consecuencias de cada opción. Por último, emitir una respuesta requiere escoger el momento adecuado y utilizar habilidades de comunicación verbales y no verbales.

Dimensiones del envío y recepción de mensajes. Estas dimensiones comprenden describir las conductas (yo no sugerí ir a cenar la última noche porque me dolía la cabeza, ¿qué tal si vamos hoy?), intenciones (me gustaría salir a cenar esta noche), emociones (estoy contento/a y me gustaría salir a cenar), interpretaciones (pareció contrariarte que no saliéramos a cenar) y percepciones propias (¿no quieres salir a cenar, pareces indeciso/a?) (Lieberman, 1987).

B.1.1. Entrenamiento en comunicación no verbal

El entrenamiento para la adquisición de habilidades de comunicación no verbal se basa principalmente en conseguir el tono y volumen de voz y el tipo de contacto visual con los que cada integrante de la pareja se encuentre cómodo.

B.1.1.1. Tono y volumen de voz. El procedimiento consiste en seleccionar un mensaje neutral e instruir a los cónyuges, mediante la técnica de modelado gradual, para que se miren y digan el mensaje de diversas formas. Así por ejemplo, el terapeuta les pide que transformen la afirmación en pregunta, en demanda, en reproche, en preocupación, en una invitación, o que lo digan con voz fuerte, con miedo, etc. Cuando un esposo dice la frase, se pregunta al otro sobre el mensaje no verbal recibido. Después se invierten los roles de emisor y receptor. Al finalizar se les pregunta con qué tono de voz se encuentran más a gusto y por qué.

B.1.1.2. Contacto visual. Para entrenarlos en lograr un buen contacto visual se selecciona una afirmación neutral y se les instruye para que digan -por tumos- el mensaje con voz neutral, va-

riendo el contacto visual. El terapeuta pide a cada uno que mire a los ojos del otro, que inicie un contacto ocular y después lo rompa; que no haga contacto y después lo inicie; que suavice la intensidad de la mirada; que mire levemente por encima del nivel de los ojos de su pareja, etc.

B.1.2. Entrenamiento en comunicación verbal

El objetivo es ayudar a la pareja a conversar libremente sobre temas neutrales, positivos, peticiones de cambio y temas delicados y negativos. El entrenamiento sigue el orden mencionado, es decir, se inicia con temas neutrales y finaliza con los más delicados y negativos. En cada ensayo, una vez que un cónyuge expresa un breve mensaje de cinco o seis frases, el terapeuta pide al otro que lo repita hasta que el emisor quede satisfecho. A continuación deben expresarse directamente los sentimientos y confesarse sus emociones.

B.2. *Incrementar los intercambios mutuamente reforzantes*

La meta es conseguir que los componentes de la pareja sean capaces de dar, agradecer y pedir gratificaciones.

El procedimiento comienza adiestrándolos para que reconozcan palabras y acciones placenteras, es decir, gratificaciones. Nuevamente, el terapeuta actúa como modelo y pide a cada esposo por turno que ensaye. Cuando el ensayo es satisfactorio se asignan tareas para casa.

Las tareas para cada cónyuge incluyen:

1. Hacer individualmente una lista de las gratificaciones que cada uno da y una lista de las gratificaciones que recibe, para después leerlas en alto.
2. Mencionar dos o tres gratificaciones importantes que están ocurriendo.
3. Efectuar un registro diario de las gratificaciones recibidas que se muestra al cónyuge al final del día, lo cual sirve como refuerzo. Al principio de cada sesión, leen lo que el otro dijo o hizo

que resultó agradable. Posteriormente, el terapeuta pregunta a cada esposo si el suceso agradable fue agradecido y cómo.

4. Se tienen en cuenta ocho áreas en las que las parejas pueden tener problemas: sexualidad, comunicación, educación de los hijos, dinero, actividades sociales y de tiempo libre, responsabilidades domésticas, trabajo e independencia-dependencia. Los cónyuges deben anotar, por separado, aquellos deseos fantaseados para mejorar su relación en todas las áreas. Después, cada uno escoge y pide en voz alta un deseo. El terapeuta ayuda a transformar y aproximar la fantasía a una acción real que pueda producir sentimientos positivos, concretando la frecuencia, duración, el tiempo y el lugar. Cuando se ha alcanzado un acuerdo, prescribe la tarea de intercambiar las fantasías.

B.3. *Disminuir las interacciones aversivas*

Se ha observado que las parejas con éxito tienden a permitir una cierta cantidad de hostilidad sin tener que «devolvérsela» al otro (Bornstein y Bornstein, 1988). Cuando se necesite expresar los sentimientos negativos hay que explicar qué conducta los ha producido, y describir esos sentimientos para terminar haciendo una petición que mejore la situación y los sentimientos (por ejemplo, cambiar palabras o conductas, o pedir tiempo para llegar a un compromiso o clarificación).

Se sugiere a la pareja que cuando el otro se muestre hostil o de mal humor, en lugar de responder como habitualmente han venido haciendo, elijan entre las siguientes posibilidades:

1. Ignorarlo. Sin embargo, cuando el clima emocional es muy intenso, ignorar a la otra persona se convierte en una provocación adicional, por lo que -en dicha situación- no es conveniente utilizar esta opción.
2. Desarmar al otro con gratificaciones, en vez de emplear las conductas aversivas esperadas.
3. Intentar poner en práctica una gratificación mutua.
4. Introducir el humor en la situación.
5. Ser empático y ponerse en el lugar del otro.

6. «Tiempo fuera». Se puede permanecer un tiempo apartado para dejar que el cónyuge se calme y luego expresar los sentimientos propios de manera asertiva, pero sin crítica. Es importante que el esposo que se marcha diga al otro dónde va y cuándo volverá.

7. Intercambio de afecto físico. Por ejemplo, pueden empezar acariciándose la mano con el dedo pulgar, jugando a que los dedos son dos viejos amigos que se muestran su cariño. Más adelante seguirán con toda la mano.

B.4. *Contratos para negociar la solución de problemas*

El contrato se emplea como un instrumento de solución de problemas y su finalidad es especificar qué quieren el uno del otro y qué estarían dispuestos a dar. El paso final es la negociación, el acuerdo y finalmente el compromiso con las respectivas peticiones.

En una primera fase, cada cónyuge elige una serie de conductas que desea que manifieste su compañero. Después leen en voz alta sus respectivas peticiones explicando por qué son importantes. Es conveniente que expresen cómo se sentirían si su pareja realizase las acciones descritas, y que se sitúen en el lugar del otro para comprobar la dificultad del cambio.

La segunda fase comprende la negociación de acuerdos y comienza estableciendo un orden de prioridades con respecto a las conductas que promuevan gratificaciones. Posteriormente, se pide a los cónyuges que lleguen a un consenso sobre la fecha en que empezarán a cumplir lo acordado. Es preciso subrayar que cada cónyuge debe comprometerse personalmente a cumplir los términos de su contrato, independientemente de que el otro lo haga o no.

Cuando se consigue el compromiso sobre acuerdos claros se procede a la tercera fase, la ejecución de los mismos, para lo cual es recomendable empezar con conductas fáciles y, sólo tras obtener éxito en las mismas, continuar progresivamente hacia otras más difíciles.

Una vez que se verifique una mejoría en la relación, constatando que han mantenido los acuerdos, el terapeuta inicia la cuarta fase. Les pide que nuevamente se pongan de acuerdo, en esta oca-

sión sobre el tipo de recompensas que cada uno va a recibir por haber realizado las conductas a las que se había comprometido. La obtención de recompensas obviamente actúa como refuerzo de los cambios adquiridos.

El procedimiento continúa de la misma forma hasta alcanzarse la última de las conductas deseadas. La finalización del tratamiento incluye el establecimiento de metas a largo plazo, de modo que las medidas de seguimiento incluyan una evaluación de su consecución. La utilización de los seguimientos va más allá del control del éxito terapéutico, convirtiéndose en otra etapa más del tratamiento. En ellos el terapeuta revisa el cumplimiento de los objetivos propuestos en la última sesión y planifica otros nuevos y formas de conseguirlos. En general, se observa una gran dificultad para mantener y generalizar los aprendizajes efectuados durante el tratamiento en sí, muy vulnerables a acontecimientos ajenos a la propia pareja. Por tanto, los seguimientos representan una forma de prolongar la terapia, sin fomentar la dependencia hacia la misma (Jacobson, 1986).

Comentario

El enfoque expuesto para el tratamiento de los problemas de pareja considera que las parejas conflictivas presentan una tasa elevada de conductas negativas y escasos intercambios positivos. El procedimiento terapéutico se centra en entrenar a los cónyuges en habilidades de comunicación, de negociación y en la adquisición de un modelo adecuado de solución de problemas, con la finalidad de disminuir los intercambios aversivos y aumentar los mutuamente gratificantes, siendo uno de los programas de tratamiento más estandarizados dentro de otras modalidades de terapia de pareja (véase Navarro, 1992).

Durante la primera entrevista el terapeuta realiza una definición del contexto de la terapia y motiva a los cónyuges para que colaboren en el tratamiento. Después de una fase de evaluación tanto del grado de motivación y satisfacción con respecto a su matrimonio, como de la historia y patrones de interacción de la pareja, el tera-

peuta pide a sus integrantes que definan en términos operativos los objetivos que quieren conseguir con el tratamiento. A partir de ese momento la terapia se dirigirá a la consecución de dichas metas.

Con objeto de posibilitar que los clientes logren los cambios deseados es necesario que previamente desarrollen una comunicación adecuada, aumenten los intercambios reforzantes basados en la reciprocidad, disminuyan sus interacciones aversivas basadas en la coerción y aprendan a utilizar contratos para negociar la solución de sus problemas. Para ello, el terapeuta emplea la técnica del modelado gradual, reforzando cada pequeño logro. La prescripción de tareas directas, que la pareja realiza fuera de la entrevista, ayuda a la consolidación y generalización de los cambios.

El plan terapéutico comienza con el entrenamiento en comunicación verbal y no verbal, suponiendo que el éxito conseguido se extenderá a las áreas emocional y sexual. Después de que los cónyuges son capaces de emitir y recibir mensajes correctamente, deben aprender primeramente a reconocer gratificaciones y después a darlas y recibirlas. El terapeuta les pide que en casa elaboren una lista de gratificaciones y elijan dos o tres que ya ocurran, llevando cada uno un registro de las conductas positivas que obtiene del otro. También les enseña cómo pueden reducir las interacciones aversivas, ofreciéndoles un elenco de nuevas alternativas. Por último, les entrena en habilidades de negociación para dotarles de un buen modelo de solución de problemas. Es imprescindible que el clínico siga el orden expuesto, ya que a medida que el tratamiento avanza, se requiere dominar las habilidades incluidas en las fases previas.

La insistencia de los autores en investigar sus resultados clínicos, les llevó a observar que si bien existía un cambio cuando se comparaban las medidas pretratamiento y postratamiento, éste desaparecía en la evaluación efectuada durante los seguimientos (Jacobson, 1986). Tal hallazgo ha supuesto una aportación importante que ha conducido a programar metas a largo plazo en la última sesión que se revisan en los seguimientos, en los cuales se efectúan nuevos controles de los cambios y nuevas planificaciones de metas. En este sentido, los seguimientos representan un recurso para mantener y ampliar el cambio conseguido durante la terapia.

Fuentes

- Bornstein, P.H. y Bornstein, M.T. (1988), *Terapia de pareja. Enfoque conductual sistémico*, Pirámide, Madrid.
- Jacobson, N.S. y Gurman, A.S. (1986), *Clinical handbook of marital therapy*, Guilford Press, Nueva York.
- Lieberman, R.P., Wheeler, E.G. y colaboradores (1987), *Manual de terapia de pareja*, Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Navarro Góngora, J. (1992), *Técnicas y programas en terapia familiar*, Paidós, Barcelona.

COMENTARIO FINAL

No presentamos este comentario final sobre los principales enfoques en terapia familiar sistémica bajo un prisma integrador, únicamente intentamos efectuar algunas matizaciones comparativas. A pesar de las posibles conexiones y aportaciones complementarias que pueden vislumbrarse entre las modalidades terapéuticas descritas, pensamos que los intentos de integración deberían apoyarse en estudios experimentales sobre la eficacia relativa de cada una de ellas y los procesos implicados en las mismas. A esto habría que añadir una investigación seria sobre las habilidades terapéuticas que demanda cada enfoque, puesto que el éxito de algunos de los autores mencionados es difícilmente extrapolable al terapeuta «medio». Tanto más complicado resulta, a nuestro juicio, combinar las distintas habilidades que subyacen a los diversos enfoques: ¿cómo pasar de una terapia basada en la «coparticipación» a otra basada en una neutralidad férrea como la desarrollada por los componentes del Grupo de Milán? El interrogante no alude a una imposibilidad absoluta, sino a la necesidad de dar respuestas a partir de investigaciones controladas.

En la modalidad general de la terapia familiar sistémica la evaluación -entendida como diagnóstico- no consiste en clasificar y dar nombre a una enfermedad o a un síntoma, como ocurre en el diagnóstico clínico tradicional, sino en conocer cómo la conducta sintomática se mantiene por un ciclo recursivo, que los diferentes enfoques conciben desde distintas variables. Con la salvedad de la terapia centrada en las soluciones eficaces de Steve de Shazer, má-

ximo exponente de una tecnología del cambio, los demás autores parten de una necesaria evaluación de aquello que cada uno considera patológico: solución intentada; juego familiar; estructura; secuencia organizativa... Exceptuando la terapia psicoeducativa para el tratamiento de la esquizofrenia, los desarrollos terapéuticos expuestos en las páginas precedentes redefinen de una u otra manera la terminología psiquiátrica convencional, para facilitar la consecución del cambio. Incluso la terapia de pareja transforma los problemas maritales en una falta de adecuadas habilidades de comunicación, negociación y resolución de problemas por parte de los cónyuges como diada.

El lector probablemente habrá observado la existencia de puntos comunes, fundamentalmente entre la terapia breve centrada en las soluciones intentadas ineficaces del MRI de Palo Alto y la terapia centrada en las soluciones eficaces de Steve de Shazer; entre la primera y la terapia estratégica de Haley y Madanes; y entre esta última y la terapia estructural de Minuchin. Se trata de similitudes lógicas si se tiene en cuenta que Watzlawick y Weakland trabajaron con Haley, tanto en el proyecto de Bateson sobre la «comunicación» como en el Instituto de investigación mental (MRI) fundado por Jackson. Por otro lado, Cloé Madanes y Jay Haley permanecieron varios años en la Clínica de orientación infantil de Filadelfia, dirigida por Minuchin, donde desempeñaron una importante labor clínica y educativa.

Los enfoques de terapia breve del MRI y de Steve de Shazer se interesan por las estrategias empleadas por los clientes para enfrentarse a sus problemas. Se diferencian fundamentalmente en que las variables más relevantes para el primero son las soluciones ineficaces para resolver el problema, mientras para el segundo lo son las soluciones espontáneas o deliberadas que se han mostrado eficaces. Por consiguiente, aunque los integrantes del MRI también inciden sobre las excepciones, es decir, sobre las soluciones que han tenido éxito, desde un principio recogen información sobre el síntoma y las soluciones ineficaces intentadas. El enfoque de Milwaukee, por el contrario, se centra desde el comienzo de la primera sesión en las excepciones y, si los clientes confirman su existencia, el esfuerzo terapéutico se dedica a ampliarlas. Por tanto, no se deta-

lian definiciones operacionales de la conducta sintomática, a no ser que las personas no mencionen excepciones reales ni tampoco excepciones potenciales, en cuyo caso se sigue el enfoque del MRI. Finalmente, Watzlawick, Weakland, Fisch y Segal, para evitar confrontaciones y aumentar la colaboración con el tratamiento, «encajan» la intervención dentro de la postura que presentan los pacientes, mientras De Shazer con la misma finalidad diseña una intervención acorde a la respuesta dada por los clientes a la prescripción directa de la primera sesión. Ninguna de las dos modalidades terapéuticas postula una función del síntoma, éste se produce por la creencia errónea en que la solución intentada es la única correcta, lo cual lleva a persistir en la respuesta inadecuada y a desestimar la importancia de las excepciones.

En la gestación de la terapia familiar estratégica intervienen dos perspectivas diferentes. Por un lado, la concepción estructural -elaborada originariamente con Minuchin y colaboradores- que enmarca el síntoma dentro de una secuencia de conductas que incluye la interacción entre al menos tres personas. Por otro, la concepción estratégica de Milton Erickson caracterizada por emplear la propia conducta sintomática del paciente con la pretensión de facilitar su desaparición. Se diferencia del enfoque del MRI en que sitúa el patrón interaccional de soluciones intentadas en un contexto social más amplio. Por consiguiente, evalúa la secuencia organizativa e interviene utilizando el problema presentado para producir un cambio en las posiciones jerárquicas de tres componentes del sistema como mínimo, y conseguir así las metas de clientes y terapeuta; ya que los primeros desean que el síntoma cambie y el segundo que lo haga la organización familiar, mantenida por patrones patológicos de coalición entre distintos niveles jerárquicos del sistema.

Por su parte, la terapia breve del MRI de Palo Alto no toma necesariamente en consideración relaciones sociales entre tres personas. Tampoco presupone la presencia de problemas familiares «de fondo», como por ejemplo problemas conyugales cuando quien porta el síntoma es un hijo. La piedra angular del tratamiento es la clase de intentos de solución, interacciones que no sólo resultan infructuosas para eliminar el síntoma, sino que precisamente están perpetuándolo. Durante la entrevista el terapeuta pregunta a la fa-

milia cuál es el problema y cómo han tratado de resolverlo y finalmente prescribe alguna tarea que suponga una clase de solución diferente, con la finalidad de disminuirlo o hacerlo desaparecer. En la terapia familiar estratégica, el terapeuta no se limita a hacer preguntas, necesita además que las personas interactúen en su presencia, estimando que sólo la escenificación de patrones disfuncionales permite evaluar la secuencia de organización que incluye el síntoma y lo mantiene circularmente. Aunque no siempre existen problemas conyugales cuando el paciente identificado es un niño, sin embargo la intervención para cambiar el síntoma puede propiciar un conflicto entre los progenitores. Esto suele ocurrir cuando se emplea la estrategia de involucrar al padre menos implicado, de forma que el conflicto parental constituye una «anormalidad» diferente al problema, convirtiéndose en un paso intermedio dentro de una terapia programada en varias etapas.

Como ya mencionábamos, históricamente hubo un importante punto de confluencia entre Jay Haley, Cloé Madanes y Salvador Minuchin cuando coincidieron en la Clínica de orientación infantil de Filadelfia. Sus dos modalidades terapéuticas otorgan gran importancia a los conceptos de límites, jerarquías y ciclo evolutivo, defendiendo que la estructura familiar cambia a lo largo del desarrollo vital, porque de lo contrario se favorece la aparición de conductas sintomáticas. No obstante, son varios los aspectos que las distinguen.

Primeramente, la terapia familiar estructural describe la estructura en función de los subsistemas que componen la familia, con la pretensión de diferenciarlos y conectarlos según se observe la presencia de límites porosos o rígidos. Por su parte, la terapia familiar estratégica se interesa principalmente por los aspectos comunicativos y organizativos de los contextos sociales en que aparece el síntoma, basándose en la teoría de la comunicación. Para cambiar la organización familiar trabaja centrándose en el síntoma, algo que Minuchin únicamente hace en intervenciones en crisis, por ejemplo en caso de anorexia o coma diabético, siendo entonces difícil distinguir ambos enfoques.

En segundo lugar, Haley y Madanes emplean una definición del problema diferente para cada familia, mientras el enfoque estructural

ha desarrollado un mapa teórico general basado en la estructura familiar que corresponde a cada momento del ciclo vital, y mapas estructurales específicos para ciertos tipos de familia, como las psicósomáticas. Consecuentemente, el terapeuta estructural cuando «coparticipa» con la familia observa conductas y secuencias conductuales, clasificándolas en categorías estructurales para evaluar hasta qué punto se ajustan al modelo teórico. Debido a que su atención recae en la estructura cambiante no precisa abordar directamente la secuencia sintomática, pudiendo trabajar sobre una secuencia cualquiera isomorfa a aquélla en cuanto al tipo de límites, con la intención primordial de modificar la estructura familiar.

En tercer lugar, el enfoque familiar estratégico se sirve del problema para modificar coaliciones intergeneracionales permanentes que mantienen y son mantenidas por la secuencia sintomática. En cambio, la terapia estructural trata los patrones de coalición con el fin de alterar una estructura familiar inadecuada para la etapa del ciclo evolutivo que «atraviesan» sus miembros.

Finalmente, Minuchin y Fishman afirman que el estrés que conllevan las transiciones ocasiona el síntoma, haciendo que el desarrollo se detenga, sin aludir en ningún momento a una posible funcionalidad del mismo. Por el contrario, Haley y Madanes conciben la conducta sintomática como una metáfora de otros problemas existentes en el sistema familiar, dentro del cual cumple una función eminentemente protectora.

La terapia familiar del Grupo de Milán exhibe marcadas diferencias con las terapias anteriores. Se centra en las conexiones entre el nivel de creencias -la epistemología- y el nivel conductual de toda la familia. Postula que la epistemología «gobierna» la conducta sintomática y las interacciones entre las personas, siendo el síntoma una solución a otro problema familiar encubierto. Se caracteriza por elaborar -antes de iniciar la primera sesión- una hipótesis sobre el funcionamiento de la familia en torno al síntoma, que se modifica a medida que transcurren las entrevistas dependiendo del *feedback* de sus componentes. Aunque otros enfoques también utilizan hipótesis, el Grupo de Milán se diferencia de ellos por su insistencia en que éstas sean sistémicas, es decir, que conecten las relaciones y creencias de todos los miembros del grupo familiar. Es

necesario aclarar que una hipótesis sistémica incluye las razones, no las causas, que explican la existencia de la conducta sintomática dentro de la configuración familiar. El término «razones» implica la participación activa de las personas en el juego familiar, mientras la palabra «causa» lleva implícito que son víctimas pasivas de alguna fuerza incontrolable. Esta matización es fundamental, ya que la consideración de los miembros de la familia como sujetos activos que contribuyen conjuntamente a mantener el juego familiar, del cual por otro lado quedan presos, abre el camino del cambio.

El terapeuta utiliza la hipótesis para guiar la entrevista y efectuar una evaluación, recogiendo información sobre la secuencia sintomática, las personas implicadas en el problema y las coaliciones en tomo a sucesos pasados y futuros reales o hipotéticos, y a partir de ella infiere el juego familiar. Precisamente, una de las peculiaridades de este enfoque es el énfasis en determinar marcos de referencia temporales acerca de interacciones desarrolladas en circunstancias específicas, anteriores o posteriores a un suceso determinado.

Otra de sus aportaciones más notables es el desarrollo de un tipo especial de preguntas denominadas «triádicas», en las que se pide a un componente de la familia que se pronuncie sobre las relaciones entre otros dos, de ese modo se obtiene información tanto sobre las percepciones del interpelado como sobre las reacciones que sus respuestas provocan en los demás.

A diferencia de los estructuralistas y estratégicos quienes, aunque persiguen la neutralidad final, necesitan efectuar momentáneamente coaliciones con individuos o subsistemas para introducir intencionadamente el cambio en sesión, la posición del terapeuta en el enfoque de Milán es de completa neutralidad -facilitada por las preguntas circulares- evitando coaligarse con cualquier miembro de la familia. La neutralidad se extiende al cambio mismo, siendo la única modalidad que no pide a sus clientes que definan objetivos. Obviamente, la meta terapéutica implícita es la desaparición del síntoma, pero es la propia familia quien «espontáneamente» debe encontrar vías adecuadas para su consecución. El cometido del terapeuta es abrir opciones de cambio, que alteren la epistemo-

logía familiar y liberen a sus integrantes de un sistema constreñido de creencias, reemplazando el juego familiar que encierra la conducta sintomática por otro en el cual ésta ya no cumpla ninguna función.

Frente a la terapia psicoeducativa para casos de esquizofrenia o la terapia de parejas, en las cuales se aboga por ofrecer a los Chentes una información exhaustiva de cómo deben comportarse en determinadas situaciones y por entrenarles en adquirir algún tipo de habilidades, los componentes del Grupo de Milán manifiestan que la familia «desplegaría» las habilidades adecuadas si pudiera liberarse del juego patológico, que preside sus creencias, conductas e interacciones.

Todos los enfoques descritos se cimentan en evitar la rigidez de los clientes, anclados en conductas, secuencias o juegos que se perpetúan en el tiempo sujetos a una causalidad circular, siendo inapropiados para solucionar el problema presentado. Una mayor flexibilidad cognitiva y un repertorio conductual más amplio y adecuado promueven una mejor adaptación a las dificultades del transcurrir vital de individuos y familias. Esto puede conseguirse ayudando a los **Chentes** para que movilicen los recursos que en realidad poseen pero no despliegan, o proporcionándoles recursos alternativos.

APÉNDICES

CICLO EVOLUTIVO NORMATIVO

Etapas	Proceso emocional	Cambios en el «status» familiar
1. Joven adulto no emancipado	Aceptación de la separación padres-hijos	a) Diferenciación del <i>self</i> respecto a la familia de origen b) Desarrollo de las relaciones con los iguales c) Afirmación del <i>self</i> en el trabajo
2. Pareja recién casada	Compromiso con el nuevo sistema	a) Formación del sistema de pareja b) Realineamiento de las relaciones con las familias extensas y los amigos para incluir al cónyuge
3. Familia con hijos pequeños	Aceptación de nuevos miembros	a) Reajuste del sistema de pareja para incluir a los hijos b) Creación de los roles parentales c) Realineamiento de las relaciones con la familia extensa para incluir los roles de abuelos
4. Familia con adolescentes	Aumento de la flexibilidad de los límites familiares	a) Cambio de las relaciones padres-hijos para permitir al adolescente entrar y salir del sistema b) Atención a problemas de pareja y parentales de los periodos medios de la vida c) Comienzo de las preocupaciones por la generación de los abuelos
5. Emancipación de los hijos y periodos posteriores	Aceptación de múltiples entradas y salidas del sistema familiar	a) Renegociación del sistema de pareja b) Desarrollo de una relación adulto-adulto c) Realineamiento de las relaciones para incluir a la familia política y a los nietos d) Afrontamiento de las enfermedades y muerte de padres y abuelos

6. Familia en las últimas etapas de la vida	Aceptación del cambio de roles generacionales	<ul style="list-style-type: none"> a) Mantenimiento del funcionamiento propio y de la pareja a pesar del declive físico; exploración de nuevos roles sociales y familiares b) Apoyo para un rol más central de las generaciones medias c) Apoyo, sin sobrecarga, a la generación mayor d) Afrontar la muerte ajena y preparar la propia. Revisión e integración de la vida
---	---	--

LA FAMILIA EN EL POSTDIVORCIO

1. Familia uniparental	Deseos de mantener el contacto con el ex esposo y apoyar los contactos de los hijos con él (ella) y su familia	<ul style="list-style-type: none"> a) Hacer arreglos flexibles de visitas con el ex cónyuge y su familia b) Reconstrucción de la red social propia
2. El padre soltero (sin custodia)	Deseos de mantener un contacto parental con el ex cónyuge y ayudarlo en la custodia de los hijos	<ul style="list-style-type: none"> á) Encontrar fórmulas para la continuidad de una relación parental efectiva con los hijos b) Reconstrucción de la red social

ETAPAS ADICIONALES TRAS LA RUPTURA DEL CICLO EVOLUTIVO FAMILIAR

Fase	Procesos emocionales	Problemas de desarrollo
1. Decisión de divorciarse	Aceptación de la incapacidad para resolver los problemas de pareja y para continuar la relación	Aceptación de la parte de responsabilidad en el fracaso del matrimonio
2. Planear la ruptura del sistema	Apoyo para un arreglo viable para todas las partes del sistema	<ul style="list-style-type: none"> a) Cooperar en la custodia, visitas y finanzas b) Afrontamiento de los problemas de las familias extensas con el divorcio
3. Separación	<ul style="list-style-type: none"> a) Deseos para cooperar en las funciones parentales b) Trabajar para resolver la relación con el cónyuge 	<ul style="list-style-type: none"> a) Duelo por la familia intacta b) Reestructuración de las relaciones padres/hijos; adaptación a vivir solo c) Realineamiento de relaciones con la familia extensa; mantenimiento de contacto con la familia extensa del cónyuge
4. Divorcio	Elaboración del divorcio emocional. Superación de la angustia y culpa	<ul style="list-style-type: none"> á) Duelo por la unidad de la familia: fin de las fantasías de una reunión b) Recuperación de las esperanzas por un nuevo matrimonio c) Permanecer conectado a las familias extensas

RECONSTITUCIÓN DE UNA FAMILIA

Estadios	Actitudes requeridas	Problemas de desarrollo
1. Creación de una nueva relación	Recobrar de la pérdida del primer matrimonio (divorcio emocional adecuado)	Nuevo compromiso para formar y estar preparado para la complejidad y la ambigüedad
2. Pensando y planificando un nuevo matrimonio y familia	<p>Aceptar los miedos propios, del nuevo cónyuge y de los hijos sobre el nuevo matrimonio y formación de la nueva familia</p> <p>Aceptar la necesidad de tiempo y paciencia para el ajuste a la complejidad y ambigüedad de: 1) nuevos espacios, tiempo, pertenencia y autoridad; 3) problemas afectivos: culpa, conflictos de lealtad, deseos de mutualidad, heridas pasadas irresolubles</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) Apertura en las nuevas relaciones para evitar la pseudomutualidad b) Mantener la cooperación en las relaciones coparentales de los ex esposos c) Ayudar a los hijos a afrontar los miedos, conflictos de lealtad y pertenencia a los dos sistemas d) Realineamiento de las relaciones con la familia extensa para incluir al esposo/a e) Mantener las conexiones de los hijos con la familia extensa del ex cónyuge

Apéndices

3. Nuevo matrimonio y re-constitución de la familia
- Resolución final de la relación con el esposo previo y con el ideal de la familia intacta
- Aceptación de un nuevo modelo de familia con límites permeables
- a)* Reestructuración de los límites de la familia para incluir al nuevo esposo y padrastro (madrastra)
 - b)* Realineamiento de relaciones en los subsistemas para permitir nuevas relaciones entre sistemas
 - c)* Crear un espacio para las relaciones de todos los hijos con los padres biológicos (sin custodia), abuelos y otros parientes de la familia extensa
 - d)* Compartir recuerdos e historias que aumenten la integración de la nueva familia

II

MODELO DE FICHA TELEFÓNICA

Fecha:

Persona que contacta:

Persona que deriva:

Domicilio:

Ciudad:

Teléfono:

Nombre de quien tiene el problema:

Fecha matrimonio:

NOMBRES, EDAD, PROFESIÓN Y ESTADO DE LOS COMPONENTES DE LA FAMILIA

Padre:

Madre:

Hijo 1:

Hijo 2:

Hijo 3:

Hijo 4:

ABUELOS MATERNOS (nombres, edad, estado de salud, dónde y con quién viven):

ABUELOS PATERNOS (id.):

Definición del problema:

Ia. Razones más importantes por las que solicita ayuda en este momento.

Ib. ¿Desde cuándo le están molestando estos problemas?

2. ¿Cómo trató de resolver estos problemas?

3. ¿Qué resultados busca como finalidad del tratamiento?

4. ¿Qué problemas médicos, operaciones y accidentes serios ha/n tenido?

5. Haga una cruz en los problemas que tengan que ver con su condición actual:

- problemas familiares
- problemas laborales
- problemas sociales
- problemas económicos
- fj problemas sexuales
- fj problemas de salud
- problemas estomacales
- problemas de evacuación Q
- problemas para dormir
- problemas de concentración
- ^2 bebo en exceso
- temblores y tics
- no puedo relajarme
- estoy a punto de explotar
- no controlo la respiración
- taquicardia
- dolores de cabeza
- sensación de pérdida de control
- cambio de peso
- cansancio continuo
- tensión continua
- ganas de llorar
- fj no puedo tomar decisiones
- ideas de suicidio
- fj sin intereses
- fj pensamientos raros
- experiencias extrañas
- fj falto de relaciones
- miedos ridículos
- me siento confuso
- preocupación continua
- irritación
- fj pesadillas

Observaciones:

Tratamientos previos:

Año	Terapeuta	Lugar	Duración	Tipo	Resultados

Medicación-dosis:

Medicación	Dosis

Puntuación de 0 a 10 de los problemas:

Nombre del problema	Pretratamiento	Postratamiento	Seguimiento

Informe de quien lo deriva:

Servicios sociales implicados:

Genograma:

Illa

DEFINICIÓN DEL CONTEXTO TERAPÉUTICO

Mi nombre es X y voy a ser el/la terapeuta que habitualmente va a estar con ustedes durante las entrevistas. En primer lugar me gustaría que se presentaran cada uno de ustedes (pausa en la que se presentan los miembros de la familia). Ahora voy a explicarles brevemente cuál es nuestra forma de trabajo en este Centro: nosotros trabajamos en equipo, y detrás de este espejo unidireccional nos están viendo el resto de los compañeros, que nos escuchan a través de esos micrófonos. También pueden ver este interfono, a través del cual ellos pueden ponerse en contacto conmigo para hacerme algún comentario o hacerles a ustedes alguna pregunta que consideren necesaria. Por otro lado, la entrevista está siendo grabada en vídeo. El vídeo es nuestro instrumento de trabajo que nos permite estudiar los casos con mayor profundidad y poder así ofrecerles una respuesta ajustada al problema que nos planteen.

Trabajamos con un máximo de diez entrevistas, lo cual no significa que tengan que completar las diez, si el problema por el que consultan se resolviera antes, terminaríamos el tratamiento en ese momento. La entrevista durará aproximadamente una hora, a lo largo de la cual haré dos pausas. Una breve, cinco minutos, en la que saldré a hablar con mis compañeros para intercambiar opiniones acerca de lo que ustedes nos hayan contado; y otra más larga, al final de la entrevista, tras la cual trataremos de ofrecerles una conclusión sobre lo que pueden hacer con su problema, si es que alcanzamos alguna.

Todos estos extremos que acabo de comentarles están recogidos en dos tipos de contratos (se muestran los contratos). Uno de ellos estipula exclusivamente las condiciones de utilización de la filmación en vídeo, por lo que ustedes pueden elegir las alternativas que deseen. En una de las pausas los leen y firman si están de acuerdo; si tienen alguna duda o algún problema sobre ellos, me lo comentan y trataremos de discutirlos para llegar a un acuerdo.

Los honorarios por entrevista son X, y se pagan al finalizar cada entrevista.

Seis meses después de la última entrevista, les llamaremos por teléfono o recibirán un Cuestionario con el objeto de interesarnos por cómo van las cosas y poder investigar sobre la eficacia de nuestros métodos terapéuticos. Ahora sólo les pedimos que se comprometan a responderlo cuando llegue el momento.

¿Tienen alguna pregunta que hacer sobre lo que les he comentado? ¿Están ustedes de acuerdo con nuestras condiciones de trabajo?

Comentario

La definición del contexto pretende orientar al paciente y a sus familiares sobre las condiciones en las que se realizará la terapia. Conocerlas permite disipar la tensión de la familia ante una situación nueva que puede inquietarles, por lo que la forma en que se realice la definición influye en la creación de la relación con la fa-

milia y en la naturaleza de la misma. La reacción del grupo familiar ante la definición de contexto hace posible evaluar hasta qué punto acepta o no las reglas impuestas por el terapeuta, siendo orientativo del desarrollo ulterior de la terapia y facilitando el diseño de estrategias y técnicas de intervención apropiadas a la modalidad de respuesta particular de sus miembros.

U 1 b

CONTRATO TERAPÉUTICO

Los abajo firmantes manifiestan estar de acuerdo con las siguientes condiciones de trabajo terapéutico propuestos por el Centro:

- 1) La duración de la terapia será de 10 entrevistas, entendiéndose que de remitir el/los problema/s antes, no será necesario cumplimentar las 10.
- 2) Tanto el cliente como el terapeuta podrán finalizar la terapia en el momento que lo consideren pertinente.
- 3) El cliente se compromete a aceptar las condiciones de trabajo que su terapeuta le proponga en lo tocante a duración de las entrevistas, intervalo entre sesiones, trabajo en equipo, honorarios, etc.
- 4) De proceder a la grabación en vídeo o en audio de las entrevistas, el cliente será informado, suscribiendo un Contrato específico con el Centro que reglamente el uso de dicho material registrado.
- 5) El Centro se compromete a guardar una estricta reserva sobre cualquier cosa que el cliente hable con su terapeuta.
- 6) El cliente se compromete a responder a un cuestionario que 6 meses después de finalizar la terapia en este Centro se le remitirá con objeto de evaluar su estado y nuestros métodos. Dicho cuestionario tiene una finalidad de investigación.

Honorarios:

N.º Sesiones:

MANIFIESTO QUE HE ENTENDIDO Y ACEPTO LAS CONDICIONES QUE ANTECEDEN

.....de.....de 199

Clientes:

Por el Centro:

IIIc

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
DE LA FILMACIÓN EN VÍDEO

Nosotros.....

autorizamos a grabar en vídeo las entrevistas que tengan con nosotros con objeto de que puedan ser estudiadas y, eventualmente, ser utilizadas con fines educativos.

Entendemos que todas aquellas personas que pudieran ver la grabación respetarán nuestra privacidad, protegiendo, hasta donde ello fuera posible, el anonimato.

Autorizamos voluntariamente el uso de la filmación de vídeo para

- | | |
|---|----------------|
| a) Mi terapeuta y su equipo. | síD noD |
| b) La investigación dentro del Centro. | síD noD |
| c) El entrenamiento de estudiantes dentro del Centro. | síD noD |
| d) El entrenamiento de otros profesionales de salud mental fuera del Centro, así como para su exhibición en seminarios de trabajo y conferencias profesionales. | síD noD |
| e) Todos los puntos mencionados con anterioridad. | síD noD |

OTRO TIPO DE RESTRICCIONES AL USO DEL MATERIAL FILMADO HAN DE ESPECIFICARSE AQUÍ:

MANIFIESTO HABER LEÍDO Y ENTENDIDO EL PRESENTE FORMULARIO Y ESTAR DE ACUERDO CON LAS OPCIONES QUE HEMOS ELEGIDO

.....de.....199

Clientes:

Por el Centro:

IV

CUESTIONARIO DE SEGUIMIENTO

Con objeto de ayudar a nuestro Centro en la investigación de métodos psicoterapéuticos, nos será muy útil que conteste a algunas preguntas sobre su tratamiento.

Abajo encontrará un Cuestionario sobre su experiencia en nuestro Centro, conteste haciendo una cruz en la respuesta que considere correcta. Por ejemplo:

«Calificaría de interesante su experiencia en el Centro?»
No D AlgoD Extremadamente D

Le rogamos responda todas las preguntas honesta y francamente, y que elija aquella contestación que mejor refleje su opinión personal. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales, y sólo serán estudiadas por los miembros de nuestro Centro con fines de investigación.

El/los problema/s por el/los que consultó fue/ron:

1. En general, la terapia fue:
nada útil D algo útil D muy útil D

2. Después de las sesiones en el Centro, el problema está ahora:
peorD igual D mejor D

3. Después de la terapia la comunicación entre sus familiares:
no cambió D cambió algo D cambió mucho D

4. ¿Cuántas veces encontró las sesiones tensas?
siempre D alguna vez D nunca D

5. ¿En algún momento sintió afecto por su terapeuta?
raramente D alguna vez D siempre D

6. Durante las sesiones, ¿cuántas veces se sintió incómodo?
nunca D algunas veces D siempre D

7. ¿Se sintió enfadado con su terapeuta?
nunca D alguna vez D siempre D

8. Ahora que terminó la terapia, ¿cómo ve la situación general de su familia?, ¿cómo ve su situación?
(familia) peor D igual D mejor D
(usted) peorD igual D mejor D

9. ¿Le ayudó la terapia a comprenderse mejor?

no D algo • mucho O

10. ¿Sigue sintiéndose unido a su terapeuta?

nada D algo D mucho •

11. ¿Cree que ahora entiende mejor a los otros miembros de su familia?

no D algo más • mucho más O

12. ¿Piensa que el terapeuta fue amable con ustedes?

nunca D algunas veces D siempre D

13. ¿Mejoraron las relaciones fuera de la familia?

nada • algo • mucho D

14. Si tuviera algún otro problema en el futuro, ¿volvería al Centro de nuevo?

no D quizá • sí D

15. Después de la terapia que siguió en el Centro, ¿apareció algún problema nuevo?

no LI no estoy seguro CU sí CU

16. Si algún conocido suyo se encontrara con problemas, ¿le aconsejaría que viniera al Centro?

no D quizá • sí Q

El motivo de la consulta al Centro fue por:

Problema A	Valoración =
Problema B	Valoración =
Problema C	Valoración =
Problema D	Valoración =

Le rogamos evalúe la gravedad de dichos problemas de 0 a 10, teniendo en cuenta el siguiente baremo:

0: desaparición total del problema

1,2 y 3: los problemas siguen presentes sin molestar

4,5 y 6: los problemas siguen presentes y molestan

7 y 8: los problemas siguen presentes de forma muy molesta

9 y 10: presencia de los problemas de forma insoportable

También nos gustaría que nos informara de qué ha ocurrido con los siguientes temas suscitados durante las entrevistas:

- 1.
- 2.

Muchas veces los Cuestionarios dejan muchas cosas sin preguntar. Si quiere aclarar alguna de las preguntas, o simplemente desea añadir alguna cosa, hágalo a partir de ahora. Muchas gracias por su colaboración.

V

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN TERAPIA DE PAREJA

1. *Escala de ajuste marital* (Locke y Wallace, 1955): El objetivo de la escala es: medir, en una escala de 7 puntos, el acuerdo o desacuerdo de la pareja en ocho áreas de funcionamiento; determinar cómo finalizan los desacuerdos, y hacer una evaluación global de la satisfacción marital.
2. *Escala de ajuste diádico* (Spanier, 1976): Se compone de 76 ítems que miden cuatro factores: satisfacción, cohesión, consenso y expresión del afecto. Discrimina entre parejas felices e infelices.
3. *Inventario del status marital* (Weiss y Cerreto, 1975): Consta de 14 estadios que reflejan la posibilidad de ruptura de la pareja. Recoge tanto conductas abiertas (visitar a un abogado) como encubiertas (pensar en el divorcio).
4. *Inventario de actividades maritales* (Weiss, 1973): Se trata de una lista de 100 ítems de actividades reforzantes. Cada miembro de la pareja tiene que informar en cuáles de ellas participó en las cuatro últimas semanas y, después, cuáles quisiera realizar con mayor frecuencia y con quién. Las parejas con mayores conflictos tienden a no realizar actividades conjuntas.
5. *Cuestionario de áreas de cambio* (Weiss, 1973): Comprende 32 ítems para detectar conflictos. Se pide que indiquen: *a*) si desean que su pareja cambie y en qué dirección (aumentar o disminuir una conducta) y *b*) si creen que su pareja se alegraría si (quien informa) cambiara una conducta. Se obtiene una puntuación acuerdo-desacuerdo.
6. *Cuestionario de comunicación de parejas* (Zimmer, 1978): El cuestionario contiene 22 ítems para medir la capacidad de comunicación de las parejas, estimando sus reacciones ante cuatro áreas de funcionamiento: deberes del hogar, tiempo libre, conducta frente a los amigos y situaciones conflictivas. El informe se efectúa sobre las conductas más frecuentes.
7. *Cuestionario de terapia de parejas* (Mendel, 1975): Evalúa problemas diversos (enfermedad, religión, trabajo, tiempo libre...) y razones por las que no pasan más tiempo juntos.
8. *Lista de problemas* (Hahiweg, 1982): Como el cuestionario anterior.
9. *Cuestionario de parejas* (Hahiweg, 1977): Abarca 45 ítems distribuidos en tres escalas: comportamiento durante un altercado, ternura y unión-comunicación.
10. *Inventario de observación del cónyuge* (Weiss, 1973): Es una lista de más de 400 conductas puntuables como agradables-desagradables. Comprenden doce áreas de interacción: compañerismo, afecto, consideración, sexo, comunicación, actividades conjuntas, cuidado de los hijos, manejo del hogar, decisiones económicas, trabajo-educación, hábitos, apariencia personal e independencia personal y de la pareja. Sirve para planificar la terapia, evaluar el cambio y el éxito o fracaso del tratamiento.
11. *Pensamientos agradables* (Patterson y Hop, 1972): Se pide a cada miem-

bro de la pareja que registre los pensamientos agradables-desagradables que tiene sobre el otro, así como las conductas de su pareja que motivan los pensamientos agradables.

12. *Técnicas para revelar diferencias* (Keefe, 1978): Es un procedimiento de observación de parejas realizado por observadores entrenados. La pareja rellena un cuestionario y después discute algún punto conflictivo provocado por láminas de TAT, Rorschach...

13. *Inventario de conflicto marital*: Está compuesto por 12 escenas de conflicto y 6 neutrales que han de evaluarse por observadores entrenados. Se muestran las escenas a cada miembro de la pareja por separado y se les pide que hagan una atribución de las causas del conflicto. Finalmente, y de forma conjunta, deben discutir hasta llegar a una conclusión sobre la causa del conflicto.

14. *Sistema de codificación de la interacción marital y familiar* (Gottman, 1976): Emplea 33 categorías divididas en tres áreas: afirmaciones procesuales, afirmaciones asertivas y afirmaciones de apoyo. Discrimina entre parejas conflictivas y no conflictivas.

15. *Sistema de evaluación de la interacción de pareja*: Mide la conducta verbal de la pareja en 8 categorías.

16. *Sistema de codificación de la interacción marital*: Incluye 28 categorías, 21 verbales y 7 no verbales que miden: conductas de solución de problemas, descripción del problema e intercambio de refuerzos. Discrimina entre parejas con y sin problemas.

VI

REGISTROS CONDUCTUALES EN TERAPIA DE PAREJA

Vía. GRATIFICACIONES RECIBIDAS

NOMBRE

NOMBRE DEL CÓNYUGE

DÍA FECHA CONDUCTA PLACENTERA

LUNES		
MARTES		
MIÉRCOLES		
JUEVES		
VIERNES		
SÁBADO		
DOMINGO		

VI². GUÍA PARA PLANIFICAR EL TIEMPO LIBRE

ACTIVIDAD	Solo o con mis amigos	Con mi cónyuge	En familia	Con otras parejas	Desearía hacerlo	Desearía hacerlo mas a menudo	Desearía dejarlo	Desearía hacerlo menos	Dónde, cuándo, porqué, frecuencia...
Salir a comer									
Salir a cenar									
Ir de vinos									
Pasear									
Ir al cine									
Ir al teatro									
Ir al campo									
Ir a bailar									
Hacer deporte									
Ir a la piscina									
Estar con amigos									
Leer									
Ver la televisión									
Ir de compras									
Viajar									
Asistir a un curso									
Visitar a la familia									
Oír música									
Hacer el amor									
Jugar a las cartas									

VIc. REGISTRO DE ASIGNACIÓN DE TAREAS

GLOSARIO

Nombre.

Asignada el día	Realizada el día	TAREA ASIGNADA	Señale si la ha cumplido
		Esposo	
		Esposa	
		Ambos	
		Esposo	
		Esposa	
		Ambos	
		Esposo	
		Esposa	
		Ambos	
		Esposo	
		Esposa	
		Ambos	

Alianza: Designa una afinidad positiva entre dos miembros del sistema familiar que comparten un interés del que no participa un tercero. Una alianza es potencialmente neutra, pero es inherente a ella la virtualidad de ir dirigida de manera efectiva contra un tercero, en cuyo caso se puede hablar de coalición (véase *Coalición*).

Cambio 1 (Cambio de primer orden): Alude al cambio dentro de la misma clase de solución intentada que no altera en absoluto la conducta sintomática, sino que por el contrario contribuye a mantenerla. Se trata de un cambio continuo, basado en una retroalimentación negativa, que tiene lugar dentro de un sistema que en sí mismo permanece igual.

Cambio 2 (Cambio de segundo orden): Se trata de un cambio discontinuo -cualitativo- hacia una clase diferente de solución intentada, que implica nuevas reglas de organización en el sistema familiar.

Cambio «in situ»: Modificación del problema o de algún aspecto del funcionamiento familiar dentro de la propia entrevista.

Cambio pretratamiento: Mejoría de la conducta sintomática producida en el intervalo entre el contacto telefónico con la familia y la primera entrevista.

Circularidad (principio de): Define la capacidad que debe poseer el terapeuta para confirmar o falsar sus hipótesis, estableciendo diferencias y conexiones, a partir de la información elicitada en la familia como respuesta a sus preguntas.

Cisma: Estado de discordia y desequilibrio severo, crónico y re-

cúrrente que amenaza con la ruptura de la relación entre dos personas. Da lugar a una competitividad constante, pudiendo considerarse una relación patológica de desequilibrio. En el cisma marital, cada uno de los cónyuges trata de obligar al otro a ajustarse a sus expectativas, encontrando recíproca desconfianza y resistencia. Asimismo se produce una devaluación crónica de uno de los progenitores ante los hijos por parte del otro.

Cliente: Persona que acude a terapia con un alto grado de motivación para resolver el problema, buscando activamente la ayuda del terapeuta.

Coalición: Ordenamiento en el que participan varios miembros de la familia, con una postura combativa de exclusión o de «chivo expiatorio» en perjuicio de un tercero.

Complementariedad rígida: Intercambio entre dos personas en el que consistentemente una de ellas toma la iniciativa, adoptando una posición jerárquica siempre dominante, y la otra le sigue siempre desde una posición inferior.

Connotación positiva: Intervención cognitiva orientada a restituir en el paciente y en su familia una imagen de personas dotadas de recursos suficientes para afrontar y resolver el problema por el que consultan. Para lograr dicho objetivo el terapeuta califica algunos aspectos que la familia considera patológicos o negativos como positivos, al servicio de la cohesión y estabilidad del sistema familiar. El cambio de atribuciones debe afectar no sólo a la conducta del paciente identificado, sino también a la secuencia sintomática en la que están involucrados otros miembros. En otras ocasiones esta intervención consiste simplemente en citar aquellas estrategias eficaces que poseen los clientes para solucionar sus problemas, denominándose entonces «elogio».

Constructo cognitivo: Conjunto de percepciones y creencias que constituyen la cosmovisión de una familia, legitimando o validando su organización.

Cosmovisión familiar: Modo en que la familia encuadra la experiencia en función de sus valores y creencias.

Doble vínculo: La etiología de la esquizofrenia se considera en parte resultado de una comunicación parental al hijo. El doble vínculo comprende un componente cognitivo que impide una discri-

minación adecuada de la situación, y un componente afectivo referido a la hostilidad hacia las personas que ejecutan el doble vínculo. Para que ocurra una situación de este tipo son necesarios cinco factores: 1) El individuo ha de estar involucrado en una relación intensa y perdurable en el tiempo con otra/s persona/s, es decir, en una relación en la que sienta que es de vital importancia discriminar con precisión qué clase de mensajes le son comunicados para poder responder adecuadamente. 2) El tema del doble vínculo es recurrente en las experiencias vitales de este grupo de personas, convirtiéndose en una expectativa habitual. 3) Un mandato negativo primario, es decir, la alusión a un castigo como la retirada de afecto o la expresión de odio. 4) Un mandato negativo secundario comunicado a un nivel más abstracto, generalmente de tipo no verbal, que entra en conflicto con cualquier elemento del mandato primario. 5) Un mandato negativo terciario que prohíbe al individuo escapar de la situación. La persona sometida a una situación de doble vínculo no puede metacomunicarse sobre la incongruencia de los mensajes; confunde dos niveles de comunicación, el literal y el metafórico, siendo incapaz de discriminar entre ambos. Una vez aprendida esta secuencia diacrónicamente, no será necesaria la presencia de los cinco componentes para que la persona se vea sometida a definiciones conflictivas de la relación, que le conducen a una perturbación subjetiva.

Emoción expresada: Medición de las actitudes de los miembros de la familia, evaluadas en entrevistas cuyo tema es el paciente. Cuando la puntuación en emoción expresada es alta, predomina la actitud crítica, la sobreimplicación y la hostilidad entre los familiares, lo cual dificulta la recuperación del paciente y aumenta la probabilidad de recaídas.

Epistemología: Forma en que una familia o persona conoce y entiende el mundo en que vive. La epistemología, como modelo interno del mundo, determina cómo piensan, sienten, actúan y organizan su existencia los miembros del sistema familiar.

Escalada simétrica: Consiste en una relación simétrica, basada en el esfuerzo por lograr la igualdad y la reducción al mínimo de las diferencias, entre dos personas llevada a un grado tan extremo que se considera patológico. Los interactuantes sólo se sienten se-

guros en la posición dominante, produciéndose una lucha constante en la que cada uno trata de ser «un poco más igual» que el otro.

Estilo afectivo negativo: Medición basada en la conducta emocional real observada durante la interacción directa de los miembros de la familia en presencia del paciente. El estilo afectivo negativo se caracteriza por la abundancia de críticas benignas y personales, la inducción de culpa, la intromisión crítica y la falta de apoyo positivo entre sus miembros.

Estructura familiar: Pautas de interacción que ordenan a los subsistemas que componen una familia en relaciones que presentan algún grado de constancia. Las estructuras se distinguen en subsistemas relativamente estables, en alianzas y jerarquías que caracterizan el mapa de organización familiar. Las estructuras se pueden considerar también procesos lentos, de larga duración (véase *Proceso*).

Excepciones deliberadas: Situaciones de ausencia de la conducta sintomática, que encierran soluciones eficaces para resolver el problema, en las cuales los clientes son conscientes de que hacen algo voluntariamente para impedir que surja el síntoma y que con eso tienen éxito.

Excepciones espontáneas: Situaciones de ausencia de la conducta sintomática, que encierran soluciones eficaces, para las cuales los clientes no encuentran una regla que presida su aparición, percibiéndolas como ajenas a su control voluntario.

Expectativa de lugar de control interno del cambio: Creencia que el cliente o la familia tienen de que con su conducta evitarán que el problema aparezca o de que si surge lo harán desaparecer. Esta creencia se basa en el control de estrategias eficaces para superar el problema.

Expectativa normativa: Los procesos relacionales de la familia como sistema pasan por etapas evolutivas, que se espera sean sincrónicas con las entradas y salidas «estructurales» que marcan momentos de cambio en el ciclo vital familiar.

Familia extensa: Conjunto de personas formado por el padre, la madre, los hijos, nietos, tíos, tías, sobrinos y sobrinas.

Familia nuclear: Conjunto de personas formado por el padre, la madre y los hijos de ambos.

Hipótesis: Suposición hecha para establecer un razonamiento sin referencia a su verdad, sirviendo de punto de partida para una investigación. Las hipótesis terapéuticas son formulaciones sobre el funcionamiento familiar que el equipo elabora con objeto de seleccionar y ordenar, dentro del cúmulo posible, la recogida de información durante la sesión.

Hipótesis circular: Se trata de una hipótesis sistémica que explica todos los elementos contenidos en una situación problema y el modo en que se vinculan entre sí.

«*Impasse*»: Posición de fuerzas equilibradas entre dos personas implicadas en un juego, de forma que ninguna gana ni pierde.

Impulso básico: Clase de soluciones intentadas por los clientes que no sirven para solucionar el problema. El terapeuta debe buscar aquello que tienen en común los distintos intentos de solución, lo que equivale a clasificarlos en su clase de pertenencia.

Intervención cognitiva: Recurso técnico cuyo objetivo es cambiar la forma de pensar del paciente y de la familia con respecto al síntoma. Se recomienda emplearla en los casos en que se precise resaltar la competencia del paciente o familia y siempre que la solución del problema descansa en estrategias pasivas.

Intervención contraparádójica: El Grupo de Milán denominó «intervención contraparádójica» al «doble vínculo terapéutico» desarrollado por Watzlawick, Jackson y Beavin. Se trata de una comunicación terapéutica que en un principio se consideró la intervención más poderosa y compleja por ser una imagen especular de la comunicación patológica estimada en las familias esquizofrénicas. Se suponía que estas familias se resistían al tratamiento, presentando al terapeuta un mensaje parádójico que expresa simultáneamente: «Cambienos con la terapia», y advierte al mismo tiempo: «No se atreva a cambiamos.» Obviamente el terapeuta es incapaz de responder simultáneamente a las dos exigencias de la familia, y en ese sentido está sometido a una comunicación de «doble vínculo», aunque no en sentido estricto, puesto que no depende vitalmente de la relación con la familia. El objetivo de la intervención contraparádójica es anular el doble vínculo patológico, delegando en la familia la responsabilidad y la actividad del cambio de un modo tal que haga lo que haga siempre se logre un resultado terapéutico dirigido a alcanzarlo.

Jerarquía: El concepto de jerarquía define la función del poder y sus estructuras en la familia, haciendo referencia a la existencia de roles diferentes para padres e hijos y de límites entre las generaciones.

Jerarquía incongruente: Jerarquía basada en una definición simultánea de dos posiciones incompatibles de poder dentro del sistema familiar. Así por ejemplo, cada cónyuge está al mismo tiempo por debajo y por encima del otro o un hijo mediante su coalición con uno de los padres traspasa los límites intergeneracionales, ocupando a la vez una posición inferior a sus progenitores por pertenecer al subsistema filial y una posición superior, fruto de su coalición con el padre «aliado», minando la autoridad del otro.

Juego familiar: Conjunto de reglas que definen las conductas del sistema familiar.

Línea base: Estado en el que se encuentra la conducta sintomática antes de iniciarse el tratamiento.

Metáfora (Intervención metafórica): Técnica de intervención que permite: evitar las estrategias de tipo racional que el cliente o la familia pueden oponer a la prescripción del terapeuta; revelarles un patrón de interacción; o hacer que ellos mismos descubran la solución a su problema. Para configurar este tipo de intervención se escoge un tema aparentemente neutro en el que, a través de un lenguaje analógico, se incluyen sugerencias que tienen que ver con el problema. Se espera que una parte no sujeta al control racional de los sujetos establecerá la relación analógica, facilitando la solución.

Metarregla del cambio: Regla que indica cómo han de cambiarse las reglas que rigen el funcionamiento del sistema familiar, posibilitando el cambio de la conducta sintomática.

Mito familiar: Conjunto de creencias sistematizadas y compartidas por todos los miembros de la familia respecto de sus roles mutuos y de la naturaleza de su relación. Las conductas, interacciones y rutinas familiares están determinadas por el mito.

Modelado gradual: Técnica diseñada por la modificación de conducta que emplea un refuerzo positivo contingente para desarrollar una conducta que no está presente en el repertorio habitual de los clientes. El terapeuta actúa como modelo y fuente de re-

fuerzo, de forma que éstos deben imitar la conducta que les demuestra. El entrenamiento es gradual, comenzando por reforzar conductas que se asemejen a la deseada, para posteriormente reforzar sólo los ensayos correctos en los cuales las conductas coinciden con las deseadas.

Neurolépticos: Medicamentos psicotrópicos caracterizados por su acción sobre los síntomas de las psicosis. Crean un estado especial de indiferencia psicomotora, disminuyen la angustia y hacen desaparecer las alucinaciones. Sus efectos secundarios más frecuentes residen en provocar síndromes extrapiramidales.

Neutralidad (principio de): Actitud del terapeuta de respeto, aceptación, curiosidad e incluso admiración hacia todos los miembros de la familia, sus creencias, valores y opiniones. No se trata meramente de una actitud interna sino de una «maniobra técnica» que le permite alcanzar a lo largo de la entrevista el mismo grado de proximidad y distancia con todos ellos. Así impide ser arrastrado hacia el juego familiar, actuando de una manera determinada dentro del sistema familiar, y evita entrar en coalición con uno o más componentes de la familia. Con ello protege su capacidad para introducir algo nuevo que altere la epistemología familiar, favoreciendo un cambio, de juego. El terapeuta debe ser neutral incluso con respecto al cambio mismo, ya que la finalidad del tratamiento es ayudar a la familia a liberarse de una epistemología rígida que le impide ver el cambio.

Ordalía: Técnica de intervención empleada cuando existe una estrecha alianza terapéutica y el paciente está muy motivado para el cambio, anhelando una rápida mejoría, pero que estando en etapas avanzadas de tratamiento consigue poco o ningún cambio o genera nuevos síntomas. Sólo se prescribe a personas que cumplen las tareas. El terapeuta les da a escoger entre dos alternativas, una de ellas es una tarea directa y la otra una tarea mucho más onerosa que aquélla.

Paciente: Individuo definido como persona desviada o perturbada, es en definitiva quien «porta» el síntoma.

Pautas triangulares: Patrones de relación entre tres personas, que pueden incluir una coalición intergeneracional permanente, que somete al hijo a un intenso conflicto de lealtades, o una desviación

del conflicto entre dos personas a través de un tercero que actúa como chivo expiatorio.

Preguntas circulares: Preguntas que realiza el terapeuta con la finalidad de reunir información para confirmar o falsar las hipótesis formuladas acerca del juego familiar, poniendo de manifiesto conexiones entre personas, acciones, percepciones, sentimientos y contextos siempre bajo los supuestos de causalidad circular y neutralidad. Por ello, se pide a cada uno que exprese sus puntos de vista sobre las relaciones y las diferencias existentes entre otros componentes del sistema. La comunicación propiciada por este tipo de interrogatorio adopta en gran medida la forma de una metacomunicación sobre la conducta de los demás.

Preguntas lineales: Se emplean al comienzo de la entrevista para conocer la definición y la explicación que la familia da al síntoma, ya que la epistemología familiar se construye en torno a una causalidad lineal, en la que un determinado evento origina el problema en un momento dado. Pueden generar actitudes críticas en los miembros de la familia y en el terapeuta, ya que inevitablemente el problema -por definición- es algo negativo y no deseado.

Proceso: Secuencia de conductas, discreta y limitada en el tiempo, constituida por intercambios conductuales de duración breve entre los integrantes del sistema.

Redefinición: Intervención cognitiva que modifica el marco conceptual desde el cual el paciente o la familia perciben el problema.

Retroalimentación negativa: Proceso que se desencadena automáticamente después de una perturbación, con objeto de provocar una acción correctora en sentido contrario que reinstaure el equilibrio del sistema.

Rutinas: Conductas básicas reiterativas que aportan forma y estructura a la vida cotidiana, cuyo marco más importante es el hogar familiar.

Secuencia: Designa un ciclo repetitivo de conductas interconectadas. Las secuencias se suelen analizar como sucesos lineales en que cada paso del ciclo es seguido por otro. Sin embargo, como el paso final de la progresión es siempre la ocasión para recomen-

zar el ciclo, de hecho una secuencia describe un despliegue circular y repetitivo de conductas conectadas ordenadamente entre sí.

Secuencia sintomática: Se trata de una secuencia dentro de la cual aparece el síntoma y la regla que puede presidir el encadenamiento de conductas. En el enfoque del MRI la secuencia sintomática está formada por el problema y los intentos de solución que pretenden resolverlo sin éxito. En la terapia estratégica de Haley y Madanes la secuencia sintomática se compone de la conducta sintomática y de las posiciones incongruentes del poder en la jerarquía familiar que se constituyen en torno al síntoma. Por ejemplo: Paso 1: El padre se muestra incompetente, presentando una conducta deprimida. Paso 2: El hijo comienza a manifestar síntomas. Paso 3: La madre intenta controlar la conducta del hijo, sin éxito, y el padre interviene. Paso 4: El padre controla eficazmente la conducta del hijo y se recupera de su estado de incompetencia. Paso 5: El hijo presenta una conducta apropiada y se le define como normal. Paso 6: La madre se muestra capaz de tratar a su hijo y espera más de él y de su marido. Paso 1: El padre presenta una conducta alterada o deprimida y el ciclo comienza de nuevo.

Subsistema: El sistema familiar se subdivide en unidades más pequeñas denominadas subsistemas, regidas por algunas reglas de interacción que no son válidas para el sistema en su conjunto. Así, los padres -subsistema parental- interactúan entre sí de un modo distinto a como lo hacen con sus hijos -subsistema filial- y los hermanos poseen una serie de reglas interaccionales que no se aplican a los padres.

Tareas directas: Técnicas de intervención cuya finalidad es cambiar las reglas y los roles del sistema familiar. Entre ellas se incluyen aleccionar a los padres sobre cómo controlar a sus hijos, establecer reglas disciplinarias, establecer prioridades por edad, redistribuir las tareas entre los miembros de la familia, regular la intimidad, fomentar una comunicación franca, informar y comentar directamente los patrones interactivos de la familia.

Tareas paradójicas: Técnicas de intervención que contienen un doble mensaje, por un lado se comunica a la familia que sería bueno que cambiara y por otro lado, que sería bueno que no lo hiciera. En ellas se prescribe la continuidad de la secuencia sintomática.

tica -durante un tiempo limitado- por alguna razón que normalmente se explica, con la finalidad de intemipir dicha secuencia. La utilización que hizo el Grupo de Milán de este tipo de tareas permitía presentar una visión alternativa a las atribuciones habituales en tomo al síntoma, sin connotarlo negativamente.

Técnicas de supervivencia: Recursos empleados por el terapeuta con la finalidad de ganar tiempo para dar una respuesta terapéutica.

Tecnología del cambio: Postura de algunos enfoques de terapia familiar tendente a promover cuanto antes el cambio de la conducta problemática, lo que les lleva a centrar más la atención en aquellas variables que permitan iniciarlo fácilmente y menos en las condiciones de la unidad que encierra el síntoma.

Rituales: Intervenciones que proponen una secuencia de conductas, definida con precisión, en la que se establece qué ha de hacer cada miembro de la familia, dónde y en qué momento, sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra intervención verbal. La nueva secuencia no siempre tiene que pasar a formar parte de la vida diaria familiar, sino que simplemente puede contribuir a clarificar patrones de interacción caóticos y contradicciones inherentes al sistema de creencias que permanecían sin reconocer. Se emplean cuando la situación es confusa o ambigua para introducir orden y secuencialidad. Cuando las nuevas conductas y reglas se incorporan al sistema familiar, se supone que la familia necesariamente ha de responder a ese nuevo elemento creando un cambio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bibliografía de conocimiento imprescindible

- Anderson, A. y otros autores (1989), *Esquizofrenia y familia*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1985), *La táctica del cambio*, Herder, Barcelona 1994.
- Fishman, H.Ch. (1990), *Tratamiento de adolescentes con problemas*, Paidós, Barcelona.
- Haley, J. (1985), *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Haley, J. (1980), *Terapia para resolver problemas*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Jackson, D.D. (1977), *Comunicación, familia y matrimonio*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Minuchin, S. (1977), *Familias y terapia familiar*, Granica, Barcelona.
- Minuchin, S. y Fishman, Ch. (1985), *Técnicas de terapia familiar*, Paidós, Barcelona.
- Palazzoli, M.S. y otros autores (1981), *Paradoja y contraparadoja*, ACE, México.
- Palazzoli, M.S. y otros autores (1990), *Los juegos psicóticos en la familia*, Paidós, Barcelona.
- Watzlawick, P. y otros autores (1981), *Teoría de la comunicación humana*, Herder, Barcelona 1993.

2. Bibliografía recomendada

- Bateson, G. y otros autores (1971), *Interacción familiar*, Tiempo Contemporáneo, Buenos Aires.
- Boscolo, L., Cecchin, G. y otros autores (1989), *Terapia familiar sistémica de Milán. Teoría y práctica*, Amorrortu, Buenos Aires.

- Bornstein, P.H. y Bornstein, M.T. (1988), *Terapia de pareja. Enfoque conductual sistémico*, Pirámide, Madrid.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1983), *Lealtades invisibles*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Costa, M. y Serrat, C. (1982), *Terapia de pareja*, Alianza, Madrid.
- Hoffman, L. (1987), *Fundamentos de terapia familiar*, FCE, México.
- Liberman, R.P. y Weehler, E.G. (1987), *Manual de terapia de pareja*, Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Madanes, C. (1984), *Terapia estratégica*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Navarro, J. (1992), *Técnicas y programas en terapia familiar*, Paidós, Barcelona.
- Pittman, F.S. (1990), *Momentos decisivos*, Paidós, Barcelona.
- Satir, V. (1983), *Terapia familiar conjunta*, La Prensa Mexicana, México.
- Selvini, M. (1990), *Crónica de una investigación*, Paidós, Barcelona.
- Shazer, S. (1986), *Claves para la solución en terapias breves*, Paidós, Buenos Aires; Barcelona 1991.
- Shazer, S. (1987), *Pautas de terapia familiar breve*, Paidós, Buenos Aires; Barcelona 1989.
- Shazer, S. (1992), *Claves en psicoterapia breve*, Gedisa, Barcelona.
- Speck, R. (1977), *Redes familiares*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Steinglass, P. (1989), *La familia alcohólica*, Gedisa, Barcelona.
- Umbarger, C.C. (1987), *Terapia familiar estructural*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Whitaker, C. (1991), *De la psique al sistema*, Amorrortu, Buenos Aires.

3. Bibliografía adicional

- Ackerman, N. (1970), *Teoría y práctica de la terapia familiar*, Proteo, Buenos Aires.
- Ackermans, A. y Andolfi, M. (1990), *La creación del sistema terapéutico*, Paidós, Barcelona.
- Anderson, C.M. (1989), *Para dominar la resistencia*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Andolfi, M. (1985), *Terapia familiar*, Paidós, Barcelona 1993.
- Andolfi, M. (1985), *Detrás de la máscara familiar*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Andolfi, M. y Angelo, C. (1989), *Tiempo y mito en psicoterapia familiar*, Paidós, Buenos Aires.
- Bandler y otros autores (1983), *Cómo superarse a través de la familia*, Diana, México.
- Bateson, G. y otros autores (1984), *La nueva comunicación*, Kairós, Barcelona.
- Bateson, M.C. (1989), *Como yo los veía*, Gedisa, Barcelona.
- Benoit, J.C. (1985), *Angustia psicótica y sistema parental*, Herder, Barcelona.
- Bemstein, I. (1976), *Familia y enfermedad mental*, Paidós, Buenos Aires.
- Bernstein, I. (1984), *Psicoanálisis de la estructura familiar*, Paidós, Barcelona.
- Bemstein, I., Bianchi, G.K. de y otros autores (1976), *Familia e inconsciente*, Paidós, Barcelona.
- Berger, M.M. (1993), *Más allá del doble vínculo*, Paidós, Barcelona.

- Bergman J.L. (1986), *Pescando barracudas: pragmática de la terapia sistémica breve*, Paidós, Buenos Aires.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn P. (1989), *Terapia familiar sistémica de Milán*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Boszormenyi-Nagy, I. (1976), *Terapia familiar intensiva*, Trillas, México.
- Bowen, M.L. (1989), *Terapia familiar en la práctica clínica*, Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Bowen, M.L. (1991), *De la familia al individuo*, Paidós, Barcelona.
- Bueno Belloch, M. (1985), *Relaciones de pareja*, Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Caille, Ph. (1990), *Familias y terapeutas*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Carpenter, J. y Treacher, A. (1993), *Problemas y soluciones en terapia familiar y de pareja*, Paidós, Barcelona.
- Casado, L. (1992), *La nueva pareja*, Kairós, Barcelona.
- Covini, A., Fiocchi, E., Pasquino, R. y Selvini, M. (1987), *Hacia una nueva psiquiatría*, Herder, Barcelona.
- Cusinato, M. (1992), *Psicología de las relaciones familiares*, Herder, Barcelona.
- Dunn, J. y Kendrick, C. (1986), *Hermanos y hermanas*, Alianza, Madrid.
- Elizur, J. y Minuchin, S. (1991), *La locura y las instituciones*, Gedisa, Barcelona.
- Elkaim, M. (1988), *Formaciones y prácticas en terapia familiar*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Elkaim, M. (1989), *Las prácticas de la terapia de red*, Gedisa, Barcelona.
- Elkaim, M. (1990), *Si me amas no me ames*, Gedisa, Barcelona.
- Feliu, M.E. y Güell, M.A. (1992), *Relación de pareja. Técnicas para la convivencia*, Martínez Roca, Barcelona.
- Fisch, R. y Rosman, B.L. (1988), *El cambio familiar: desarrollo de modelos*, Gedisa, Buenos Aires.
- Foerster, J. von (1991), *Las semillas de la cibernética*, Gedisa, Barcelona.
- Framo, J. (1991), *Exploraciones en terapia familiar y matrimonial*, Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Goodrich, T.J. (1990), *Terapia familiar feminista*, Paidós, Buenos Aires.
- Gutiérrez, E. (1988), *Lecturas de terapia familiar. Compilación de textos*, 1 vols., Universidad de Santiago de Compostela.
- Haley, J. (1974), *Tratamiento de la familia*, Toray, Barcelona.
- Haley, J. (1991), *Las tácticas del poder de Jesucristo y otros ensayos*, Paidós, Barcelona.
- Haley, J. y otros autores (1976), *Técnicas de terapia familiar*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Harris, C.C. (1971), *La familia*, G. del Toro, Madrid.
- Imber-Black, E. y Roberts, J. (1990), *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*, Gedisa, Barcelona.
- Isaacs, M.B., Montalvo, B. y Abelson, D. (1988), *Divorcio difícil*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Itzigsohn, J.A. y Dasberg, M. (1985), *Terapias breves*, Universidad Pontificia, Salamanca.

- Karnblit, A. (1977), *Semiótica de las relaciones familiares*, Granica, Barcelona.
- Keeney, B.P. (1987), *Estética del cambio*, Paidós, Buenos Aires; Barcelona 1991.
- Keeney, B.P. (1992), *La improvisación en psicoterapia*, Paidós, Barcelona.
- Keeney, B.P. y Ross, J. (1990), *Construcción de terapias familiares sistémicas*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Laing, R.D. y Esterson, A. (1974), *Cordura, locura y familia*, FCE, México.
- Leal, F. (1986), *La pareja humana*, Pirámide, Madrid.
- Lemaire, J. (1974), *Terapia de parejas*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Lemaire, J. (1986), *La pareja, su nacimiento, su muerte, su estructura*, FCE, México.
- Leveton, E. (1987), *El adolescente, su apoyo en la terapia familiar*, Pax, México.
- López, E. (1989), *Tortura y ternura en la comunicación de pareja*, Gran Enciclopedia Vasca, Bilbao.
- Martin, P.A. (1983), *Manual de terapia de parejas*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Martin Grotjahn (1965), *Psicoanálisis y la neurosis de la familia*, Zeus, Barcelona.
- Maturana, H. y Varela, F. (1990), *El árbol del conocimiento. Las bases biológicas del conocimiento humano*, Debate, Madrid.
- McGoldrick, M. y Gerson, R. (1987), *Genogramas en la evaluación familiar*, Gedisa, Buenos Aires; Barcelona 1993.
- Minuchin, S. (1984), *Calidoscopio familiar*, Paidós, Buenos Aires; Barcelona 1991.
- O'Hanlon, W.H. y Weiner, D.M. (1990), *En busca de soluciones*, Paidós, Barcelona.
- Onnis, L. (1990), *Trastornos psicósomáticos*, Paidós, Barcelona.
- Palazzoli, M.S., Cirillo, S. y otros autores (1985), *El mago sin magia*, Paidós, Buenos Aires.
- Palazzoli, M.S. y otros autores (1986), *Al frente de la organización. Estrategias y tácticas*, Paidós, Buenos Aires.
- Pankow, G. (1979), *Estructura familiar y psicosis*, Paidós, Buenos Aires.
- Papp, P. (1988), *El proceso del cambio*, Paidós, Buenos Aires; Barcelona 1991.
- Pincus, L. y Daré, Ch. (1982), *Secretos en la familia*, Cuatro Vientos, Santiago de Chile.
- Portero, L. y otros autores (1985), *La familia una visión plural*, Universidad Pontificia, Salamanca.
- Ríos González, J.A. (1984), *Orientación y terapia familiar*, Ciencias del Hombre, Madrid.
- Ritterman, M. (1988), *Empleo de la hipnosis en terapia familiar*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Rolla, E.H. (1976), *Familia y personalidad*, Paidós, Buenos Aires.
- Sager, V. (1980), *Contrato matrimonial y terapia de pareja*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Salem, G. (1990), *Abordaje terapéutico de la familia*, Masson, Barcelona.
- Simón, F.B., Stierlin, H. y Wynnw, L. (1988), *Vocabulario de terapia familiar*, Gedisa, Barcelona.

- Sluzki, C. (1975), *Psicopatología y psicoterapia de pareja*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Sorrentino, A.M. (1990), *Hándicap y rehabilitación*, Paidós, Barcelona.
- Stierlin, H. (1979), *Psicoanálisis y terapia familiar*, Icaria, Barcelona.
- Stierlin, H. (1981), *Terapia familiar*, Gedisa, Barcelona.
- Stierlin, H. (1990), *¿Qué hay detrás de la puerta de la familia?*, Gedisa, Barcelona.
- Stith, S. y Williams M.B. (1993), *Psicología de la violencia en el hogar*, Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Suárez, T. y Rojero, C. (1983), *Paradigma sistémico y terapia familiar*, Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid.
- Vílchez, L. (1985), *Conflictos matrimoniales y comunicación*, Narcea, Madrid.
- Walrond-Skinner, S. (1983), *Psicoterapia familiar y de pareja*, Toray, Barcelona.
- Walrond-Skinner, S. (1978), *Terapia familiar*, Abril, Buenos Aires.
- Walters, M., Cárter, B., Papp, P. y Silverstein, O. (1991), *La red invisible. Pautas vinculares al género en las relaciones familiares*, Paidós, Buenos Aires.
- Watzlawick, P. y otros autores (1976), *Cambio*, Herder, Barcelona 1992.
- Watzlawick, P. y otros autores (1980), *El lenguaje del cambio*, Herder, Barcelona 1992.
- Watzlawick, P. (1992), *La coleta del barón de Münchhausen*, Herder, Barcelona.
- Whitacker, C. (1992), *Meditaciones nocturnas de un terapeuta familiar*, Paidós, Barcelona.
- Willi, J. (1978), *La pareja humana: relación y conflicto*, Morata, Madrid.
- Zeig, J.K. (1985), *Un seminario didáctico con Milton Erickson*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Zuk, G. (1985), *Terapia familiar y familias en conflicto*, FCE, México.

Revistas de terapia familiar

«Cuadernos de Terapia Familiar»

Director: José Antonio Ríos González.

C/ Paseo de las Delicias, 65, Esc. 3 - 2º A

28045-Madrid

«Family Process»

PO Box 6889

Syracuse, NY, 13216 USA

«Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría»

C/Villanueva, 11-3.ª planta

28001-Madrid

«Journal of Family Therapy»
Academic Press Inc.
24-28 Oval Road
London NW1 7DX. Gran Bretaña

«Journal of Marital and Family Therapy»
AAMFT, 1717 K St, NW., suite 407
Washington, DC, 20066 USA

«Journal of Strategic and Systemic Therapies»
P.O. Box 2484, Station «A», London. Ontario.
Canadá N6A 4G7.

«Sistemas Familiares»
Billinghurst, 1559-2.ª A
125 Buenos Aires. Argentina

«Social Casework»
Family Service Assoc. America
44 E 23rd st, New York. NY, 10010 USA

«Terapia Familiar»
Casilla de Correo n.º 94
Buenos Aires. Argentina

«Terapia Familiare»
Via Reno, 30
00198 Roma. Italia

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

1. Reymond - Rivier, El desarrollo social del niño y del adolescente. **8.ª edición, 280 páginas.**
2. Corman, Examen psicológico del niño. **4.ª edición, 308 páginas.**
3. Widlócher. Los dibujos de los niños. **5.ª edición, 240 páginas.**
4. Alpern, Procesos sensoriales. **2.ª edición, 252 páginas.**
5. Zulliger. Introducción a la psicología del niño. **3.ª edición, 192 páginas.**
6. Zulliger, Evolución psicológica del niño. **4.ª edición, 148 páginas.**
7. Schraml, Psicología profunda para educadores. **4.ª edición, 288 páginas.**
8. Kuiper, Teoría psicoanalítica de la neurosis. **2.ª edición, 284 páginas.**
9. Zulliger, La pubertad de los muchachos. **3.ª edición, 224 páginas.**
10. Moor, El juego en la educación. **4.ª edición, 164 páginas.**
11. Mendels, La depresión. **4.ª edición, 180 páginas.**
12. Rocheblave, El adolescente y su mundo. **7.ª edición, 148 páginas.**
13. Zavalloni, Introducción a la pedagogía especial. **3.ª edición, 212 páginas.**
14. Corman, Psicopatología de la rivalidad fraterna. **2.ª edición, 248 páginas.**
15. Martín, Angustia y trastornos neuróticos. **2.ª edición, 264 páginas.**
16. Haré, La psicopatía. **2.ª edición, 192 páginas.**
17. Arruga, Introducción al test sociométrico. **5.ª edición, 176 páginas.**
18. Luft, Introducción a la dinámica de grupos. **7.ª edición, 144 páginas.**
19. Debuy st-Jóos, El niño y el adolescente ladrones. **2.ª edición, 232 páginas.**
20. Faverge, El examen del personal y el empleo de tests. **2.ª edición, 180 páginas.**
21. Ruwet, Etología. **192 páginas.**
22. Paulus, La función simbólica y el lenguaje. **2.ª edición, 160 páginas.**
23. Andreani, Aptitud mental y rendimiento escolar. **360 páginas.**
24. Richelle, La adquisición del lenguaje. **5.ª edición, 196 páginas.**
25. Guttman, Introducción a la neuropsicología. **304 páginas.**
26. Meierhofer, Los primeros estadios de la personalidad. **2.ª edición, 184 páginas.**
27. Müller, El niño psicótico. **2.ª edición, 244 páginas.**
28. Zulliger, La pubertad de las muchachas. **2.ª edición, 212 págs.**
29. Chazaud, Las perversiones sexuales. **740 páginas.**
30. Not, La educación de los débiles mentales. **3.ª edición, 176 páginas.**
31. Jahoda, Psicología de la superstición. **796 páginas.**
32. Zavalloni y Montuschi, La personalidad en perspectiva social. **384 páginas.**
33. Stácker, Psicología del fumar. **140 páginas.**
34. Sbandi, Psicología de grupos. **3.ª edición, 284 páginas.**
35. Watzlawick y otros autores, Cambio. **Véase nueva serie.**
36. Bender, La parapsicología y sus problemas. **2.ª edición, 304 páginas.**
37. Corman, Narcisismo y frustración de amor. **276 páginas.**
38. Lieury, La memoria. **2.ª edición, 256 páginas.**
39. Matussek, La creatividad. **2.ª edición, 304 páginas.**
40. Oughourlian, La persona del tóxico. **2.ª edición, 332 páginas.**
41. Klock, La personalización en el niño. **308 páginas.**
42. Roux, La herencia. **2.ª edición, 144 páginas.**
43. Fletcher, Trastornos emocionales. **228 páginas.**
44. Corman, La interpretación dinámica en psicología. **732 páginas.**
45. Battegay, El hombre en el grupo. **276 páginas.**
46. Bascou, El niño y la mentira. **240 páginas.**
47. Rillaer, La agresividad humana. **220 páginas.**
48. Metzger, Los prejuicios. **728 páginas.**
49. Speck, Rehabilitación de los insuficientes mentales. **2.ª ed., 204 p.**

50. Corman. El test PN. Manual primero. **4.ª edición, 280 páginas.**
51. Riemann, Formas básicas de la angustia. **224 páginas.**
52. Watzlawick, ¿Es real la realidad? **Véase nueva serie.**
53. Bolton, Introducción a la psicología del pensamiento. **376 páginas.**
54. Frankl, Ante el vacío existencial. **Véase nueva serie.**
55. Broustra, La esquizofrenia. **184 páginas.**
56. Lempp, Delincuencia juvenil. **308 páginas.**
57. Pawlik y otros autores, Diagnóstico del diagnóstico. **252 páginas.**
58. Schroeder, Terapia conductista en niños y jóvenes. **204 páginas.**
59. Battegay - Trenkel, Los sueños. **216 páginas.**
60. Lehr, Psicología de la senectud. **2.ª edición, 436 páginas.**
61. Popp, Los conceptos fundamentales de la psicología. **268 páginas.**
62. Château, Las grandes psicologías modernas. **348 páginas.**
63. Kuiper, El psicoanálisis. **272 páginas.**
64. Szabo, El adolescente y la sociedad. **300 páginas.**
65. Kemper, Laenuresis. 2.ª ed., **144p.**
66. Chazaud, Nuevas tendencias del psicoanálisis. **176 páginas.**
67. Petrescu, El surmenaje. **780 páginas.**
68. Lamben, Introducción al retraso mental. 2.ª ed., **272 páginas.**
69. Watzlawick, El lenguaje del cambio. **Véase nueva serie.**
70. Bronckart, Teorías del lenguaje. **2.ª edición, 304 páginas.**
71. Rogoll, Introducción al análisis transaccional **2.ª ecHc., 168 páginas.**
72. Cazayus, La afasia. **232 págs.**
73. Montserrat, Psicología y física. **300 páginas.**
74. Imbasciati, Eros y logos. **700 páginas.**
75. Mairesse, El niño y la succión del dedo. **228 páginas.**
76. Corman, El test PN. Manual segundo: El complejo de Edipo. **2.ª edición, 244 páginas.**
77. Hamlyn, Experiencia y desarrollo del entendimiento. **220 páginas.**
78. Rogers, La persona como centro. **2.ª edic, 256 páginas.**
- {9- Richelle, Skinner o el peligro behaviorista. **792 páginas.**
80. Artaud, Conocerse a sí mismo. **2.ª edición, 168 páginas.**
81. Eysenck y Wilson, Psicología del sexo. **268 páginas.**
82. Künkel, Elementos de psicoterapia práctica. **736 páginas.**
83. Fontaine, Las terapias comportamentales. **252 páginas.**
84. Battegay, La agresión. **768 págs.**
85. Hobmair - Treffer, Psicología individual. **744 páginas.**
86. Auriol, El yoga y la psicoterapia. **784 páginas.**
87. Sommer - Wehrli, Pacientes en círculo. **720 páginas.**
88. Todt, La motivación. 2.ª ed., **328 p.**
89. Thomas, Psicología del deporte. **476 páginas.**
90. Corred, Psicología de las relaciones humanas. **376 páginas.**
91. Prigent, La experiencia depresiva. **228 páginas.**
92. Klages, La persona sensible. **224 páginas.**
93. Troch y Reinhardt, El «stress» y la personalidad. **780 páginas.**
94. Nickel, Psicología de la conducta del profesor. **224 páginas.**
95. Sánchez Chamorro, Psicoterapia dinámica en la delincuencia juvenil. **2.ª ed., 752 páginas.**
96. Chazaud, La melancolía. **736 páginas.**
97. Lambert - Rondal, El mongoiismo. **2.ª edición, 248 páginas.**
98. Titze, Fundamentos del teleoanálisis adleriano. **308 págs.**
99. Fantini, La adquisición del lenguaje en un niño bilingüe. **204 págs.**
100. Watzlawick y otros autores, Teoría de la comunicación humana. **Véase nueva serie al final.**
101. Haring, El entrenamiento autogéneo. **272 páginas.**
102. Genovard y otros autores, Problemas emocionales en el niño. **2.ª edición, 216 páginas.**
103. Estruch - Cardús, Los suicidios. **204 páginas.**
104. Demaret, Etología y psiquiatría. **252 páginas.**
105. González, Bandas juveniles. **2.ª edición, 276 páginas.**
106. Zlotowicz, Las pesadillas del niño. **324 páginas.**
164. Steiner, Aprender. **572 págs.**
165. Gille, Psicología de la escritura. **376 págs.**
166. Dufoyer, Informática, educación y psicología del niño. **228 págs.**
167. Hubert-Baruth, Terapia familiar. **248 págs.**
168. Lutte, Liberar la adolescencia. **404 págs.**
169. Lieury, Manual de psicología general. **280 págs.**
170. Ulich, Iniciación a la psicología. **248 págs.**
171. Frankl, Teoría y terapia de las neurosis. **296 págs.**
172. Guski, La percepción. **232 págs.**
173. Bruchon-Schweitzer, Psicología del cuerpo. **372 págs.**
174. Nardone - Watzlawick, El arte del cambio. **Véase nueva serie.**

Biblioteca de Psicología Textos Universitarios

Nueva serie de temas candentes, surgidos de la realidad viva y concreta, y relacionados con la psicología o disciplinas afines a ella.

- Kaufman, G., Psicología de la vergüenza. **400 págs.**
- Eysenck, H.J., Tabaco, personalidad y estrés. **212 págs.**
- Haré, R.T. y Marecek, J., Marcar la diferencia. Psicología y construcción de los sexos. **256 págs.**
- Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L., La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. 3.ª ed., **336págs.**
- Frankl, Ante el vacío existencial. **7.ª ed., 160 págs.**
- Crispo, R., Rgueroa, E. y Guelar, D., Trastornos del comer. **760 págs.**
- Watzlawick y otros autores, Cambio. **8.ª ed., 200 págs.**
- Lehr, U.M. y Thomae, H., La vida cotidiana. **328 págs.**
- Wittezaele, J.-J. y García, T., La escuela de Palo Alto. **476 págs.**
- Watzlawick, ¿Es real la realidad? **6.ª ed., 276 págs.**
- Watzlawick, El lenguaje del cambio. **6.ª ed., 176 págs.**
- Watzlawick y otros autores, Teoría de la comunicación humana. **70.ª ed., 264 págs.**
- Nardone-Watzlawick, El arte del cambio. **2.ª ed., 212 págs.**
- Lowen, A., El lenguaje del cuerpo. **3.ª ed., 408 págs.**
- Jansen-Streit, **Los padres como terapeutas. 328 págs.**
- Ochoa, I., **Enfoques en terapia familiar sistémica. 280 págs.**

107. Ávila, La timidez. 2.ª ed., 168 p.
108. Fiedler-Standop. La tartamudez. 2.ª edición, 312 páginas.
109. Campos, La psicoterapia no directiva. 212 páginas.
110. Corman, El test PN. Manual tercero: La regla de investimento. 2.ª edición, 236 páginas.
111. Kastenbaum, Entre la vida y la muerte. 256 páginas.
112. Affemann, Experiencias de un psicoterapeuta. 744 páginas.
113. Garanto, Psicología del humor. 208 páginas.
114. Genovard - Chica, Guía básica para psicólogos. 384 págs.
115. Kielholz y otros autores, El médico no psiquiatra y sus pacientes depresivos. 208 páginas.
116. Chevalier, Psicogénesis, psicología y psicoterapia. 772 págs.
117. Schütze, Anorexia mental. 220 páginas.
118. Meyer, Angustia y conciliación de la muerte. 756 páginas.
119. Dupont y otros autores, Psicología de los intereses. 220 págs.
120. Saueremann, Psicología del mercado. 236 páginas.
121. Benedetti, Psicoterapia clínica. 228 páginas.
122. Journet, La mano y el lenguaje. 232 páginas.
123. Campos, Orientación no directiva. 156 páginas.
124. Garanto, El autismo. 2.ª ed., 160 p.
125. Bonino, La frustración en la dinámica del desarrollo. 740 páginas.
126. Lowen, El lenguaje del cuerpo. Véase nueva serie al final.
127. Salzer, La expresión corporal. 228 páginas.
128. Bammer, El stress y el cáncer. 320 páginas.
129. Puyuelo, La ansiedad infantil. 276 páginas.
130. Lieury, Los métodos mnemotécnicos. 788 páginas.
131. Meill, La estructura de la inteligencia. 264 páginas.
132. Kreisler, La desorganización psicosomática en el niño. 404 páginas.
133. Schmltdt - Atzert, Psicología de las emociones. 776 páginas.
134. Wehner, Introducción a la psicología empírica. 220 págs.
135. Benoit, Angustia psicótica y sistema parental. 764 páginas.
136. Nouilhan - Dutau, El niño asmático. 704 páginas.
137. Eysenck, Atención y activación. 376 páginas.
138. Legrenzi y otros autores, Historia de la psicología. 304 páginas.
139. Rolis - Rolls, La sed. 248 págs.
140. Ulich, El sentimiento. 320 págs.
141. Fisch - Weakland - Segal, La táctica del cambio. Véase nueva serie al final.
142. Dietrich, Psicología general del «counseling». 772 páginas.
143. Kagelmann - Wenninger, Psicología de los medios de comunicación. 404 páginas.
144. Widlócher, Las lógicas de la depresión. 244 páginas.
145. Battégay, El hambre como fenómeno patológico. 776 páginas.
146. Blocher - Biggs, La psicología del «counseling» en medios comunitarios. 324 páginas.
147. Tocquet, Los poderes de la voluntad. 252 páginas.
148. Eschenróder, En qué se equivocó Freud. 784 págs.
149. Covini y otros autores, Hacia una nueva psiquiatría. 796 págs.
150. Sivadon y Fernandez-Zoila, Tiempo de trabajar. Tiempo de vivir. 256 págs.
151. Dalley, El arte como terapia. 372 páginas.
152. Landau, El vivir creativo. 232 p.
153. Fisseni, Psicología de la personalidad. 340 págs.
154. Elhardt, Introducción a la psicología profunda. 208 págs.
155. Arruga, Dinámica socioevolutiva. 200 págs.
156. Lechtenberg, La epilepsia y la familia. 240 págs.
157. Bazzi-Fizzotti, Guía de la logoterapia. 776 págs.
158. Quitmann, Psicología humanística. 352 págs.
159. Arranz, Psicología de las relaciones fraternas. 264 págs.
160. Guski, El ruido. 272 págs.
161. Poch, Psicología dinámica. 264 p.
162. Coriat, Los niños superdotados. 260 págs.
163. Malugani, Las psicoterapias breves. 228 págs.