



Universidad de Chile  
Facultad de Ciencias Sociales  
Carrera de Psicología

**Fundamentación Teórica y Adaptación del Manual de Terapia  
Familiar Sistémica desarrollado por el Centro de Investigación y  
Terapia Familiar de la Universidad de Leeds, Inglaterra.**

**Memoria para optar al Título de Psicólogo**

UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CS. SOCIALES

Investigador Responsable:

**Lic. Ismael Otero Campos**

Académico Patrocinante y Asesor Metodológico:

**Ps. y Mag. Elisabeth Wenk Wehmeyer**

2004

## Dedicatoria

---

A Gloria, Amaranta e Iván.

A Manolo, Emérita, Sonia y Edison.

A Germán.

A Irene.

## Agradecimientos

Al Prof. Dr. Peter Stratton, quien generosamente autorizó la traducción de su valioso trabajo, y se mostró siempre interesado en mis avances.

A Elisabeth Wenk Wehmeyer, por la gentileza de haber patrocinado y apoyado este trabajo desde el principio.

A Irene, por su valiosa ayuda, apoyo y tiempo dedicado a revisar este trabajo en cada una de sus etapas.

A Isabel Margarita Fontecilla, quien generosa y desinteresadamente me ha compartido su inmensa calidad humana y profesional. Las palabras se hacen insuficientes a la hora de expresar mi gratitud.

A todos los amigos y familiares que han compartido conmigo este camino, conversando, leyendo los borradores, apoyándome, o simplemente dándome ánimo para seguir adelante en los momentos de cansancio.

## INDICE

Dedicatoria .....	2
Agradecimientos .....	3
Indice .....	4
Resumen .....	6
I. Introducción .....	7
II. Marco Teórico .....	10
II.1. Orígenes y conceptos teóricos básicos de la Terapia Familia Sistémica	11
II.1.1. Desarrollo histórico de la Terapia Familiar Sistémica .....	14
II.1.2. Conceptos teóricos básicos de la Terapia Familiar Sistémica ..	18
II.1.2.1. Conceptos teóricos básicos de la Teoría General de Sistemas .....	18
II.1.2.2. Conceptos teóricos básicos de la Cibernética .....	22
II.2. Principales modelos en Terapia Familiar Sistémica .....	25
II.2.1. Modelo MRI .....	26
II.2.2. Modelo Estructural .....	29
II.2.3. Modelo Estratégico .....	31
II.2.4. Modelo de Milán .....	34
II.2.5. Modelo Orientado a las Soluciones .....	36
II.2.6. Modelos Post-Milán .....	39
II.2.7. Modelo Centrado en las Narrativas .....	44
II.3. Hacia una integración de los modelos Post-Milán y el modelo Narrativo en Terapia Familiar Sistémica .....	47
II.4. Aproximaciones a la investigación en psicoterapia .....	51
II.4.1. La investigación de resultados .....	53
II.4.1.1. Estrategias de investigación de resultados: la estandarización de los tratamientos mediante el uso manuales .....	53

II.4.1.2. Principales hallazgos de la investigación de resultados .....	57
II.4.2. El estudio del proceso terapéutico .....	59
II.4.3. La complementariedad entre procesos y resultados .....	60
II.4.4. El estado del arte de la investigación en Terapia Familiar .....	62
III. Conclusiones y sugerencias .....	70
IV. Bibliografía consultada y referenciada .....	74
V. Anexos .....	85
Carta del Prof. Peter Stratton .....	86
Manual de Terapia Familiar Sistémica .....	87

## RESUMEN

Con el fin de contar con un protocolo que permita realizar investigaciones de eficacia, y que sirva además como material de formación para futuros terapeutas familiares sistémicos, se tradujo y adaptó el Manual de Terapia Familiar Sistémica del Centro de Terapia Familiar e Investigación de la Universidad de Leeds, Inglaterra.

Dado que dicho Manual tiene sustento en los llamados modelos Post-Milán y Narrativo, se realizó una investigación bibliográfica sobre los orígenes, conceptos básicos y desarrollo histórico de la Terapia Familiar Sistémica, poniendo énfasis en la integración de los modelos antes mencionados. Además, se realizó una sistematización sobre la investigación en psicoterapia y el estado actual de la investigación en terapia familiar, con el propósito de realizar un aporte a la integración de la investigación en psicoterapia y la práctica clínica.

**Palabras Clave:** Terapia familiar sistémica, investigación en psicoterapia, manual de terapia familiar sistémica.

## I. INTRODUCCIÓN

## I. INTRODUCCIÓN

Aún cuando la terapia familiar tiene más de 50 años de existencia, nadie podría negar que sus avances y rápido crecimiento han dependido más de un acercamiento intuitivo que de investigaciones sólidas y de evidencias en torno a su eficacia (Nichols y Schwartz, 2004). De hecho, una de las críticas más comunes que se le hace a este enfoque es la falta de fundamentación sólida basada en la investigación de procesos y de resultados. Sin embargo, actualmente esta tendencia parece estar cambiando (Pinsof y Wynne, 2000).

Como parte de los esfuerzos tendientes a realizar investigaciones de eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos, se ha hecho necesario establecer un protocolo para operacionalizar cada tipo de tratamiento evaluado. Es así como se han desarrollado diversos manuales que explican en detalle el tratamiento a seguir (Feixas y Miró, 1993). Estos mismos manuales pueden ser utilizados por terapeutas en la práctica clínica (Primeró, G., 2003). Siguiendo esta tendencia, el equipo de terapeutas del Centro de Investigación y Terapia Familiar de la Universidad de Leeds, Inglaterra, dirigido por el Profesor Peter Stratton, confeccionó un Manual, principalmente diseñado como una herramienta de investigación para estudios de resultados en los que se precise establecer la efectividad de la Terapia Familiar Sistémica. Por lo tanto, pretende ofrecer un marco conceptual y una guía para la implementación de este tipo de terapia, de manera que los terapeutas puedan ofrecer una versión unificada de ésta, con un grado de flexibilidad para expresar su propia creatividad. Asimismo, el Manual puede ser usado como marco de referencia para el entrenamiento y supervisión en el proceso de entrenamiento de terapeutas familiares sistémicos (Pote *et al.*, 2000).

Tomando en cuenta la necesidad de la implementación de investigaciones que den cuenta de la eficacia y la efectividad de los tratamientos con orientación

sistémica en el Centro de Psicología Aplicada (CAPs) de la Universidad de Chile, el Manual de Terapia Familiar Sistémica desarrollado por el Centro de Investigación y Terapia Familiar de la Universidad de Leeds ofrece un marco conceptual y metodológico claro, con el cual poder trabajar hacia la consecución de dichas investigaciones, además de servir como guía de referencia para el entrenamiento y la formación de los alumnos y licenciados que trabajen con el modelo sistémico. De esta manera, se plantea como objetivo general realizar un aporte a la integración de la investigación en psicoterapia y la práctica clínica, mediante la sistematización de la fundamentación teórica y la adaptación del Manual de Terapia Familiar Sistémica del Centro de Investigación y Terapia Familiar de la Universidad de Leeds.

Con relación a lo anterior, cobra relevancia el investigar sobre los modelos que sirven de base teórica y epistemológica para el Manual, y la integración que de ellos se hizo para su construcción. De esta manera, se podrá contar con una base teórica y epistemológica sólida al momento de diseñar e implementar investigaciones utilizando el manual, así como para el entrenamiento y supervisión de terapeutas en formación.

Asimismo, se pretende aportar al conocimiento sobre la eficacia y efectividad de la Terapia Familiar Sistémica, a través de la sistematización de las evidencias encontradas y su estado actual.

De acuerdo con lo expresado, se plantea la realización de una investigación de orientación teórica, principalmente bibliográfica, para responder al objetivo general propuesto.

## **II. MARCO TEÓRICO**

## **II. MARCO TEÓRICO**

Debido a que el manual desarrollado por el Centro de Investigación y Terapia Familiar de la Universidad de Leeds, Inglaterra, se inserta dentro del campo la Terapia Familiar Sistémica, se hace necesario conocer las bases teóricas sobre las que se sustenta este enfoque, a partir de las cuales desarrolla sus conceptualizaciones y métodos particulares, que lo distinguen de los otros modelos de Terapia Familiar. Por esta razón, se abordarán temas como las bases epistemológicas de la Terapia Familiar Sistémica, su desarrollo histórico y sus principales escuelas, así como el surgimiento y evolución particular de los modelos Post-Milán y Centrado en las Narrativas, dándole especial importancia a la integración entre estos dos modelos, pues son los aplicados en la práctica clínica por los autores del manual.

### **II.1. Orígenes y conceptos teóricos básicos de la Terapia Familiar Sistémica**

Sin lugar a dudas, se podría plantear que las bases epistemológicas de la Terapia Familiar Sistémica están dadas por la Teoría General de Sistemas, desarrollada por Ludwig von Bertalanffy, y los estudios sobre la Cibernética. El inicio de la Teoría General de Sistemas y la Cibernética se remonta a las conferencias Macy en Nueva York en la década de los cuarenta, a las que asistieron científicos, ingenieros, matemáticos y científicos sociales que compartían un fuerte interés por los temas del control y la comunicación (Von Foerster, 1996). En parte, este interés nacía de la aplicación de dichos temas en el ámbito militar (Segunda Guerra Mundial), y estaba dirigido en particular hacia el desarrollo de sistemas de control para misiles antiaéreos (Wiener, 1954).

Estas primeras ideas parecen haberse desarrollado a lo largo de dos sendas distintas, aunque relacionadas entre sí. La primera senda era mecanicista, en la que las ideas cibernéticas eran empleadas para diseñar diversos sistemas mecánicos de control. Un ejemplo simple de esto es un termostato, y uno más complejo es un sistema de guía de misiles antiaéreos. Con su énfasis en la naturaleza relacional de los problemas, la Cibernética presentó un reto importante, profundo y significativo para la ortodoxia psiquiátrica existente. Este reto consiguió adeptos en el emergente movimiento antipsiquiátrico de la década de los sesenta, que manifestaba extensas críticas a la naturaleza opresiva de las prácticas de confinamiento, medicación e incomunicación de las personas que sufrían desórdenes psiquiátricos. En concordancia con la Antipsiquiatría, se argumentó que los modelos explicativos de las enfermedades orgánicas estaban esencialmente errados (Dallos, R. y Draper, R., 2000). Esta nueva mirada no solo fue liberadora para los miembros de la familia que desarrollaban síntomas, sino también para los terapeutas, ya que la práctica de la terapia familiar también prometía ofrecer soporte y alivio para los otros miembros de la familia. Sin embargo, esta revolución no estuvo libre de críticas, y hubo considerable rechazo a abandonar algunas prácticas, especialmente el uso de medicación para los llamados “problemas mentales serios”.

La segunda senda o vía de desarrollo fue la aplicación de la Teoría General de Sistemas (von Bertalanffy, 1976) a los sistemas biológicos. Walter Cannon (1932, en Ceberio, M. y Watzlawick, P., 1998) sugirió el concepto de equilibrio dinámico para explicar cómo el cuerpo es capaz de mantener estados estables a pesar de cambios externos del medio. Sin embargo, aunque los sistemas biológicos pueden ser descritos de manera similar a los sistemas mecánicos, es importante hacer notar las diferencias que existen entre ellos:

1. Los sistemas biológicos, a diferencia de los mecánicos, no son artificiales, y son diseñados a través de un proceso de selección natural. Por lo tanto, han evolucionado en respuesta al medio externo en el que se encuentran.

2. Los sistemas biológicos son inmensamente complejos, y como mucho se puede hacer una descripción aproximada de ellos y su funcionamiento. Sólo es posible desarrollar explicaciones aproximadas, que adquieren el carácter de inferencias, no de conocimiento absoluto.

3. Los sistemas biológicos tienen la capacidad de evolucionar y cambiar. A corto plazo, esto se puede observar en sistemas que pueden adaptarse (por ejemplo, el ser humano puede adaptarse a climas más fríos o calurosos), y a largo plazo en términos de selección natural, en la que se pueden realizar adaptaciones de carácter más fundamental.

4. Los sistemas biológicos tienen procesos de desarrollo e historia, y el medio en el cual se desenvuelven impacta en el fenotipo para influenciar el desarrollo del sistema.

5. En los sistemas mecánicos, las pautas de comportamiento son determinadas por el diseñador; en los sistemas biológicos las personas no determinan las pautas, sino que simplemente las observan. Esta observación en sí misma es un proceso activo, y distintos observadores pueden ver pautas distintas.

Estas diferencias apuntan hacia los temas primordiales, siendo quizás el principal el que los sistemas mecánicos son completamente determinados y predecibles, mientras que con los sistemas biológicos solamente se pueden desarrollar hipótesis o inferencias. En términos simples, los sistemas biológicos y humanos son infinitamente más complejos que los sistemas mecánicos.

### II.1.1. Desarrollo histórico de la Terapia Familiar Sistémica

De manera significativa, la emergencia de la Terapia Familiar y sus principios teórico-prácticos tuvieron su raíz en la investigación. La falla de los modelos psicoanalíticos y otros modelos psicológicos a la hora de establecer tratamientos para condiciones severas, como la esquizofrenia, llevaron a la creación de fondos de investigación para descubrir sus causas. A su vez, estas investigaciones sugirieron que la comunicación jugaba un rol fundamental en la etiología de la esquizofrenia, y esto llevó a la realización de más investigaciones en terapia con familias para poder obtener más datos (Lidz et al., 1975; Wynne et al., 1958; Haley, 1962; Bateson, 1972; en Dallos, R. y Draper, R., 2000). En un principio, el proceso terapéutico familiar era visto como una forma de investigación, que proveía una nueva y rica veta de datos sobre evidencia de tipo interaccional. Desde esta perspectiva, según Hoffman (1987), la Terapia Familiar Sistémica se podría describir como una clase de investigación de comunicaciones que enfoca las relaciones de la gente cara a cara en grupos vivos.

La Terapia Familiar Sistémica surge de una serie de desarrollos en psicología, comunicación, psicoterapia, física, matemáticas y otras disciplinas, de manera en que el todo ha sido mayor que la suma de los aportes individuales de cada área. Así, ninguna persona por sí sola puede ser acreditada como su autora o inventora. Según Dallos, R. y Draper, R. (2000), algunos de los factores que influyeron en la búsqueda de un nuevo modelo, fueron los siguientes:

- *Insatisfacción con la efectividad de la Terapia Psicoanalítica y otras terapias individuales.* Dicha insatisfacción se dio especialmente con relación a problemas clínicos graves como la esquizofrenia.

- *La aparición de la Teoría General de Sistemas como modelo y su aplicación a la investigación de la interacción humana.*
- *Investigaciones sobre el rol de la comunicación en el desarrollo y mantención de problemas clínicos no tratables como la esquizofrenia.*
- *La naciente práctica de la orientación en problemas conyugales y con relación al cuidado de los niños.* Esta práctica permitió integrar a nuevos miembros de la familia en la consulta e inició un distanciamiento del énfasis exclusivo en los tratamientos individuales.
- *El desarrollo de psicoterapias grupales.* Este nuevo formato reveló el poderoso impacto terapéutico de reunir grupos de personas para que se comuniquen acerca de sus dificultades.
- *Evidencia de que los abordajes psicoanalíticos podían incluso derivar en un aumento de los problemas.* Por ejemplo, Jackson (1975, en Dallos, R. y Draper, R., 2000) describe cómo el trabajo psicoanalítico individual con una mujer derivó en el deterioro y eventual suicidio de su esposo, dejando a la mujer en un estado de angustia considerablemente mayor que el que tenía al inicio de la terapia.
- *El foco que el trabajo intrapsíquico pone en los factores históricos.* Esta perspectiva tendía a ignorar la posible contribución de factores como las circunstancias actuales, especialmente problemas interpersonales, como conflictos que pueden contribuir al problema.
- *El reconocimiento de la resistencia.* Los acercamientos psicoanalíticos constantemente hacen referencia a este concepto al denominar a sus

pacientes como “resistentes”. Esto era visto en términos de la profundidad de las ansiedades del paciente y su consecuente mecanismo de defensa, excluyendo la posibilidad de que el cambio en la persona involucre posibles cambios en sus relaciones y los roles que los otros juegan en su vida.

- *Consideraciones de costo-beneficio.* Quizás una de las críticas más abiertamente planteadas hacia los enfoques intrapsíquicos es que tendían a ser de larga duración, que consumían mucho tiempo y que, por lo tanto, eran muy caros.

A manera de anécdota, se cuenta que el origen de la Terapia Familiar ocurrió cuando John Bell, uno de los terapeutas familiares menos reconocidos (Dallos, R. y Draper, R., 2000) estaba de visita en la Clínica Tavistock de Londres y escuchó al pasar que John Bowlby, prominente psicoanalista e investigador sobre el apego en niños, estaba experimentando con terapia grupal, involucrando a toda la familia. A partir de esto, Bell asumió que Bowlby estaba llevando a cabo terapias con familias regularmente, y cuando regresó a Estados Unidos, esa idea lo inspiró para desarrollar métodos para trabajar terapéuticamente, y de manera regular, con familias (Bowen, 1991; Sánchez y Gutiérrez, 2000). El hecho es que John Bowlby sólo tuvo reuniones ocasionalmente con familias completas, las que fueron llevadas a cabo de manera conjunta a la terapia individual con el “niño problema”. De esta forma, Bell inició su “Terapia Familiar” a inicios de la década de los cincuenta, pero por diversos motivos no publicó sus trabajos sino hasta 10 años después (Bell, 1961, en Dallos, R. y Draper, R., 2000; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Foley (1974, en Ochoa de Alda, 1995), considera a Nathan 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, quien poseía una formación inicial analítica como

psiquiatra, sostenía la idea de 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 conflicto interpersonal precede al conflicto intrapsíquico, que no es sino el resultado de conflictos interpersonales interiorizados (Ochoa de Alda, 1995). Se podría decir entonces que el modelo de terapia de Ackerman tiende un puente entre los terapeutas que tenían una orientación meramente psicoanalítica y los terapeutas que empezaban a aplicar la Teoría General de Sistemas al tratamiento familiar. No obstante, es necesario señalar que Ackerman no aceptaba totalmente la orientación de esta última, porque bajo su punto de vista, la terapia “debe ir más allá de la remisión de los síntomas” (Hoffman, 1987). Como se verá más adelante, gracias al salto epistemológico que se produce por la incorporación de los conceptos de la Cibernética y la Pragmática de la Comunicación Humana al estudio de las relaciones humanas, esta crítica deja de tener sentido, pues no se considera a la Terapia Sistémica como una terapia que se dedique a remitir síntomas.

Por su parte, Murray Bowen, que al igual que Ackerman poseía una formación psiquiátrica psicoanalítica, inicia en 1954 un proyecto de investigación sobre la esquizofrenia en el Instituto Nacional de Salud Mental de Washington, en el que planteaba que la enfermedad mental del hijo esquizofrénico era resultado de un trastorno menos severo de la madre. Bowen llamó a esto la “hipótesis simbiótica”. De esta forma, en el desarrollo de sus investigaciones, 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 (Sanchez y Gutiérrez, 2000; Hoffman, 1987). Como consecuencia de esta observación, Bowen (1991) definió a la familia como un sistema que incorpora una combinación de variables emocionales (fuerzas que subyacen al funcionamiento del sistema) y relacionales (que determinan el modo en que se expresan las emociones).

Por otra parte, Gregory Bateson inicia en 1952 el Proyecto de investigación sobre la Comunicación (Ochoa de Alda, 1995). El tema de interés en este proyecto fue el de los procesos de clasificación de mensajes y por la forma en que podían dar lugar a paradojas. La paradoja es una “contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes” (Watzlawick et al., 1981, p. 173). En 1954, Bateson se asocia con Don Jackson, 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” aludía precisamente a los mensajes duales que contienen un antagonismo paradójico (Bateson, 1956, en Ochoa de Alda, 1995). La contribución de Bateson supuso para la Terapia Familiar Sistémica un distanciamiento decisivo del psicoanálisis, ya que definió la locura y otros síntomas psiquiátricos como conductas comunicativas entre las personas, y no como fenómenos intrapsíquicos.

### **II.1.2. Conceptos teóricos básicos de la Terapia Familiar Sistémica**

Como se dijo anteriormente, la Terapia Familiar Sistémica tiene como base epistemológica los desarrollos de la Teoría General de Sistemas y la Cibernética, de las cuales tomó conceptos básicos para luego utilizarlos en el campo de la terapia. Por este motivo, continuación se procederá a describir dichos conceptos.

#### **II.1.2.1. Conceptos teóricos básicos de la Teoría General de Sistemas**

Partiendo desde la biología, Ludwig von Bertalanffy (1976) planteó la necesidad de construir una teoría general de sistemas con el propósito de resolver las dificultades que encontraban las ciencias biológicas para explicar los

fenómenos biológicos mediante un método reduccionista. Muy pronto, von Bertalanffy descubrió que los problemas que enfrentaba en el campo de la biología eran semejantes a los encontrados por otros científicos en distintas áreas del conocimiento. A partir de ello, formuló una proposición que constituyó una invitación a construir “una teoría lógico-matemática que se propone formular y derivar aquellos principios generales aplicables a todos los sistemas” (1984, p. 34, en Rodríguez y Arnold, 1991). Dicha iniciativa encontró terreno fértil en diversos científicos que compartían su interés por encontrar una alternativa a la explicación reduccionista. Fue así como después de la Segunda Guerra Mundial se creó la Sociedad para la Investigación de Sistemas Generales, cuyo programa se refería a los siguientes temas (von Bertalanffy, 1976, p. 14):

- Investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos en varios campos, y promover transferencias útiles de un campo a otro.
- Favorecer el desarrollo de modelos teóricos adecuados en aquellos campos que carecen de ellos.
- Reducir en lo posible la duplicación del esfuerzo teórico en campos distintos.
- Promover la unidad de la ciencia mejorando la comunicación entre los especialistas.

Von Bertalanffy estaba consciente de que el carácter radical de su perspectiva involucraba un cambio de paradigmas en la ciencia, y afirmaba que este cambio consistía en el paso del reduccionismo cartesiano a la comprensión holística de un todo que es más que la suma de sus partes (Rodríguez y Arnold, 1991). Sin embargo, esto no significaba simplemente revivir la antigua concepción aristotélica, donde se pierde de vista la relación entre el sistema y su entorno; su conceptualización se refería a un modelo de sistema abierto, en un proceso de intercambio constante con este entorno.

Entre las características más importantes de los sistemas abiertos se encuentran las siguientes (von Bertalanffy, 1976; Arnold y Osorio, 1998):

- *Sinergia o totalidad*: Todo sistema es sinérgico en tanto el examen de sus partes en forma aislada no puede explicar o predecir su comportamiento. La sinergia es, en consecuencia, un fenómeno que surge de las interacciones entre las partes o componentes de un sistema. Este concepto responde al postulado aristotélico que dice que "el todo no es igual a la suma de sus partes". La totalidad es la conservación del todo en la acción recíproca de las partes componentes (teleología). En términos menos esencialistas, podría señalarse que la sinergia es la propiedad común a todas aquellas cosas que se observan como sistemas.

- *Interrelaciones*: Las relaciones internas y externas de los sistemas han tomado diversas denominaciones. Entre otras: efectos recíprocos, interrelaciones, organización, comunicaciones, flujos, prestaciones, asociaciones, intercambios, interdependencias, coherencias, etcétera. Las relaciones entre los elementos de un sistema y su ambiente son de vital importancia para la comprensión del comportamiento de sistemas vivos. Las relaciones pueden ser recíprocas (circularidad) o unidireccionales. Presentadas en un momento del sistema, las relaciones pueden ser observadas como una red estructurada bajo el esquema input/output.

- *Equifinalidad*: Se refiere al hecho que un sistema vivo a partir de distintas condiciones iniciales y por distintos caminos llega a un mismo estado final. El fin se refiere a la mantención de un estado de equilibrio fluyente. "Puede alcanzarse el mismo estado final, la misma meta, partiendo de diferentes condiciones iniciales y siguiendo distintos itinerarios en los procesos organísmicos" (von Bertalanffy, 1976, p. 137). El proceso inverso se denomina

multifinalidad, es decir, "condiciones iniciales similares pueden llevar a estados finales diferentes" (Buckley, 1970, en Arnold y Osorio, 1998).

- *Diferenciación*: El desarrollo de un sistema se entiende como especialización funcional, es decir, como un proceso de elaboración de partes. En los procesos diferenciadores, las pautas globales difusas se reemplazan por funciones especializadas. Según von Bertalanffy (1976), originalmente los sistemas están formados por partes que potencialmente pueden asumir múltiples funciones. Durante el desarrollo surge, a partir de la interacción dinámica de los componentes, un cierto orden que impone restricciones y especialización a estas partes del sistema, con lo cual las partes especializadas pierden su potencialidad multifuncional.

- *Negentropía*: Los sistemas vivos son capaces de conservar estados de organización improbables (entropía). Este fenómeno aparentemente contradictorio se explica porque los sistemas abiertos pueden importar energía extra para mantener sus estados estables de organización e incluso desarrollar niveles más altos de improbabilidad. La negentropía, entonces, se refiere a la energía que el sistema importa del ambiente para mantener su organización y sobrevivir (Johannsen, 1975, en Arnold y Osorio, 1998).

La diferencia central entre la epistemología sistémica, propuesta por Von Bertalanffy, y la del positivismo lógico o del empirismo (que imperaba en el mundo científico), no se encuentra en la actitud científica (que para ambos es la misma), sino en que la epistemología sistémica tenía una visión perspectivista. En ella, no se trataba de descomponer lo observado en sus elementos básicos ni de buscar explicaciones en términos de causalidad lineal, sino de la comprensión de todos organizados de muchas variables. Una perspectiva no acapara todo el conocimiento, es una de las formas creadas por el hombre para relacionarse con el mundo al que está adaptado (Arnold y Rodríguez, 1990).

Para von Bertalanffy (1976), una de las consecuencias de la perspectiva sistémica radicaba en la importancia que desde ella adquirirían los símbolos, valores, y entidades sociales y culturales. Si la realidad está formada por todos organizados, el valor que podían adquirir dichos elementos simbólicos era muy distinto a si se piensa que la realidad está formada por un conjunto de partículas físicas gobernadas por sucesos aleatorios, como última y única verdad. En efecto, en la perspectiva sistémica descubre el punto de encuentro entre las ciencias y las humanidades, la tecnología y la historia, las ciencias naturales y del espíritu (Rodríguez y Arnold, 1991):

Una de las corrientes de investigación que mayores aportes hizo, y que incluso llegó a ser en gran parte indiferenciable de la Teoría General de Sistemas, fue la Cibernética.

#### **II.1.2.2. Conceptos teóricos básicos de la Cibernética**

El concepto *cibernética* fue introducido al lenguaje científico por el matemático y filósofo Norbert Wiener (1954), quien a su vez lo extrajo del término griego *kybernetes*, que significa “el arte de gobernar” o “el arte del timonel” (Keeney, 1987; Ceberio y Watzlawick, 1998). Según Keeney (1987), si la palabra designa tanto el hecho de comandar una nave como el de ejercer el control social, esto nos revela que la Cibernética se ocupa tanto de los seres humanos como de las máquinas que ellos mismos crean. Según el mismo Wiener (1954), el término cibernética comprende a todo el campo cubierto por la teoría del control y la comunicación, tanto en máquinas como en animales.

Fue en 1943 cuando aparecieron dos artículos que podrían considerarse como el nacimiento de la Cibernética. Uno de ellos se titulaba *Conducta, finalidad y teleología*, y en él sus autores, Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener y Julian

Bigelow, desarrollaron el concepto de finalidad e intencionalidad. El otro, *Cálculo lógico infinitesimal de las ideas inmanentes en la actividad nerviosa*, de Warren McCulloch y Walter Pitts, reveló el tipo de funciones que todo cerebro debe computar con el objetivo de percibir y describir. Estos escritos intentaban discernir las pautas de organización que subyacen tanto a la conducta intencional o teleológica como a la percepción, respectivamente (Ceberio y Waztlawick, 1998).

La preocupación expresada por el propio Wiener en la obra que fundó la cibernética (Wiener, 1948. En Rodríguez y Arnold, 1991), consiste en que la especialización experimentada por la ciencia había conducido a que hubiera ciertos campos explorados desde diferentes ángulos por la matemática, la ingeniería, la neurofisiología, etc. El problema consistía en que cada aspecto recibía un nombre distinto en las diferentes disciplinas, con lo cual el trabajo se cuadruplicaba, en tanto que habían tareas importantes que no se podían abordar porque quienes se interesaban en hacerlo no disponían de la información acerca de materias que tal vez ya habían sido suficientemente investigadas por otra disciplina.

Wiener conectó el origen de la Cibernética con la preocupación de Gibbs respecto de la entropía, a la tendencia mostrada por el universo de pasar de estados menos probables a estados más probables, de un estado de organización y diferenciación a otros de caos e identidad (Wiener, 1954). Es en esta conexión con la entropía donde Wiener encontró la relación entre comunicación y control: "En las comunicaciones y en la regulación luchamos siempre contra la tendencia de la naturaleza a degradar lo organizado y a destruir lo que tiene sentido, la misma tendencia de la entropía a aumentar, como lo demostró Gibbs" (Wiener, 1958, p. 17, en Rodríguez y Arnold, 1991).

La relación del hombre con su entorno considera en sus aspectos centrales los

procesos de regulación y de comunicación. La información se intercambia con el mundo externo, tanto para ajustarse al entorno como para hacer que éste se acomode a las personas. Pero la información también se encuentra sometida a alteraciones. Es una forma de organización, y como tal está expuesta a la entropía. El hombre, los animales y algunas máquinas pueden detener esta tendencia hacia la desorganización, es decir, deben ser capaces de oponerse temporalmente a la entropía. Para estos efectos, Wiener manifestó que tanto el ser vivo en su funcionamiento físico como algunas máquinas modernas hacen uso de la retroalimentación para regular la tendencia entrópica (Wiener, 1954).

Según Wiener, Rosenblueth y Cannon, el concepto de retroalimentación sería la clave de la explicación de todo comportamiento intencional (Ceberio y Watzlawick, 1998), y sería el nódulo central de las ciencias de la comunicación.

De esta manera, la idea básica de la Cibernética sería la de retroalimentación, que Wiener definió como:

“[...] un método para controlar un sistema, reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si estos datos son utilizados meramente como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, tenemos la retroalimentación simple de las técnicas de control. Pero si esta información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje “(Wiener, 1954, p. 84).

Por lo tanto, la acción de corregir la desviación se pone en movimiento por la diferencia, tal como lo definió Bateson (en Ceberio y Watzlawick, 1998), con lo que es posible entender todo cambio como la necesidad de mantener cierta regularidad y esta misma, a su vez, podrá mantenerse a través del cambio.

De lo anteriormente expuesto, se podría desprender que Wiener mantiene una posición cercana a la de von Bertalanffy, en el sentido que las máquinas cibernéticas serían sistemas abiertos que reciben información de parte del entorno y que actuarían sobre éste. Además, se puede encontrar en su formulación un antecedente de la teoría de Maturana y Varela respecto de la organización y la importancia de la estructura en las posibilidades de actuación y desarrollo de los sistemas.

Desde un punto de vista epistemológico, la Cibernética sustenta un modelo de causalidad circular (Ceberio y Watzlawick, 1998; Keeney, 1987; Rodríguez y Arnold, 1991). Los mecanismos de retroalimentación permiten que el sistema se autodirija, se autorregule, que mantenga homeostáticamente algunas variables constantes, mientras puede variar, morfogénicamente, otras.

Keeney (1987) muestra la aplicación del concepto de retroalimentación en la Terapia Familiar Sistémica, cuando dice que el objetivo del terapeuta es activar el orden del proceso de retroalimentación que permita a la ecología perturbada, autocorregirse.

## **II.2. Principales Modelos en Terapia Familiar Sistémica**

A partir del año 1965, surgen en diversos lugares del mundo (Estados Unidos, Italia, Inglaterra, Alemania y Nueva Zelanda), investigadores y clínicos que tienen como denominador común el observar a la familia como un sistema, y que difieren básicamente en la focalización y el énfasis en la forma de abordar la problemática familiar. Este surgimiento de la terapia familiar a partir de varios focos, poco conectados entre sí y sin un corpus teórico compartido, hizo que durante los primeros años de expansión de la disciplina surgieran un elevado número de escuelas (Rodríguez Morejón y Beyebach, 1994). De las escuelas

emergentes, llamadas también modelos intermedios (Coddou, 1992), se pueden mencionar las siguientes:

### **II.2.1. Modelo MRI**

Don Jackson, quien intervino como consultor en el Proyecto de Investigación sobre la Comunicación de Gregory Bateson, fundó en 1959 el Mental Research Institute (MRI) en Palo Alto, Estados Unidos. El grupo inicial estaba compuesto por Don Jackson, Jules Riskin y Virginia Satir. En 1961 se incorporó Paul Watzlawick, y cuando finalizó el Proyecto de Bateson, se unieron Jay Haley y John Weakland (Ochoa de Alda, 1995; Hoffman, 1987). Con el tiempo, la mayoría de los integrantes del MRI se sintieron sumamente atraídos por el enfoque pragmático que Milton Erickson hacía de la terapia. Esto llevó a Don Jackson a crear el Proyecto de Terapia Breve, bajo la dirección de Richard Fisch, y contando con la participación de A. Bodin, J. Haley, P. Watzlawick y J. Weakland. Como resultado, surgió una aproximación activa hacia la terapia, centrada en el síntoma presente y limitada a diez sesiones (Nichols y Schwartz, 2004).

Este enfoque, conocido como el Modelo MRI, fue descrito por Watzlawick, Weakland y Fisch (1976) en *Cambio*, y posteriormente en *La Táctica del Cambio* (Fisch, Weakland y Segal, 1984). 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, generando escaladas de retroalimentación positiva (Watzlawick et al., 1976). Estos autores 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 motivan

la consulta. Con este fin, desarrollaron un procedimiento terapéutico de seis pasos:

1. Introducción a la organización del tratamiento terapéutico.
2. Indagación y definición del problema.
3. Estimación de la conducta que mantiene el problema.
4. Establecimiento de las metas del tratamiento.
5. Selección y formulación de intervenciones conductuales.
6. Cierre.

En este modelo, al llegar a terapia, los clientes llenan un protocolo con información demográfica. Después, el terapeuta les explica que las sesiones serán grabadas, y que habrá varios terapeutas detrás del espejo unidireccional (Cámara de Gessell), destacando las ventajas de que haya varios profesionales involucrados en el caso. Asimismo, el terapeuta explica que el tratamiento no llevará más de diez sesiones, creando en los clientes una poderosa expectativa de cambio. Una vez que las conversaciones preliminares han concluido, el terapeuta pide a los clientes una definición clara del problema que los aqueja. El grupo del MRI cree que para lograr un cambio terapéutico, los clientes deben ser capaces de establecer un problema principal. En caso de que no sea así, el terapeuta deberá ayudar a traducir los mensajes vagos o poco claros de los clientes en una meta clara y concreta. Para esto, se realizan preguntas como ¿cuál sería la primera señal de que la situación ha mejorado? Cuando el problema y las metas han sido definidos claramente y en términos de conductas concretas, el terapeuta indaga sobre los intentos de solución realizados por la familia.

Según Watzlawick et al. (1976), en general, los intentos de solución que tienden a perpetuar o exacerbar los problemas calzan en una de las siguientes categorías:

1. La solución es simplemente negar que el problema existe.
2. La solución es un esfuerzo por resolver algo que en realidad no es un problema.
3. La solución es un intento por resolver un problema que, dentro de un marco de referencia específico, es imposible de resolver.

Para cada una de estas tres clases de intentos de solución se diseñó una estrategia terapéutica distinta. Una vez que el terapeuta ha concebido una estrategia para cambiar las pautas conductuales que mantienen el problema, debe asegurarse de que los clientes estén convencidos de la importancia de seguir esta estrategia. Para esto, el terapeuta MRI reencuadra el problema, es decir, le otorga a las conductas problemáticas un nuevo significado.

En ocasiones, los terapeutas MRI utilizan intervenciones paradójicas con el fin de cambiar las secuencias que mantienen los problemas. Así, intentan que los miembros de la familia realicen o creen cosas que van en contra del sentido común. El nombre de este tipo de intervención se debe a que al emplear esta técnica puede parecer paradójico que se pida a las personas hacer algo que va en clara contraposición con las metas de la terapia, para lograr las mismas (Haley, 1980 a; Watzlawick et al., 1976).

El modelo MRI es minimalista con respecto a las metas de la terapia (Nichols y Schwartz, 1995). Una vez que el problema definido por la familia ha sido resuelto satisfactoriamente, la terapia finaliza. Aún cuando desde la perspectiva del terapeuta existan otros problemas, si la familia no pide ayuda, no serán tomados en cuenta. Los terapeutas MRI justifican esta posición minimalista argumentando que, ya que ellos tratan con familias que se han quedado atascadas en un modo de funcionamiento, más que familias enfermas, su trabajo consiste simplemente en ayudar a la familia a "desatascarse", y no en cambiar sus personalidades o estructuras familiares.

Los terapeutas del MRI se enorgullecen de ayudar a las familias a definir metas claras y alcanzables, de manera que todos sepan cuándo y con cuánto éxito el tratamiento ha concluido. Al mismo tiempo, el definir metas claras y alcanzables ayuda a los clientes a deshacerse de las metas utópicas con las que frecuentemente llegan a terapia, disminuyendo así su sensación de frustración y desesperanza.

### **II.2.2. Modelo Estructural**

Este enfoque fundamenta su quehacer en la distinción de una estructura familiar, esto es, “un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia” (Umbargen, 1983. En Greve *et al.*, 1994). Las interacciones repetidas establecen pautas o patrones transaccionales, las que determinan cómo, cuándo y con quién se relacionan los distintos individuos. La conducta de los miembros familiares es regulada por dichas pautas transaccionales y mantenida por dos sistemas de coacción: uno genérico, que implica reglas universales que gobiernan la organización familiar, y otro idiosincrásico, que implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia.

Desde este modelo, un sistema se compone de subsistemas entre los que existen límites que tienen como objetivo proteger la diferenciación del sistema y facilitar la integración de sus miembros en él. Los límites o fronteras familiares internas son identificables por las distintas reglas de conducta aplicables a los distintos subsistemas familiares, y varían en cuanto a su grado de permeabilidad, pudiendo ser difusos, rígidos o claros. Así, límites difusos son aquellos que resultan difíciles de determinar, límites rígidos son aquellos que resultan difíciles de alterar en un momento dado y límites claros son aquellos

que resultan definibles y a la vez modificables. Se considera que estos últimos comportan una adaptación ideal (Greve *et al.*, 1994).

Según Minuchin (1988), un concepto fundamental para este modelo es el de tríada rígida, el que se refiere a las configuraciones relacionales paterno-filiales en las que el hijo se usa rígidamente para desviar o evitar los conflictos parentales. De esta forma, se pueden dar tres configuraciones de tríada rígida: (A) Triangulación: cada uno de los cónyuges trata de obtener el respaldo del hijo en su conflicto con el otro. (B) Coalición: Uno de los progenitores respalda al hijo en un conflicto planteado entre éste y el otro progenitor; esta situación tiene el efecto de crear un vínculo entre el progenitor defensor y el hijo para ir en contra del otro cónyuge. (C) La desviación de conflictos, que se produce cuando se define a un hijo como "malo" y los padres, a pesar de sus diferencias mutuas en otros aspectos, se unen en su esfuerzo para controlarlo o cuando se le define como "enfermo" y se unen para cuidarlo y protegerlo.

Desde esta perspectiva, se concibe una familia normal como aquella que se adapta a las circunstancias cambiantes, de tal manera que permite mantener una continuidad y asegurar la pertenencia y crecimiento psicosocial de cada uno de sus miembros. Así, la estructura familiar puede ser funcional para un determinado momento del desarrollo o contexto, y dejar de serlo en otro.

El postulado central de este enfoque, respecto del cambio terapéutico, es que la transformación de la estructura del grupo familiar inevitablemente produce una modificación de las posiciones de los miembros del grupo y consecuentemente de las experiencias de cada uno de ellos. Por lo tanto, la terapia sustentada en estas ideas busca modificar la organización familiar basándose para ello en tres axiomas fundamentales (Minuchin, 1988):

- 1) La vida psíquica de un individuo no es enteramente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por éste en recurrentes secuencias de interacción.
- 2) Cambios en la estructura de una familia contribuyen a cambios en la conducta y en los procesos psicológicos internos de los miembros de ese sistema.
- 3) El terapeuta, al trabajar con un individuo o con su familia, se convierte en parte del contexto. Por lo tanto, terapeuta y familia forman un nuevo sistema, el sistema terapéutico.

### **II.2.3. Modelo Estratégico**

Este modelo, desarrollado por Jay Haley y Cloë Madanes es, en gran medida, una mezcla entre el modelo MRI y el modelo estructural de Minuchin (Nichols y Schwartz, 1995). Luego de varios años de trabajo en Palo Alto, en 1967, Haley dejó el MRI para unirse a Minuchin y Braulio Montalvo en la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia. A principios de los años setenta, Haley se traslada a Washington D.C. para formar parte de la Escuela de Medicina de la Universidad de Maryland. Por su parte, Cloe Madanes, conocida como una de las terapeutas familiares más creativas, también había empezado su carrera en el MRI, en el año 1966. En 1971 fue contratada en la Clínica de Orientación Familiar de Filadelfia, donde trabajó junto a Haley, Minuchin y Montalvo. En 1974, Haley y Madanes crean el Instituto de Terapia Familiar de Washington, que con los años ha llegado a ser uno de los principales centros de formación en terapia familiar en los Estados Unidos.

Haley (1980 b) propone que, para que una terapia finalice bien, debe empezar

bien. Por lo tanto presta mucha atención a las primeras etapas del tratamiento. De esta manera, sin importar quien sea presentado como "el paciente", Haley empieza entrevistando a toda la familia, o en su defecto, al mayor número de miembros de la familia que puedan asistir a la sesión. La manera de efectuar la primera entrevista es muy estructurada, y por lo general contiene cuatro etapas: social, identificación del problema, interacción y establecimiento de metas. Estas cuatro etapas, que tenían instrucciones muy definidas y precisas, proveyeron de un marco seguro en el cual generaciones de terapeutas en formación encontraron respuestas claras para abordar la primera sesión de terapia (Nichols y Schwartz, 1995).

Por lo general, Haley finalizaba la primera entrevista pidiéndole a la familia que realizara una tarea durante los días previos a la siguiente sesión. Durante las sesiones subsiguientes, se utilizaban fundamentalmente las prescripciones. Para que éstas fueran efectivas, no debían ser simples consejos, ya que como Haley (1980 b) plantea, los consejos generalmente no ayudan, pues las personas no tienen control racional sobre las cosas que hacen. Entonces, lo que el terapeuta tiene que hacer es investigar sobre los intentos de solución que la familia ha realizado, y que no han funcionado. Para persuadir a los miembros de la familia para que lleven a cabo una tarea, deben estar convencidos de que a cada uno le servirá de algo el cooperar con el terapeuta. También deben verse a sí mismos con la competencia necesaria como para realizar algo nuevo, por lo que se aconseja que el terapeuta encuentre la manera de incrementar sus autoconceptos (Madanes, 1984).

En términos generales, desde una visión estratégica se deben investigar las secuencias de conductas que generan el problema, y luego se deben entregar prescripciones que permitan cambiar dichas secuencias. Tanto Haley como Madanes se interesan primariamente en las secuencias que tienen relación con la jerarquía familiar, sin embargo, a diferencia de Haley, las prescripciones de

Madanes apuntan generalmente a lograr establecer una nueva estructura, que les permita a los padres y a sus hijos disfrutar de nuevas oportunidades. Para Haley, las prescripciones apuntan a que los padres retomen el control a través de juegos de poder. Ésta preferencia se ve claramente ilustrada en las estrategias que recomienda a los padres con hijos problemáticos en su libro "Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar" (1992). Allí, sugiere a los padres que dejen de lado sus resentimientos personales y colaboren en la planificación e implementación de un régimen de disciplina altamente estructurado y autoritario para sus hijos adolescentes, hasta que éstos vuelvan a su conducta normal. Haley (1992) sugiere que, al forzar a los padres a cooperar por el bien de sus hijos, interrumpe la pauta en la que la tensión de sus propios conflictos maritales precipita el comportamiento disruptivo de los hijos, con el fin de distraerlos de sus problemas.

Posteriormente, Madanes (1993) desarrolló un sistema de clasificación de las familias, en el que se especifica el tipo de técnicas estratégicas que se debe usar con cada una de ellas. Además, desarrolló un modelo de dieciséis pasos para la reparación de familias en las que ha habido un abuso sexual.

En el trabajo que actualmente realizan Haley y Madanes, llamado humanismo estratégico, se siguen utilizando prescripciones basadas en las hipótesis que el terapeuta genera. Al hacer esto, queda en evidencia que el humanismo estratégico no se ha visto influido por las tendencias recientes hacia acercamientos más colaborativos entre el terapeuta y los clientes. Sin embargo, las prescripciones que formulan están dirigidas más hacia el fortalecimiento de las habilidades para calmar, aliviar y amar, que hacia una pelea por el control. Esto representa un cambio significativo, y está en concordancia con el alejamiento de la terapia familiar de una visión de jerarquías, hacia una visión de trabajo por el aumento de la armonía entre los miembros de la familia. La expresión de emociones como el arrepentimiento, el pesar, el amor y la empatía

cobra mayor fuerza en esta nueva forma de terapia estratégica que la que tenía en su versión original. El terapeuta estratégico también se ha humanizado en esta nueva revisión, entregando igual importancia a la formulación de prescripciones efectivas como a la expresión de empatía hacia los clientes.

#### **II.2.4. Modelo de Milán**

Este enfoque parece ser el método terapéutico que más se adhiere a las ideas sistémicas de Bateson, y especialmente al concepto de causalidad circular (Selvini, 1990). Es también considerado por algunos autores como un modelo estratégico, ya que comparte con éstos el hecho que el terapeuta inicia, participa activamente y se hace cargo de lo que va a acontecer con la terapia, planeando intervenciones específicas de acuerdo al problema planteado por la familia (Nichols y Schwartz, 2004).

Este modelo concibe el comportamiento sintomático como parte de un patrón interaccional propio del sistema en el cual se da, de manera que la forma para eliminar el síntoma sería cambiar las reglas. Por lo tanto, el objetivo de la terapia es modificar el conjunto de creencias respecto de un tema, basándose en la premisa que si se modifican éstas, se modificarán las pautas de interacción.

De esta manera, se busca descubrir las reglas y mitos que sustentan el patrón disfuncional de relación que se da entre los miembros de la familia. En otras palabras, el foco de análisis de este modelo son los significados y explicaciones que la familia atribuye al problema; esto es, por qué apareció, cómo se mantiene y cuáles son las motivaciones de los miembros para comportarse como lo hacen (Casabianca y Hirsch, 1992).

Originalmente, este enfoque se preocupaba de los juegos de poder que se daban al interior de la familia y de la función protectora del síntoma para los miembros de ésta. Usaban la resistencia de la familia como desafío para el cambio, connotando positivamente las relaciones, aparentemente negativas, entre los miembros de la familia y prescribiendo paradójicamente su continuación durante algún tiempo hasta que la familia estuviese preparada para cambiar.

Posteriormente, el grupo comienza a diferenciar el nivel de significado de las conductas y a tomar en cuenta todo el contexto donde se relaciona la familia, y en el cual se da el problema. De esta forma, se conciben las intervenciones como perturbaciones que gatillan cambios en el sistema, con lo cual se vuelven menos directivos, enfatizando la neutralidad del terapeuta, la hipótesis sistémica (inclusión de todos los miembros de la familia y del contexto para descubrir las causas circulares de las configuraciones interaccionales de ésta) y la circularidad al formular las preguntas (técnica de entrevista basada en patrones circulares con el propósito de recolectar información acerca del conjunto de modalidades relacionales con que funciona la familia) (Hoffman, 1987).

Los representantes de este grupo fueron conocidos como el Grupo de Milán, el cual estaba formado originalmente por Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata (Palazzoli, 1990). En 1980 el Grupo de Milán se separó, quedando Palazzoli y Prata con un enfoque principalmente centrado en la investigación, mientras que Cecchin y Boscolo se preocuparon más del entrenamiento en psicoterapia. Éstos últimos formaron en 1981 el Centro Milanés de Terapia Familiar, y Palazzoli y Prata fundaron en 1982 el Nuevo Centro para el Estudio de la Familia.

## II.2.5. Modelo Orientado a las Soluciones

La Terapia Orientada hacia las Soluciones desarrollada por Steve de Shazer y Bill O'Hanlon, tiene sus raíces en la Terapia Breve Orientada hacia la Resolución de Problemas desarrollada por el MRI, las investigaciones sobre la comunicación de Bateson, la aproximación no convencional hacia la terapia de Milton Erickson y las ideas de von Foerster sobre el constructivismo, aunque en la actualidad se encuentra más cercana a enfoques colaborativos postmodernos como la Terapia Narrativa de White y Epston y la Terapia Justa (Just Therapy) de Waldegrave (Lethem, 2002).

Según Nichols y Schwartz (2004), el trabajo que realizaron Cecchin y Boscolo luego de la separación del Grupo de Milán permitió la emergencia de este modelo y del Modelo Centrado en las Narrativas (que se describe más adelante), ya que se centraron en los cambios a nivel de los sistemas de creencias familiares a través de un proceso de conversación (realizando preguntas).

Desde esta perspectiva, esencialmente interaccional, se pone énfasis en la honestidad y la colaboración entre el terapeuta y el cliente. Con esta mirada, las preguntas que se hacen en terapia están diseñadas de manera de elicitar información acerca de las interacciones entre sujetos significativos. Por ejemplo, "¿qué crees que a tu madre le gustaría lograr con esta reunión? ¿Qué crees tú que ella espera que tú lograras con esta reunión? De esta manera, el terapeuta logra tener una perspectiva interaccional aunque trabaje con individuos separados, toda una familia o todo un equipo de trabajo. Además, se sitúan las preocupaciones y deseos de los clientes en el contexto de sus relaciones con los otros.

Según O'Hanlon y Weiner-Davis (1990), los terapeutas centrados en las soluciones mantienen aquellas presuposiciones acerca de su operar que aumentan la cooperación cliente-terapeuta, fortalecen a los clientes y hacen más eficaz y agradable el trabajo terapéutico. Así, mantienen premisas que se centran en los recursos y las posibilidades:

- Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.
- El cambio es constante.
- El objetivo del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
- Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.
- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.
- Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.
- Los clientes definen los objetivos.
- El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.
- No hay una única forma "correcta" de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.
- Hay que centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.

En la Terapia Orientada hacia las Soluciones, se le pregunta al cliente sobre cambios que han ocurrido, previos a la sesión de terapia, con el fin de que el terapeuta pueda iniciar una conversación que trate sobre las evidencias de posibles soluciones existentes y ayudar al cliente a percibir la evidencia de que el cambio es posible. El conversar sin hacer referencia a los problemas representa una oportunidad para que el terapeuta y el cliente se centren en

aspectos de la vida del cliente que no tienen relación directa con la dificultad que lo llevó a buscar ayuda. El terapeuta explora aspectos que el cliente desea que continúen en su vida, sin que tengan relación con la dificultad actual. De esta manera, se logra obtener una visión más integral del cliente y las situaciones en las que se desenvuelve (Lethem, 2002), mostrando claramente que las personas son más que los problemas que presentan.

Este modelo de terapia establece metas para distintas etapas del proceso terapéutico, y es frecuente que se le pregunte al cliente sobre lo que le gustaría conversar en la sesión para sentir que ésta ha valido la pena. Los problemas y su historia no son explorados con detalle, aunque el reconocimiento de éstos y sus consecuencias son importantes para muchos clientes. Es por esto que es de vital importancia que en el proceso de establecer rapport el terapeuta deje claro que, aunque se centre durante casi toda la sesión en las fortalezas y logros, ha entendido realmente cuán seria es para el cliente la situación por la que atraviesa.

Con respecto a las técnicas terapéuticas, este enfoque utiliza principalmente la llamada "Pregunta del Milagro" y las "Preguntas de Escala", además de preguntar siempre por las "excepciones al problema" (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990; Lethem, 2002).

La Pregunta del Milagro se formula para que el cliente pueda visualizar un futuro sin la dificultad que lo aqueja: "Suponga que esta noche, mientras duerme, ocurre un milagro y el problema que lo ha tenido preocupado desaparece... ¿Qué vería usted mañana por la mañana que le permitiría darse cuenta de que ocurrió el milagro? ¿Qué haría usted de manera distinta? ¿Qué notarían distinto en usted las otras personas?" Según O'Hanlon y Weiner-Davis (1990), tener esta información le permite además al terapeuta poder saber hacia que dirección quiere ir el cliente.

Las Preguntas de Escala son útiles para establecer metas. Por ejemplo, “en una escala de 0 a 10, donde 0 representa los peores momentos, y 10 es un día realmente bueno, ¿Dónde diría que está usted hoy?”

Hacia el final de cada sesión se hace una pausa en la que, si ha habido algún colega o equipo presente, el terapeuta recoge sus impresiones acerca de la sesión. Luego, le hace una devolución al cliente en la que reconoce las fortalezas, recursos y los cambios que haya realizado. Además, se realiza un intento por formular las dificultades de una manera no patológica y sin buscar culpables. También se pueden entregar tareas, las que generalmente se plantean de manera que el cliente se de cuenta de que ya ha estado haciendo algo, y que tiene que seguir el mismo camino que lo ha llevado a pequeños éxitos parciales para solucionar sus dificultades.

#### **II.2.6. Modelos Post-Milán.**

El modelo Post-Milán, desarrollado a partir del trabajo realizado por Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin en el Centro Milanés de Terapia Familiar, surge de lo que originalmente fue el modelo desarrollado por el Grupo de Milán. Luego de la separación de este último, a principios de la década de los ochenta, Boscolo y Cecchin se dedicaron al perfeccionamiento del modelo terapéutico que habían venido desarrollando a lo largo de los últimos años. Sin embargo, su operar se vio fuertemente influenciado por tres fenómenos que pusieron en duda la ideología prevalente en terapia familiar, y que finalmente cambiaron el enfoque de este grupo de terapeutas (Campbell, 1999).

El primero de los fenómenos fue la aparición, y su consecuente impacto, del constructivismo y del construccionismo social, que llevó a una visión en la que el terapeuta ya no estaba buscando una “verdad” acerca de las relaciones

familiares o de los procesos dinámicos subyacentes, sino que estaba construyendo varias "realidades" a través de la interacción con la familia. El proceso de generar hipótesis, en vez de ser visto como una oportunidad para especular acerca de lo que "realmente estaba pasando", se convirtió en una oportunidad para debatir distintas ideas con el fin de estimular la habilidad del terapeuta para generar conversaciones interactivas y terapéuticas.

Desde una mirada filosófica, el constructivismo, que propone que el observador ve el mundo a través de sus propios constructos, causó revuelo en el campo de la terapia familiar, pues revivió el viejo debate acerca de lo que realmente existe en ausencia de un observador. Pero el construccionismo social, que cambia el foco desde el individuo hacia la manera en que los constructos son creados en la interacción, provocó otro cambio en el debate, alejándolo de los argumentos filosóficos y llevándolo hacia temas más relevantes para el campo de la terapia familiar (Burr, 1995, en Campbell, 1999). Por ejemplo, los terapeutas familiares encuentran que el construccionismo social es una herramienta poderosa, pues los insta a mirar las "realidades" clínicas, tales como los diagnósticos, los conceptos de self y los roles familiares como productos de una interacción social que atraviesa varios niveles, desde lo cultural y social hasta lo familiar e individual.

De manera paralela, la visión tradicional de la familia como un sistema interactuante o cibernético que podía ser observado "desde afuera" por el terapeuta, fue reemplazada por la llamada Cibernética de Segundo Orden (von Foerster, 1996). Esto es, el observador, en este caso el terapeuta, forma parte del mismo sistema que está observando. Por lo tanto, el terapeuta deberá hipotetizar sobre una "familia siendo observada por un terapeuta en el contexto de una terapia familiar".

En la práctica, esto previene al terapeuta de ahondar demasiado y ahogarse en demasiados contenidos. Estas ideas son herramientas que le permiten al terapeuta no perder de vista el proceso que ocurre entre él y los clientes. También pone de manifiesto que las "realidades" que surgen en la terapia son socialmente construidas. Es decir, son relativas al contexto, temporales y negociadas a través de un proceso social de conversación. De esta manera, es más fácil para los terapeutas y las familias aceptar que a través de este mismo proceso conversacional se pueden crear nuevas realidades o constructos.

El segundo fenómeno importante proviene de las investigaciones sobre abuso sexual infantil y de la reconsideración de la posición de la mujer en los casos de violencia intrafamiliar. Por ejemplo, a medida que los casos relativos a la protección de menores fueron aumentando en la década de 1980, los terapeutas se vieron forzados a re-examinar el concepto de neutralidad terapéutica, pues estaban operando en un dominio en el que se demandaba la acción de profesionales para proteger a los niños de daños y maltratos reales. Quedaba claro que tomar una posición neutral acerca de la conducta abusiva en la familia era una manera negligente de permitir la continuación de dicha conducta. Esto aclaró el hecho de que el terapeuta, en tanto portador de los valores de una sociedad, debía privilegiar la seguridad de los miembros de la familia. Luego, una vez que los miembros están a salvo, el terapeuta puede empezar a trabajar en un nuevo dominio, en el que puede tomar una posición más "neutral" hacia los valores y comportamientos de la familia (Campbell et al., 1991, en Campbell, 1999). Entonces, la neutralidad terapéutica se refiere al intento de reconocer que todos los puntos de vista en una conversación familiar son válidos dentro de un contexto particular. Un terapeuta neutral intenta no realizar juicios, sino más bien incrementar su curiosidad sobre el contexto particular en el que puede ser validado lo que está diciendo el miembro de la familia.

De este modo, se pone énfasis en apreciar y entender el significado del comportamiento familiar en cada una de las familias, y en su propio contexto específico.

El tercer fenómeno que impactó en la forma de trabajo de Boscolo y Cecchin fue la expansión del campo de acción de la terapia sistémica, traspasando la frontera clásica del trabajo con familias, hacia el trabajo con individuos, parejas y organizaciones.

La amplia gama de ideas que este grupo de terapeutas desarrolló hizo necesario que se creara un nuevo término que denotara y conectara los nuevos desarrollos realizados, y es con este fin que surge el nombre de Post-Milán, además de establecer al mismo tiempo una diferencia con el grupo de trabajo al que pertenecían con anterioridad (Campbell, 1999). Asimismo, dejaron de llamarse "terapeutas familiares", adoptando el nombre de "terapeutas sistémicos", pues para ellos la unidad familiar era solamente una parte de un sistema más amplio que les interesaba observar.

Además, el nombre de Post-Milán se le suele dar a las escuelas que nacieron de algunos personajes de distintas partes de Europa que crearon sus propios centros a partir de sus experiencias en Milán, y de las constantes asesorías de parte de Boscolo y Cecchin. Algunos de ellos son bastante conocidos, como es el caso de White y Epton (Australia y Nueva Zelanda), Karl Tomm (Calgary), Tom Andersen (Noruega), Mony Elkaim (Bélgica), Juan Luis Linares (España) o bien Phillippe Caille (Francia). Debido a que el método que Boscolo y Cecchin desarrollaron está fundamentado en las ideas batesonianas, y debido a que Bateson compartió un legado conceptual común con los fundadores de la cibernética de segundo orden, los equipos que se fueron desarrollando aceptaron con naturalidad una perspectiva relativamente constructivista (Hoffman, 1990).

Las principales ideas en las que el grupo Post-Milán centró su trabajo terapéutico se encuentran relacionadas con el lenguaje, el poder, las narrativas, y el foco en el cambio, integrando estos temas en sus técnicas de entrevista e intervención.

Es así como se interesaron en los procesos sociales mediante los cuales se otorgan ciertos significados a determinadas palabras, notando que las palabras que las personas utilizan están siempre ligadas al tipo de relación que se establece entre dichas personas. Además, las personas forman parte de una familia, y la familia está inserta dentro de un contexto social más amplio, con el cual interactúa creando discursos sociales y siendo influida al mismo tiempo por dichos discursos (Potter, 1996).

Generalmente, un terapeuta familiar clásico diría que las personas constantemente están recreando su sentido de identidad a través de la interacción con otros y con el lenguaje, y que el sentido de un "yo" coherente se debe al hecho de que se interactúa recurrentemente con personas y conceptos lingüísticos conocidos. Sin embargo, desde esta nueva perspectiva, el lenguaje ofrece, a través del discurso social, nuevos conceptos que los individuos y las familias eligen para crear su sentido de identidad actual. Por ejemplo, se puede observar cómo el discurso social ha cambiado a lo largo del tiempo el significado de ciertos conceptos lingüísticos como "mujer atractiva" o "trabajo para hombres". Estos conceptos serían solamente material bruto a partir del cual las personas pueden construir su sentido de identidad.

Con respecto al poder, el modelo Post-Milán recoge las ideas del filósofo francés Foucault (1999), quien describe cómo el conocimiento, en cualquier campo, crea una historia dominante y una historia subyugada o alternativa, que frecuentemente no es escuchada en la sociedad. De esta manera, en niveles superiores, el discurso de la sociedad es expresado a través de debates

políticos, propaganda y publicidad, creando una noción de qué es lo que se entiende como comportamiento correcto en sociedad. Luego, esto es reforzado de manera particular en las interacciones familiares, donde los padres, que tienen mayor poder y jerarquía que los niños, delimitan el campo de acción permitido y evaluado como correcto.

En resumen, este modelo adopta una posición en la que el terapeuta está siempre atento a las narrativas propias de cada familia, individuo, pareja o sistema más amplio, integrando en el discurso las consideraciones respectivas a las diferencias de género, cultura y raza de cada sistema en particular. Pote y sus colaboradores (2003) han llamado a esta forma de acercarse al proceso terapéutico como una práctica ética y responsablemente sensible a las diferencias.

#### **II.2.7. Modelo Centrado en las Narrativas.**

El Modelo Centrado en las Narrativas se desarrolla a partir de la década de los ochentas en Australia, y sus principales autores son el trabajador social Michael White y el antropólogo David Epston. Surge dentro de la tradición del enfoque sistémico bajo la influencia de la Escuela de Palo Alto y las ideas de Gregory Bateson (White y Epston, 1993). Desde sus inicios, la terapia narrativa se ha visto enriquecida con las premisas filosóficas del construccionismo social y del postestructuralismo. También se ha apoyado en la antropología, la teoría literaria, la narrativa y la crítica social para el desarrollo de sus principales ideas, actitudes y prácticas. Ha elegido inspirarse en las disciplinas sociales, en vez de hacerlo en las ciencias exactas como la física y la matemática (White y Epston, 1993), demostrando su preferencia por el estudio de los significados, en vez de intentar la búsqueda de la "verdad" (Bruner, 1988).

La terapia narrativa adopta la narración (cuento, historia o narrativa) como una metáfora central del trabajo clínico y al hacerlo incorpora el tiempo en su análisis del fenómeno humano. Según Morgan (2000) las personas somos seres interpretativos que buscamos darle un significado a nuestras experiencias cotidianas. Hemos construido la historia de nuestras vidas ligando una serie de eventos de acuerdo a una secuencia y tratando de encontrar significados que den sentido a esta historia. Llamamos narrativa a la unión de experiencias que dan sentido a nuestra vida. Las vidas de las personas son multinarradas y las narraciones no solamente describen las vidas de las personas, sino que tienen un efecto constitutivo en la vida de la gente, es decir preescriben la vida de las personas.

Los individuos llegan a la terapia porque experimentan una dificultad o problema en sus vidas. Generalmente relatan al terapeuta los eventos para los que buscan ayuda. Además, revelan los significados que atribuyen a estos eventos. Al contar la historia problemática, seleccionan ciertos sucesos del pasado y presente, para que hagan sentido con los significados dominantes de la historia.

En la terapia narrativa se buscan nuevas narraciones con el fin de armar historias alternativas que contemplen posibilidades de cambio y soluciones. La construcción de las nuevas historias se hace con los detalles finos, entretejiendo historias con otras historias, incluyendo diversas voces, desarrollando una nueva trama, resignificando los episodios típicos y redescubriendo las características de los personajes (White, 2002).

La nueva historia se va construyendo en la conversación terapéutica y es coproducida por el terapeuta y las personas que buscan ayuda. El terapeuta contribuye con sus aportaciones a través de preguntas, reflexiones y metáforas entre otras herramientas. Las personas contribuyen al contenido de la sesión con sus conocimientos y prácticas.

Según White y Epston (1993), este modelo propone un enfoque terapéutico respetuoso, que considera a las personas como expertas en su vida. Concibe a las personas separadas de sus problemas, por lo que considera que la persona no es el problema, sino que el problema es el problema. Asume que los individuos tienen habilidades, competencias, creencias, valores, compromisos y conocimientos que les pueden ayudar a cambiar su relación con los problemas. Supone que las personas pueden ser autores de las narrativas de su propia vida y que cuando llegan a consulta, ya han hecho intentos previos para reducir la influencia del problema en sus vidas y en sus relaciones.

La terapia narrativa concibe los problemas contruidos en contextos culturales. Estos contextos incluyen relaciones de poder, raza, clase social, preferencia sexual o género. Considera que los problemas por los que las personas van a consulta, usualmente han provocado que las mismas lleguen a conclusiones pobres de su propia vida. Estas conclusiones han hecho que las personas se conciban deficientes en algún aspecto y que tengan dificultad de acceder a sus conocimientos, recursos y habilidades. Presume que los conocimientos, recursos y habilidades pueden ser evocados en las personas, con el fin de recuperar su vida aislándola de la influencia del problema. Supone que siempre hay ocasiones en la vida de las personas, en que éstas han logrado escapar de la influencia del problema. Ningún problema es totalmente efectivo en dominar la vida de las personas (White, 1994).

La terapia narrativa propone una metodología rica en prácticas, actitudes y metáforas para el tratamiento terapéutico de las personas, los grupos y las comunidades. Las prácticas clínicas consisten en la utilización de preguntas (con el fin de generar experiencias), los procesos reflexivos, el uso de documentos escritos como cartas y diplomas, las celebraciones y las "comunidades de interés" entre otras (Freedman y Combs, 1996).

Para Nichols y Schwartz (2004), otra de las ventajas de este modelo es que se ha dedicado a trabajar con problemáticas de importancia para la sociedad actual, como son la anorexia, la violencia, la vivencia de fracaso personal y las adicciones, además de las dificultades de los niños y adolescentes en sus familias. Estos problemas siempre son vistos desde una perspectiva que los ubica dentro de su contexto social, político y cultural.

En síntesis, este enfoque asume que las personas construyen historias sobre sí mismas, en las que incluyen sus problemas o enfermedades mentales y, por sobre ellas, construyen un guión que no permite el uso de los recursos necesarios para resolver los problemas. En otras palabras, crean una narrativa que no contiene una historia de sí mismo como una persona que tiene recursos y herramientas. En este contexto, el terapeuta asume que la persona si tiene los recursos necesarios como para solucionar los problemas aunque no aparezcan inicialmente o la persona no pueda acceder a ellos, ya que se encuentran cubiertos por una historia dominante de fracasos. Así, la tarea del terapeuta es buscar pequeños ejemplos de que los recursos si están presentes en la persona, y construir el proceso terapéutico basándose en ellos. Esto se puede lograr al entender los procesos por los cuales estos recursos han sido subyugados por los eventos y relaciones que ha vivido la persona, y luego construir gradualmente una narrativa alternativa que contenga los recursos y herramientas que han aparecido.

### **II.3. Hacia una integración de los modelos Post-Milán y el modelo Narrativo en terapia familiar sistémica.**

Como ya se ha mencionado, el constructivismo, en el cual se basan los modelos Post Milán, es una perspectiva epistemológica basada en la afirmación de que los seres humanos crean activamente las realidades a las que

responden (Neimeyer, 1996). Por otra parte, según el modelo Narrativo, las personas imponen narrativas socialmente constituidas (o roles) en el flujo de su experiencia y, como resultado, son tanto autores como actores de sus propias narrativas (Neimeyer y Mahoney, 1998). En otras palabras, las narrativas ofrecen el contexto (y los parámetros) para las construcciones y descripciones que las personas hacen de la experiencia. Debido a que la orientación narrativa enfatiza la manera en que las estructuras de lenguaje compartidas y los roles "puntuán" el flujo de la experiencia humana en patrones organizados y significativos, refleja un compromiso con el constructivismo, que representa un enfoque holístico para entender el conocimiento humano, puesto que enfatiza la conexión inseparable entre las dimensiones de experiencia psicológicas (construidas a nivel personal), las contextuales (construidas a nivel social) y las temporales.

En base a los desarrollos teóricos expuestos con anterioridad, y destacando que ambos modelos no son contemporáneos, sino más bien que uno antecede al otro cronológicamente, se plantean a continuación los lineamientos filosóficos generales y la posición terapéutica que comparten los modelos Post-Milán y el modelo Narrativo en Terapia Familiar Sistémica. Para esto, se realizó una integración teórica de carácter híbrido, es decir, que integra dos teorías (Feixas, 1994), en la que el énfasis se sitúa en la integración de los conceptos teóricos de los modelos (quedando las técnicas integradas en virtud de esa síntesis teórica).

- *No hay una creencia en la realidad objetiva.*

Los problemas que llevan a una familia a consultar existen, aunque principalmente en el dominio del significado. Por lo mismo, el terapeuta tiene la responsabilidad de preguntarse siempre acerca de su propio sistema de creencias y/o el del lugar donde trabaja. Aunque desde lugares distintos, esta posición implica para ambos modelos, sobre todo, la necesidad de un

ejercicio profesional estrictamente apegado a la ética. Desde el modelo narrativo, se reemplaza la visión de una realidad objetiva por la de narrativas contadas acerca de la vida, y desde una visión constructivista, se propone la imposibilidad de acceder directamente a una "realidad exterior" debido a la clausura operacional del sistema nervioso (Behncke, Maturana y Varela, 1984).

- *Cambio en el foco: de un comportamiento a historias narradas.*

Se pone énfasis en el cambio de las estructuras internas (cogniciones, creencias) al igual que las estructuras externas (conductas). Sin embargo, esto no significa que se regrese al trabajo individual. El cambio de las estructuras intrapsíquicas a los sistemas interaccionales permanece, puesto que existe un interés tanto en las áreas individuales como en las colectivas, en las premisas mantenidas recíprocamente, que no acceden fácilmente a la conciencia individual. Símbolos, sueños, historias, todos son elementos de conexión importantes en los sistemas de significados en los que el ser humano participa colectivamente.

- *El problema crea un "sistema".*

En lugar de concebir la unidad de tratamiento como un "sistema familiar", no existe una unidad de tratamiento. Lo que se ve es un grupo de personas que mantienen una conversación sobre un problema. Esta conversación se define como un tipo especial de ecología de ideas, donde algunos se quejan y otros no. Si tiene éxito la terapia, la conversación termina por ser una conversación donde se puede hablar del problema. Bajo esta perspectiva, la terapia es una narrativa o un texto. No existe el rompimiento usual entre aquellos que tratan y aquellos que son tratados, porque todos contribuyen al texto.

- *El terapeuta no adopta una metaposición.*

Si cada persona construye la realidad y las narrativas acerca de la misma, nunca se podría encontrar un lugar "allí afuera" desde donde poder observarla. Entonces, el énfasis se pone en la perspectiva. El terapeuta intenta que se entienda la realidad privada de cada uno, e intenta apoyar y comprender a cada integrante de la situación. Es decir, todos los participantes contribuyen con igual valor a la narrativa o historia.

- *El terapeuta toma el partido por todos.*

Según Hoffman (1990), la neutralidad en el sentido del modelo de Milán (ver Selvini-Palazolli *et al.*, 1980, y Cecchin, 1987 para una discusión sobre el tema), que significa que el terapeuta no toma partido por ninguna persona en particular, contiene una connotación desafortunada, pues ante situaciones como la violencia intrafamiliar, o el abuso sexual hacia menores, la neutralidad se convierte en una manera negligente de permitir la mantención de dichas situaciones. La idea entonces es que el terapeuta tiene que tomar el partido por todos, manteniendo su curiosidad (Cecchin, 1987), en un esfuerzo por encontrar el significado detrás de los actos o eventos. Por lo tanto, es posible observar toda creencia y todo comportamiento a la luz de cómo esas creencias y comportamientos han permanecido viables para el sistema determinado por el problema.

- *Hay una relativa ausencia de jerarquía.*

En ambos enfoques se concibe al grupo familiar como un experto en sí mismo y, por tanto, la familia no solo escucha las deliberaciones de los "expertos", sino que participa activamente en la disolución del problema. De esta forma, la estructura de poder que tienen la mayoría de los modelos terapéuticos deja de ser viable. Además, desde esta perspectiva parece normal el compartir creencias, prejuicios o experiencias de vida, puesto que

lo que las personas dicen o hacen sólo puede ser interpretado a la luz de la propia visión subjetiva o narrativa creada.

El desprenderse de la confortable sensación de que el mundo es algo estable y cognoscible, una entidad independiente y separada del limitado ser humano que intenta capturarla, no es más que una opción personal; una forma de entender el conocimiento que se asume aún sabiendo que hay otras maneras alternativas de analizar este fenómeno. Igualmente, elegir las analogías de la narración y la conversación para describir el conjunto de complicados intercambios que se producen en psicoterapia supone, de nuevo, quedarse con un único punto de vista cuando hay otras metáforas posibles para describir lo mismo (Rodríguez Morejón y Beyebach, 1994b). Hacer psicoterapia implica estar tomando decisiones constantemente y éstas dos son opciones básicas, pues tienen que ver con los presupuestos fundamentales que subyacen al modelo de intervención. Decidir es renunciar, porque cada vez que se opta, se abre un camino y se cierran, aunque sea temporalmente, otros muchos posibles. El conjunto de afirmaciones que se han presentado no son más que puntos de vista, opciones epistemológicas que el lector puede o no asumir. El criterio para decidir sobre un punto de vista es su utilidad terapéutica, es decir, se debería elegir aquella forma de ver las cosas que sirva para ayudar más eficazmente a las familias.

#### **II.4. Aproximaciones a la Investigación en Psicoterapia.**

El desarrollo de la investigación en el campo de la psicoterapia, ha sido a lo largo del tiempo objeto de intensos debates. En primer lugar, algunos autores consideran que la psicoterapia es, por definición, un proceso ambiguo que incluye tal fluidez y espontaneidad, que hacen que sea difícilmente medible con técnicas sistemáticas y, por ende, casi imposible que se realice cualquier

evaluación de eficacia. En segundo lugar, la investigación en psicoterapia implica una ruptura de la necesaria intimidad del tratamiento, lo cual puede alterar la evolución del proceso terapéutico (Valdivieso, 1994, en Salvo, 2003). En tercer lugar, diversos autores han mostrado que el éxito de la psicoterapia incluye múltiples variables intervinientes. Además de las propias de la persona del terapeuta y las del cliente, existen las de la interacción y las que se consideran derivadas del método terapéutico (Feixas y Miró, 1993). Incluir estos factores implica el desarrollo de múltiples criterios operacionales, así como grandes muestras de pacientes. Por último, y a diferencia de otros tipos de tratamiento, en psicoterapia el instrumento terapéutico es la propia persona que realiza la terapia, lo cual introduce un importante sesgo para la comparación de resultados.

Ante tales dificultades, han surgido varias líneas de investigación, que persiguen fines distintos y utilizan, en consecuencia, procedimientos distintos (Feixas y Miró, 1993). En concordancia con los objetivos de este trabajo, el foco se centrará en el eje de las investigaciones de procesos y resultados.

La *investigación de resultados*, derivada del método científico, intenta hacer frente a las dificultades metodológicas expuestas anteriormente. Su propósito fundamental es responder a las preguntas sobre la efectividad terapéutica (¿es efectiva la psicoterapia?), y llevar a cabo estudios comparativos (¿hay un modelo psicoterapéutico más efectivo que otro?) tanto en términos generales como circunscritos a determinados problemas humanos. En suma, esta línea de investigación considera variables dependientes referidas al resultado de la psicoterapia

Por otra parte, la *investigación de procesos* pretende responder a la pregunta de "¿qué es lo específicamente terapéutico de la psicoterapia?" mediante el análisis de cualquiera de los elementos que se dan en el contacto terapéutico.

Se trata del estudio de los microprocesos implicados en una sesión terapéutica. Se orienta, por tanto, al estudio de los procesos del cliente, las actuaciones del terapeuta y las interacciones entre ambos que producen cambio, un cambio que puede reflejarse en mayor o menor medida en el resultado final de la psicoterapia.

#### **II.4.1. La investigación de resultados.**

Como ya se ha dicho, valorar los resultados de los métodos terapéuticos conlleva varias dificultades, por diversas razones. En primer lugar, muchas terapias son de larga duración, complicadas y variables, no pudiendo definirse con precisión. En segundo lugar, definir y medir la mejoría es una tarea que el clínico la mayoría de las veces no lleva a cabo de modo cuantitativo y sistemático, dado el costo en tiempo y esfuerzo que esto conlleva. En tercer lugar, muchas veces los pacientes necesitan convencerse de que después del esfuerzo de la psicoterapia funcionan mejor. Los terapeutas contraen prejuicios muy similares.

Frente a estas y otras dificultades se han realizado diseños experimentales para objetivar al máximo las investigaciones terapéuticas, el desarrollo de la terapia y su eficacia. Asimismo, se utilizan otras estrategias para maximizar el poder de estos diseños.

##### **II.4.1.1. Estrategias de investigación de resultados: la estandarización de los tratamientos mediante el uso de manuales.**

Una de las críticas más frecuentes a los estudios comparativos es relativa a los problemas de operacionalización de las variables de los tratamientos. ¿Es el

mismo tipo de tratamiento sistémico el que practica el terapeuta sistémico A y el terapeuta sistémico B, aún admitiendo que sean de la misma tendencia o modelo? Sin duda, no pueden extraerse conclusiones acerca de la diferencia de efectos entre métodos terapéuticos sin disponer de evidencia de que los tratamientos fueron aplicados de forma mínimamente uniforme, y que incluyeron los componentes que los métodos terapéuticos estudiados consideraban esenciales.

Tomando en cuenta lo anterior, la elaboración de manuales terapéuticos se ha propuesto como una estrategia casi indispensable en los estudios de efectividad terapéutica en la última década (Feixas y Miró, 1993). Según Wilfley *et al.* (1998), se requiere que los investigadores y los clínicos adapten, en forma creciente, tratamientos manualizados a toda modalidad terapéutica. Siguiendo la misma línea, la APA establece la manualización como condición para la validación de un tratamiento (Rodríguez Morejón, 2004).

Estos manuales se diferencian del resto de obras de psicoterapia por el detalle en el que exponen los procedimientos y la operacionalización que realizan de los conceptos teóricos, lo cual presenta ventajas también en el plano de la formación.

Esta solución pretende la aplicación estricta de un procedimiento terapéutico, siguiendo las reglas de un manual. Para ello, debe escribirse en primer lugar dicho manual de forma que especifique claramente las técnicas que se han de usar y su modo de aplicación. Se forma, en segundo lugar, un grupo de terapeutas de acuerdo con los principios guía del manual; y se evalúa, en tercer lugar, la competencia de los terapeutas a través del análisis de videograbaciones (Wilfley *et al.*, 1998).

Según Feixas y Miró (1993), recientemente han aparecido un cierto número de manuales, de distintas orientaciones: psicoanalíticos (Klerman *et al.*, 1984; Luborsky, 1984; Strupp y Binder, 1984), cognitivos (p.ej., Beck *et al.*, 1979; Beck y Emery, 1985), e incluso experienciales (p. ej., Daldrup *et al.*, 1988) que se suman a los manuales conductistas ya existentes desde hace más de dos décadas (p. ej., Kanfer y Phillips, 1970; Yates, 1970). De igual modo, y en un nivel más específico, los diversos procedimientos para la resolución de problemas específicos, como el estrés, se encuentran disponibles en forma muy estructurada. Por lo tanto, cabe destacar que el manual de Terapia Familiar Sistémica del Centro de Investigación y Terapia Familiar Sistémica de la Universidad de Leeds (Pote *et al.*, 2000) sería el primer manual realizado para tratamientos de orientación sistémica, lo que le otorga una gran relevancia, puesto que permite la realización de investigaciones en las que se podrá establecer la efectividad terapéutica de dicho modelo.

Aunque el uso de manuales ha permitido evidenciar que se dan diferencias sistemáticas en las conductas de los terapeutas de distintas tendencias (Luborsky *et al.*, 1982, en Feixas y Miró, 1993), no se ha podido demostrar que tales conductas específicas sean los ingredientes activos, ni que los aspectos no especificados en el manual no contribuyan al resultado terapéutico. Sin embargo, como señalan Piper y Ogrodniczuk (1999), el uso de manuales ha permitido evaluar la adherencia y competencia con que los tratamientos son administrados. Además, los pacientes parecerían estar más conformes y satisfechos con los tratamientos manualizados que con tratamientos poco estructurados (Mitchell, 2001).

En suma, la estandarización de los tratamientos ha facilitado la investigación terapéutica porque ha supuesto una "operativización" clara de las variables del tratamiento, que de este modo han podido estudiarse de una forma más específica.

Sin embargo, según Rodríguez Morejón (2004), los manuales tienen tres debilidades que conviene señalar: ¿es posible reflejar en un manual los aspectos esenciales de lo que significa hacer psicoterapia? ¿quién determina el resultado: el manual o el terapeuta? Y, por último, ¿seguir el manual afecta al éxito del tratamiento?

Para el autor antes mencionado, la primera cuestión es la más trascendente. ¿Consigue un manual “fotografiar” los aspectos más relevantes del proceso psicoterapéutico? La teoría dice que hacer terapia supone tomar decisiones en vivo y en directo, pero ¿qué informaciones son las que ayudan a tomar esas decisiones? Lerner (2004) ofrece una interesante diferenciación que puede arrojar luz sobre este punto: entiende que hay tratamientos más “impulsados por el modelo” y tratamientos “más dirigidos al cliente”. En los primeros, todos los clientes deben seguir un proceso bastante estandarizado para conseguir un cambio (una desensibilización sistemática, por ejemplo); mientras que en los segundos las decisiones que el terapeuta va tomando se basan en aspectos más relacionales: qué decir, a quién, cómo y en qué momento. Evidentemente, el primer tipo de tratamientos, con mayor dependencia del modelo, son más fácilmente “manualizables”. Mayor dificultad se encuentra para hacer lo mismo en los “dirigidos a los clientes”. Se puede concluir entonces que la manualización, por ser más fácil en unos modelos que en otros, crea sesgos en la investigación de resultados. ¿Cómo se pueden validar los tratamientos que tienen dificultades para ser “manualizados”?

Con respecto a la pregunta de si la conducta final exhibida por el terapeuta responde más a las cualidades de éste o a los dictámenes de un manual, algunos estudios parecen demostrar que el efecto de la variable terapeuta, su entrenamiento o sus características personales no se puede despreciar, y que la persona que lo aplica determina el resultado más que el tratamiento en sí

mismo (Siqueland, Crits-Christoph, Barber y Butler, 2000). Incluso podría ser una variable que influya poderosamente en los resultados de los diseños comparativos entre tratamientos: un tratamiento A demuestra ser más eficaz que otro B, y se atribuye dicha diferencia a la técnica, cuando bien podría deberse simplemente a que el terapeuta A sea mucho más hábil que B a la hora de aplicarla (Crits-Christoph y Mintz, 1991, en Rodríguez Morejón, 2004).

El tercer inconveniente es que algunos estudios parecen indicar que los terapeutas impulsados a seguir un manual, en su intento por ser fieles a la técnica, podrían perder contacto con los clientes, lo que podría disminuir el efecto de la intervención aplicada (Henry *et al.*, 1993. En Rodríguez Morejón, 2004). Esto es efectivamente una posibilidad pero, como señala Lampropoulos (2000), la crítica es fácilmente superable si se entrena adecuadamente a los terapeutas hasta conseguir buenas dosis de confianza con la técnica.

#### **II.4.1.2. Principales hallazgos de la investigación de resultados.**

Durante la primera mitad del siglo XX, la investigación científica en psicoterapia fue escasa y con grandes deficiencias metodológicas (Feixas y Miró, 1993). A partir de los años cincuenta, el área atravesó una crisis de legitimidad ante la cual el mayor volumen de la investigación se dedicó a demostrar que la terapia funcionaba. Existe una famosa revisión de las investigaciones realizadas en la primera mitad del siglo, llevada a cabo por Eysenck (1952, en Salvo, 2003), que incluye la mayoría de estos estudios comparándolos a la remisión espontánea de los síntomas en pacientes neuróticos. En ella, Eysenck afirmó que no se ha demostrado que las psicoterapias no conductuales aporten ninguna mejoría a los pacientes en comparación con el simple paso del tiempo, sino que más bien parecía deducirse lo contrario. Después de una primera reacción de perplejidad, los años que siguieron a la publicación de este provocativo estudio vieron una

serie de críticas y replicas del análisis de los datos (p. ej., Rosenzweig, 1954; Lambert, 1976; Bergin, 1966; Lambert, 1992, entre otros, en Feixas y Miró, 1993), en los que parecería ser que el único acuerdo al que se llega es que el fenómeno de la remisión espontánea precisa más investigación. Como comentan Pelechano y Botella (1983, en Feixas y Miró, 1993), no es el mero paso del tiempo lo que provoca mejora en las neurosis, sino los sucesos que ocurren en este período y que exigen, imperiosamente, que se determine su influencia relativa con el fin de fomentar su eficacia.

A principios de los años ochenta, se considera probado que la psicoterapia, entendida en sentido genérico, es superior al no-tratamiento. Así concluyen las principales revisiones sobre el tema (American Psychiatric Association, 1982; Lambert y Bergin, 1992; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Office of Technology Assessment - U.S. Congress, 1980; entre otras, en Primero, 2003). Al mismo tiempo, se va desvaneciendo la posibilidad de mostrar empíricamente la superioridad de un tratamiento por encima de los demás, ya que las revisiones más completas de los estudios comparativos realizados (incluyendo las metaanalíticas) sugieren que no es posible determinar empíricamente la superioridad de un enfoque con relación a los demás en términos generales (Lambert y Bergin, 1992; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986; Luborsky, Singer y Luborsky, 1975; Smith, Glass y Miller, 1980; Sloane *et al.*, 1975, en Feixas y Miró, 1993).

A pesar de estas evidencias, durante unos años predominó la idea de que si bien en términos generales no se puede determinar la mayor eficacia de una psicoterapia por encima de otras, para determinados trastornos sí es posible hacerlo (Rodríguez Morejón, 2004). Sin embargo, según Robinson, Berman y Neimeyer (1990, en Feixas y Miró, 1993), ninguno de los estudios realizados permite sostener esta conclusión.

Quizás la conclusión más importante de estos estudios sea la constatación de que aquello que se consideraba teóricamente crucial, el tipo de técnica o modelo de intervención empleado, desde la perspectiva de los resultados empíricos, no parece serlo tanto.

Los investigadores concentraron entonces la mayor parte de sus esfuerzos en averiguar cómo funciona la psicoterapia, mediante el estudio de las variables del cliente, las del terapeuta y, finalmente, el estudio del proceso terapéutico.

#### **II.4.2. El estudio del proceso terapéutico.**

Aunque la investigación científica sobre el proceso terapéutico tiene poco más de treinta años, el interés por sistematizar el curso del tratamiento se remonta a los primeros estudios modernos en psicoterapia. De hecho, antes de que la cuestión de la eficacia de la psicoterapia se convirtiera en el tema central, la investigación se dirigía a la descripción del curso de la terapia. Tales intentos derivaban de estudios narrativos de casos clínicos que pretendían sistematizar su exposición y contrastar algunas hipótesis clínicas. Aunque estaban muy cerca de la práctica clínica, estos estudios eran fundamentalmente especulativos y se encontraban muy alejados de la mentalidad de la investigación empírica. Por esta razón, cuando sobrevino la crisis de legitimidad de la psicoterapia, a mediados del siglo pasado, los investigadores quisieron ganar distancia respecto a estos estudios anteriores. Así, durante las dos décadas siguientes a los años cincuenta, se produjo cierta escisión entre la investigación de resultados y la investigación sobre el proceso terapéutico. Paralelamente, también se produjo un alejamiento entre los intereses de la investigación terapéutica y los intereses del clínico aplicado.

En la actualidad, se habla de dos generaciones de investigadores que poseen formas distintas de entender la investigación de procesos (Feixas y Miró, 1999): la primera generación estaría representada por el manual de Kiesler (editado en 1973), denominado "El proceso de la psicoterapia", en el que recoge los métodos y la experiencia investigadora desarrollada en el área hasta principios de los años setenta. La segunda generación queda representada por la obra editada en 1986 por Greenberg y Pinsoff titulada "El proceso psicoterapéutico: Un manual de investigación".

Kiesler (1973, en Feixas y Miró, 1999) entiende por investigación de proceso cualquier investigación que, totalmente o en parte, contenga como datos alguna medida directa o indirecta de la conducta del paciente, del terapeuta o de la díada (interacción paciente-terapeuta) en la entrevista terapéutica. Lo más característico de esta visión es que restringe la investigación de proceso a lo que ocurre dentro de la sesión terapéutica.

Greenberg y Pinsoff (1986, en Feixas y Miró, 1999) toman como punto de partida el cuestionamiento de la dicotomía entre proceso y resultado que se desprende de la postura de Kiesler, y proponen una nueva perspectiva del proceso en la investigación psicoterapéutica. Desde esta nueva perspectiva, la definición de la investigación de proceso ya no se fundamenta en la distinción entre "dentro y fuera" de la sesión terapéutica, sino que se centra en el estudio del proceso de cambio producido por el tratamiento psicológico. En este enfoque el tratamiento se ve como la interrelación de dos sistemas: el sistema del paciente (constituido por todas las personas que están o pueden estar implicadas en la resolución del problema del paciente) y el del terapeuta (formado por la persona del terapeuta y el sistema asistencial del que forma parte).

#### **II.4.3. La complementariedad entre procesos y resultados.**

En la actualidad, la dicotomía entre investigación de procesos y de resultados tiende a explicarse por razones históricas inherentes a la evolución de la investigación científica en psicoterapia, más que por razones sustantivas. En realidad, se han realizado diversos esfuerzos por integrar ambas tradiciones de investigación, ya que conceptualmente parece claro que entre procesos y resultados existe una relación complementaria, en lugar de dicotómica. Por lo tanto, la investigación de resultados necesita complementarse con la investigación de procesos y viceversa.

No obstante, mientras a nivel conceptual la complementariedad entre procesos y resultados parece obvia, no sucede lo mismo a nivel metodológico. El problema es: ¿Cómo relacionar procesos y resultados? La forma de abordar esta pregunta es lo que marca la diferencia clave entre la primera y la segunda generación de investigadores del proceso terapéutico. En este caso, como en otros relevos generacionales, los hijos han partido de la crítica a los padres y han intentado no cometer los mismos errores.

La perspectiva tradicional buscaba establecer relaciones significativas entre algunas variables de proceso intrasesión, aisladas de su contexto (generalmente medidas por índices de frecuencia), y la cantidad de cambio observado en el paciente al finalizar el tratamiento o durante el seguimiento. Parte del problema al utilizar esta perspectiva parecía provenir de que la mayoría de los estudios utilizaban unidades de análisis muy específicas, lo cual dificultaba su comparabilidad. Pero estos problemas parecían tener raíces más profundas que residían en los mismos supuestos de los que partían (las unidades de análisis eran variables aisladas de su contexto, se suponía que las variables eran homogéneas durante el tratamiento y dentro de una sesión, y se suponía que el resultado era algo simple y estático que se conseguía al finalizar el tratamiento) (Greenberg, 1986).

La perspectiva actual de la investigación sobre el proceso psicoterapéutico se centra en el estudio de los mecanismos de cambio. Como indica Greenberg (1986), al estudiar el cambio, el proceso se vincula inherentemente a algún tipo de resultado. El investigador se centra tanto en los puntos iniciales y finales del tratamiento (o de un segmento clínicamente relevante) como en la identificación de los procesos que han conducido al cambio entre estos dos puntos. Centrarse en el estudio del cambio implica partir de supuestos distintos a los de la perspectiva tradicional: frente al estudio de las variables individuales, se propone el estudio de patrones específicos de variables con significación clínica; frente al estudio de variables aisladas, se propone la contextualización de las variables por medio de sistemas de análisis jerárquicos; frente al supuesto de homogeneidad de los procesos en y entre las sesiones, se asume la variabilidad de los mismos.

En otras palabras, para estudiar el proceso psicoterapéutico, en la actualidad se tiende a aislar pequeños segmentos de dicho proceso en los que se manifiesta cambio en el cliente (Greenberg, 1986), denominados microprocesos (Feixas y Miró, 1999).

#### **II.4.4. El estado del arte de la investigación en Terapia Familiar.**

En las últimas dos décadas, la investigación en Terapia Familiar se ha acrecentado, y ha llegado a una etapa de madurez (Nichols y Schwartz, 2004). Es así como la terapia familiar ha sido aplicada a prácticamente todos los tipos de desórdenes en niños, adolescentes y adultos, y la eficacia global del modelo sistémico se ha demostrado en cada una de las poblaciones estudiadas (Pinsoff y Wynne, 2000). Además, se ha concluido en gran parte de las investigaciones que las intervenciones orientadas hacia la familia promueven el involucramiento

de los consultantes y los miembros de la familia en el proceso de terapia (Henggeler, Pickrel, Brondino y Crouch, 1996), y facilitan el desarrollo prosocial (Lebow y Gurman, 1995).

Por otra parte, los estudios metaanalíticos realizados hasta la fecha (Hazelrigg *et al.*, 1987; Markus *et al.*, 1990; Shadish *et al.*, 1993, en Nichols y Schwartz, 2004) demuestran que las familias tratadas con Terapia Familiar mejoran más que el 67% de las no tratadas. Este tamaño del efecto es compatible (si bien menor, debido probablemente al menor número de estudios) con el resultado de estudios metaanalíticos sobre la eficacia de la psicoterapia en general, que indica que un 80% de los clientes tratados con psicoterapia mejoran más que los no tratados (Lambert, s/f). Como es también habitual en la investigación sobre la eficacia genérica de la psicoterapia, ningún modelo de Terapia Familiar Sistémica ha demostrado una eficacia diferencial general superior a los otros (Nichols y Schwartz, 2004).

Sin embargo, según señala Liddle (1991, en Nichols y Schwartz, 2004), aunque existe una gran cantidad de investigaciones, el “divorcio” entre la investigación y la práctica clínica se ve con mayor frecuencia en el campo de la Terapia Familiar que en otros tipos de terapia. Por un lado, la investigación parece estar alejada de las realidades de la práctica clínica y, por otro, hace falta que los clínicos utilicen en su ejercicio intervenciones que tengan soporte empírico. Ciertamente, no toda la investigación en Terapia Familiar es relevante al ámbito clínico. Sin embargo, algunos aspectos de dichas investigaciones son aplicables con un potencial de uso muy alto. Por ejemplo, los efectos de los distintos modelos de Terapia Familiar en desórdenes particulares deberían ser tomados en cuenta, pues brindan al terapeuta una guía sobre qué cosas podrían ser útiles con un determinado tipo de paciente (Nichols y Schwartz, 2004). A su vez, el hacer esto le brinda al paciente un tratamiento más acorde con sus necesidades específicas.

Tomando en cuenta lo antes dicho, a continuación se destacan algunos de los resultados más relevantes en la investigación en Terapia Familiar.

### **Terapia Familiar de la Esquizofrenia**

Según Botella y Vilaregut (s/f), luego de descartar, por su ausencia de base empírica, las concepciones originales de Fromm-Reichmann (1948) sobre las madres esquizofrenógenas y las de Bateson, Jackson, Haley, y Weakland (1956) sobre el doble vínculo como origen de la esquizofrenia, la investigación psicoterapéutica mantuvo su interés sobre los patrones de interacción que caracterizan a las familias con miembros esquizofrénicos.

En este sentido, se ha demostrado que las atribuciones negativas de los padres respecto de la enfermedad de su hijo, así como un patrón de elevada crítica, hostilidad, y excesiva implicación parental permiten predecir el inicio de la esquizofrenia durante la adolescencia (Miklovitz *et al.*, 1991, en Nichols y Schwartz, 2004). Este mismo patrón de interacción familiar marcado por una elevada Expresividad Emocional (Expressed Emotion: EE) permite también predecir la posibilidad de recaídas después del tratamiento (Vaughn y Leff, 1981, en Botella y Vilaregut, s/f). La variable EE resulta especialmente prometedora en cuanto al abordaje de la esquizofrenia en un marco de psicoterapia familiar, pues su reducción como consecuencia del tratamiento dirigido al apoyo de la familia del paciente para que puedan soportar el estrés producido por cuidar a su ser querido, ha demostrado estar correlacionada con la disminución de la posibilidad de recaídas (Backer y Richardson, 1989; Marsh y Johnson, 1997, en Nichols y Schwartz, 2004).

Estos resultados han derivado en la creación de programas de tratamiento psicoterapéutico familiar que combinan la reducción de EE con el incremento de las habilidades de afrontamiento de la familia. El formato extenso de este tipo de programas, que generalmente implica tratamientos de un año o más, combina aspectos psicoeducativos y sistémicos, insistiendo en facilitar un cambio en todos los miembros del sistema familiar. Diamond *et al.* (1995, en Botella y Vilaregut, s/f) revisaron cinco estudios clínicos sobre la eficacia de estos programas (Falloon, *et al.*, 1982; Goldstein *et al.*, 1978; Hogarty, Anderson y Reiss, 1986; Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberlein-Vries, y Sturgeon, 1982; Tarrier, Barrowclough, y Vaughn, 1988), que cumplían con los criterios de rigor metodológico exigibles a la investigación de resultados en psicoterapia. Los autores concluyeron que, en comparación con el uso exclusivo de medicación, la combinación de Terapia Familiar y farmacoterapia resultaba ser una medida de eficacia indiscutible contra la rehospitalización.

### **Terapia Familiar de los Trastornos Alimentarios**

Ciertos aspectos del funcionamiento familiar parecieran constituir factores de riesgo para la manifestación de un trastorno alimentario, tal como habían propuesto algunos autores sistémicos desde perspectivas teórico-clínicas ajenas a la investigación empírica (por ejemplo, Selvini-Palazzoli, 1974). Al respecto, las familias con hijos que padecen trastornos alimentarios parecen ser sobreprotectoras, sumamente críticas y con límites difusos en su relación con los adolescentes. Asimismo, las pautas interaccionales en estas familias suelen limitar la autonomía y la expresión de la necesidad de intimidad. (Maharaj *et al.* 2001, en Nichols y Schwartz, 2004).

En cuanto al tratamiento con Terapia Familiar Sistémica, si bien Minuchin, Rosman, y Baker (1978, en Nichols y Schwartz, 2004) informaron de una

eficacia del 86% en una terapia familiar de orientación estructural, su investigación carecía del rigor metodológico de un estudio clínico controlado. En el único estudio de este tipo citado en la exhaustiva revisión de Diamond *et al.* (1995, en Botella y Vilaregut, s/f), Russell *et al.* (1987) se asignó a un grupo de 80 pacientes anoréxicas y bulímicas dos condiciones tras el tratamiento médico prescriptivo: terapia familiar y terapia individual de apoyo. La Terapia Familiar resultó más exitosa en términos de mantenimiento del peso y funcionamiento menstrual en las pacientes menores de 18 años, mientras que las pacientes mayores de 18 años mejoraron más en terapia individual. Estos resultados se mantenían al cabo de cinco años de seguimiento.

Según Asen, Colan y Robinson (2002, en Nichols y Schwartz, 2004), recientemente se han utilizado múltiples abordajes a la Terapia Familiar con este tipo de pacientes, y los resultados son prometedores. Este tipo de tratamientos involucran activamente a los miembros de la familia en el tratamiento de pacientes con trastornos alimentarios, realizando un trabajo familiar intensivo. Ciertamente, se necesitan más investigaciones sobre este tipo de tratamientos, las cuales seguramente se realizarán dado el alto grado de eficacia encontrado en las investigaciones preliminares (Nichols y Schwartz, 2004).

### **Terapia Familiar de los Trastornos de la Conducta Infantil y Adolescente**

A pesar de que existe abundante literatura empírica sobre los aspectos del funcionamiento familiar que constituyen factores de riesgo para la manifestación de trastornos conductuales tanto en niños como en adolescentes, se han desarrollado y probado muy pocos tratamientos familiares para este tipo de desórdenes (Nichols y Schwartz, 2004). Patterson (1982, en Botella y Vilaregut, s/f), basándose en resultados empíricos, describió un patrón de interacción

habitual en este tipo de familias, de especial significación sistémica. En el caso típico, los padres ignoraban los niveles bajos de conductas exigentes del niño. A medida que la conducta oposicional del niño se incrementaba (por ejemplo, llegando a una rabieta) los padres o bien se inhibían o bien lo castigaban de forma desproporcionada. De esta forma, el niño aprendía que la escalada de la conducta oposicional atraía la atención (aunque "negativa") de los padres, a la vez que los padres aprendían que el castigo aportaba un alivio temporal. El patrón de circularidad que se establecía entre el subsistema parental y el filial derivaba en una interacción mutuamente coercitiva que incrementaba tanto la conducta oposicional del niño como las normas inconsistentes y desmesuradas impuestas por los padres (Diamond *et al.*, 1995, en Botella y Vilaregut, s/f).

El enfoque de entrenamiento parental (Parent Management Training, PMT) combina aspectos psicoeducativos y sistémicos en el intento de alterar este patrón de circularidad disfuncional. Los resultados de eficacia de este programa son altamente positivos, abarcan estudios de seguimiento de hasta 14 años e indican que los beneficios terapéuticos se extienden al rendimiento escolar, la conducta de los hermanos y el estrés y depresión de las madres de los niños que manifestaban las conductas oposicionales (McMahon, 1994).

Según Botella y Vilaregut (s/f), otras dos formas de TFS empíricamente validadas son la Terapia Familiar Funcional (TFF; Alexander, 1988) y la Terapia Familiar Multisistémica (TFM; Henggeler y Borduin, 1990). La TFF parte del concepto sistémico de la función del síntoma. De este modo, la conducta del paciente identificado se considera una forma de regular la interacción entre los miembros del sistema familiar. Así, la TFF no se centra específicamente en el motivo de demanda, sino en reestructurar la familia de forma que las necesidades individuales de sus miembros se puedan satisfacer sin necesidad del síntoma. La aplicación de la TFF a casos de delincuencia juvenil ha demostrado empíricamente su eficacia (Parsons y Alexander, 1973, en Botella y

Vilaregut, s/f). Por otra parte, la TFM incluye como foco de la intervención aspectos del funcionamiento familiar y factores extrafamiliares asociados a la conducta-problema (en este caso, también la delincuencia juvenil). La TFM integra aspectos sistémicos, cognitivo-conductuales, y evolutivos y su eficacia ha sido también probada empíricamente (Diamond *et al.*, 1995, en Botella y Vilaregut, s/f).

### **Terapia Familiar de las Adicciones**

También en este caso existe abundante literatura empírica sobre los aspectos del funcionamiento familiar que resultan ser factores de riesgo para las adicciones entre adolescentes. Así, la mala calidad de la relación entre padres e hijos, la relación de apego deteriorada, los conflictos familiares crónicos o el consumo de drogas por parte de otros miembros del sistema familiar se encuentran altamente asociados al consumo entre adolescentes (Liddle y Dakof, 1994; McDermott, 1984, en Nichols y Schwartz, 2004).

En los años 80, el programa americano Addicts and Families Project (Stanton y Todd, 1982, en Botella y Vilaregut, s/f) adaptó el trabajo de Minuchin y Haley en un formato de Terapia Familiar Estratégico/Estructural que se aplicó a pacientes que recibían metadona. El resultado en términos de días sin consumir durante un año de tratamiento fue positivo en comparación con un grupo control. Según Nichols y Schwartz (2004), con posterioridad a esta investigación, otros cinco estudios independientes han demostrado la superioridad de un formato de Terapia Familiar breve (de entre 10 y 16 sesiones) respecto de la terapia individual o grupal en cuanto a la reducción del consumo (Friedman, 1989; Henggeler *et al.*, 1990; Joanning *et al.*, 1992; Lewis *et al.*, 1990; Liddle *et al.*, 1995). Por otra parte, una ventaja distintiva del tratamiento familiar con toxicómanos es que, con estos pacientes, la tasa de abandono de la Terapia

Familiar -entre un 11% y un 30%- es mucho menor que en terapia grupal -entre un 49% y un 56%- (Diamond *et al.*, 1995, en Botella y Vilaregut, s/f).

Mención aparte merece el programa de investigación de la Universidad de Miami sobre Terapia Familiar Estratégica breve con jóvenes hispanos socialmente problemáticos (particularmente toxicómanos de entre 12 y 21 años) (Szapocznik, Rio, y Kurtines, 1991, en Botella y Vilaregut, s/f). Este el único ejemplo de investigación programática en Terapia Familiar Sistémica citado en la exhaustiva revisión internacional realizada por Beutler y Crago (1991, en Botella y Vilaregut, s/f), publicada por la American Psychological Association (APA). Esta investigación cuenta con datos de seguimiento desde 1972, y ha recibido subvenciones del influyente National Institute on Drug Abuse, así como del National Institute for Mental Health (NIMH). Su enfoque se basa en una combinación manualizada de las propuestas de Minuchin (1988), Haley (1980) y Madanes (1984) y consiste en una terapia sistémica breve (entre 12 y 15 sesiones) y estratégica (es decir, planificada, focalizada en el problema y pragmática). El programa de investigación de Szapocznik y sus colaboradores ha conseguido demostrar, entre otras cosas, (a) que su adaptación de la terapia familiar estratégica breve a familias de adolescentes hispanos toxicómanos es eficaz, incluso en su aplicación individual, (b) que su uso de conceptos sistémicos estratégicos para fomentar la adhesión de las familias a la terapia incrementa en gran medida dicha adhesión, así como el seguimiento, (c) que si bien la Terapia Familiar Estratégica Breve y la Psicoterapia Psicodinámica Individual obtienen los mismos índices de eficacia en el tratamiento de adolescentes toxicómanos (comparadas con un grupo control), en los datos de seguimiento las familias asignadas a Terapia Familiar manifiestan menores índices de conflicto post-terapia que los casos tratados con terapia individual (Szapocznik, Rio, y Kurtines, 1991, en Botella y Vilaregut, s/f).

### III. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

Luego de llevada a cabo la presente sistematización, quizás lo primero que habría que destacar es que no se puede hablar de la existencia de "la" Terapia Familiar Sistémica. Más bien habría que entenderla como un amplio marco general que engloba una multiplicidad de modelos que, a su vez, pueden ser muy heterogéneos. Cada uno de los modelos mencionados ha realizado un aporte específico al desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica moderna, y el trabajo sistémico se refiere de forma más o menos evidente a dichos modelos. Esto tiene que ver con el hecho de que no son los modelos puros los que se "propagan", y la competencia terapéutica se adquiere en experiencias muy personales de cada terapeuta con una variedad de maestros que influyen en la práctica a modo de modelos, ya sea que se los adopte o que se distancie de ellos. Al realizar la presente sistematización, es muy probable que hayan quedado fuera algunas variantes menos conocidas (pero no por eso menos importantes), así como algunos autores no tan reconocidos o cuya influencia sobre los modelos actuales no es tan clara. Esto se reconoce como una posible limitante, sin embargo, se tomó la decisión de realizarlo así basándose en el desarrollo y las influencias que han recibido los modelos sistémicos actuales.

En segundo lugar, los distintos modelos de Terapia Familiar ofrecen un marco conceptual que, en múltiples niveles, organiza información compleja acerca de la etiología y el mantenimiento de los problemas. Por esta razón, la Terapia Familiar Sistémica provee una estructura en y sobre la cual se pueden realizar investigaciones relevantes (aunque complejas) para la práctica clínica y se pueden desarrollar tratamientos, refinarlos y evaluarlos empíricamente. De

hecho, la popularidad de las terapias basadas en la familia se ha elevado en la última década, a medida que los terapeutas e investigadores han confirmado que el incluir a los padres y otros miembros de la familia en los tratamientos es un elemento muy importante a la hora de establecer un vínculo terapéutico satisfactorio y para la efectividad general de la terapia. Esto se puede apreciar claramente al revisar la sección correspondiente al estado del arte de la investigación en Terapia Familiar. No obstante, los resultados presentados no son representativos de un sólo modelo o escuela, sino que hacen referencia a tratamientos en los que, en mayor o menor medida, se incluye a la familia. Se evidencia entonces la necesidad de contar con mayores datos sobre la eficacia y efectividad de un mismo modelo ante distintas problemáticas, y la integración de otras temáticas como las variables del psicoterapeuta que inciden en la efectividad de la psicoterapia, las variables del cliente y los llamados factores comunes.

Por otra parte, con relación al objetivo general propuesto, el Manual de Terapia Familiar Sistémica desarrollado por el equipo del Centro de Terapia Familiar e Investigación de la Universidad de Leeds ofrece un puente para unir la investigación y la práctica clínica. De esta forma, provee un marco conceptual y una guía para la implementación clínica de este modelo terapéutico en particular, a la vez que sirve de protocolo para realizar investigaciones sobre la efectividad del mismo.

Respecto de este punto, es importante mencionar que los principios generales entregados por el Manual no pretenden constreñir el quehacer terapéutico de quienes lo utilicen, sino brindar una guía clara y ordenada que permita llevar a cabo tratamientos e investigaciones sin dejar de lado la necesaria flexibilidad, fluidez y espontaneidad para el desarrollo de las características y estilos personales. Por lo tanto, este Manual no es una guía sobre las intervenciones específicas que los terapeutas deberían realizar ante determinadas situaciones,

sino que ofrece una base teórico-práctica sobre la cual los terapeutas pueden realizar sus propias intervenciones de manera flexible y creativa. Además, cuenta con la ventaja de proveer un Protocolo de Adherencia, lo cual permite establecer cuánto el terapeuta se ha ceñido a lo establecido por el manual. De esta manera, se evitan las frecuentes críticas a las investigaciones en las que los terapeutas presentan resultados basándose en lo que creen que hacen, y no en lo que efectivamente realizan (Salvo, 2003).

A lo anterior cabe agregar que la investigación en psicoterapia puede, tal como se ha demostrado en los últimos años en Estados Unidos (Nichols y Schwartz, 2004), influenciar las políticas de salud pública, otorgando importancia y recursos para la difusión e implementación de tratamientos basados en la familia que sean empíricamente validados. Por último, el uso del Manual puede permitir a los terapeutas evaluar de forma constante su trabajo, manteniendo de esta forma una práctica ética y responsablemente comprometida con su efectividad. Además, la versión traducida del Manual se erige como una valiosa herramienta a utilizar para la formación de nuevos terapeutas.

En tercer lugar, es necesario dejar en claro que el realizar una integración teórica de carácter híbrido entre los modelos Post-Milán y Narrativo fue un esfuerzo realizado con miras a brindar un entendimiento de los principios teórico-prácticos entregados por el Manual de Terapia Familiar Sistémica. Claramente, existen otros tipos de integración que se podrían haber realizado (por ejemplo, técnica o metateórica), sin embargo, se estima que la utilizada es la que mejor cumple de manera clara y concisa con el propósito antes mencionado. Si la intención del lector fuese tener un conocimiento más acabado de la epistemología y teoría propias de cada uno de los modelos Post-Milán y Narrativo, se le sugiere remitirse a la sección correspondiente a cada uno de ellos.

Por último, con respecto a la traducción y adaptación del Manual, es necesario aclarar que es un material perfectible, y que seguramente será objeto de cambios a medida que sea sometido al rigor del uso. Además, toda tarea de traducción se encuentra en algún momento con la necesidad de establecer ciertos equilibrios entre lo escrito en la obra original, los giros propios del idioma al cual se traduce, el lenguaje técnico utilizado y el propio estilo del traductor. Al buscar este equilibrio, se ha privilegiado el uso de un lenguaje neutro, sin utilizar expresiones que sean propias de la jerga local, considerando la solicitud del autor de contar con una copia de la versión traducida, para ser distribuida en otros países de habla hispana.

Tomando en cuenta todo lo anteriormente mencionado, sin perder de vista las debilidades planteadas para el uso de manuales, y rescatando todas sus potencialidades, queda trazado el camino a seguir, dirigido hacia la puesta en marcha de investigaciones que apliquen el Manual de Terapia Familiar Sistémica, así como su utilización en la formación de nuevos terapeutas sistémicos.

#### **IV. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y REFERENCIADA**

#### IV. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA Y REFERENCIADA

- Arnold, M. y Osorio, F. (1998). Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. *Revista Electrónica Cinta de Moebio*. N° 3. Extraído el 13 de junio de 2004 de: <http://csociales.uchile.cl/publicaciones/moebio/03/frames45.htm>
- Arnold, M. y Rodríguez, D. (1990). El perspectivismo en la teoría sociológica. En *Revista Estudios Sociales* N° 64; Trimestre 2, Santiago. pp. 27-41.
- Bateson, G. (1990). *Naven. Un ceremonial latmul*. Gijón: Editorial Júcar.
- Bateson, G. (1993). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bateson, G. (1999). *Pasos Hacia Una Ecología De La Mente*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Behncke, R., Maturana, H. y Varela, F. (1984). *El árbol del conocimiento*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Bertrando, P. (2000). Text and context: narrative, postmodernism and cybernetics. *Journal of Family Therapy*. 22: 83-103.
- Bertrando, P. (2004). Systems in evolution: Luigi Boscolo and Gianfranco Cecchin in conversation with Paolo Bertrando and Marco Bianciardi. *Journal of Family Therapy*. 26: 213-223.
- Boscolo, L., Cecchin G., Hoffman, L. y Penn, P. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán: Teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Botella, L. y Vilaregut, A. (s/f). *La perspectiva sistémica en terapia familiar: Conceptos básicos, investigación y evolución*. Extraído el 26 de junio de 2004 de: <http://www.infomed.es/constructivism/documsweb/tfs.html>
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Bruner, J. (1988). *Realidad mental y mundos posibles*. Barcelona: Gedisa
- Campbell, D. (1999). Family therapy and beyond: Where is the Milan Systemic Approach today? *Child Psychology and Psychiatry Review*. Vol. 4, N° 2.
- Casabianca, R. y Hirsch, H. (1992). *Cómo equivocarse menos en terapia*. Argentina: Universidad del Litoral.
- Ceberio, M y Watzlawick, P. (1998). *La Construcción del Universo*. Barcelona: Editorial Herder.
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, Circularity, and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity. *Family Process* 26 (4), 405-413.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (2002). *Irreverencia: una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Coddou, F. (1992). Alcances Epistemológicos y conceptuales en relación con el enfoque sistémico. *Integración en Psicoterapia*. Santiago de Chile: Ediciones Cecidep.

- Cottrell, D. y Boston, P. (2002). Practitioner Review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 43:5, pp 573–586
- Dallos, R. y Draper, R. (2000). *An Introduction to Family Therapy*. Buckingham: Open University Press.
- Feixas, G. y Miró, B. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Feixas, G. (1994). Aportaciones constructivistas a la integración en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. 3, 147-164.
- Fernández-Álvarez, H. (1999). *La psicoterapia vista por los médicos*. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano Nuevohacer.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Editorial Herder.
- Foucault, M. (1999). *Estrategias de poder*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Framo, J. I. (1976). Chronicle of a struggle to establish a family unit within a community mental health center. En *Family Therapy: theory and practice*, P. Guerin, Ed. Nueva York: Gardner Press.
- Freedman, J. y Combs, G. (1996). *Narrative Therapy: The Social Construction of Preferred Realities*. Nueva York: W. W. Norton & Company.

- Godley, S., White, W., Diamond, G., Passetti, L. y Titus, J. (2001). Therapist reactions to manual-guided therapies for the treatment of adolescent marijuana users. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 8(4): 405-417.
- Greenberg, L. (1986). La investigación sobre el proceso de cambio. *Revista de Psicoterapia*. 1(4), 57-71.
- Greve, C., Molina, M. y Quirós, P. (1994). *Aplicación del modelo sistémico estratégico breve en estudiantes universitarios con bajo rendimiento académico: un estudio experimental*. Memoria para optar al título de psicólogo. Carrera de Psicología, Universidad de Chile.
- Haley, J. (1980). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Haley, J. (1980). *Terapia Para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Haley, J. (1992). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Henggeler, S.W., Pickrel, S., Brondino, M. y Crouch, J. (1996). Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependant delinquents: Outcomes, treatment fidelity, and transportability. *Mental Health Services Research*. 1: 171-184.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Hoffman, L. (1990). Una posición constructivista para la terapia familiar. *Sistemas Familiares*. Año 6, Nº 3. 29-44.
- Jackson, D. (1965). The Study of the Family. *Family Process* 4:1-20.
- Keeney, B. y Sprenkle, D. (1982). Ecosystemic Epistemology: Critical Implications for the Aesthetics and Pragmatics of Family Therapy. *Family Process*. 21 (1), 1-19.
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Lambert, M. (s/f). *The effectiveness of psychotherapy: What has a century of research taught us about the effects of treatment*. Updates from the Division of Psychotherapy (29) - APA. Extraído el 11 de julio de 2004, de <http://www.cwru.edu/afil/div29/lambert.pdf>
- Larner, G. (2004). Family therapy and the politics of evidence. *Journal of family therapy*. Vol 26 No. 1, 17-39.
- Lebow, J. y Gurman, A. (1995). Research assessing couple and family therapy. *Annual Review of Psychology*. 46: 27-57.
- Lethem, J. (2002). Brief Solution Focused Therapy. *Child and Adolescent Mental Health*. Vol 7, No. 4, 189-192.
- Madanes, C. (1984). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Madanes, C. (1993). *Sexo, amor y violencia. Estrategias de transformación*. Barcelona: Editorial Paidós.

- McMahon, R.J. (1994). Diagnosis, assessment, and treatment of externalizing problems in children: The role of longitudinal data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 901-917.
- Miller, S., Duncan, B. y Hubble, M. (1997). *Escape from Babel: Toward a unifying language for psychotherapy practice*. Nueva York: W.W. Norton.
- Minuchin, S. (1988). *Familias y terapia familiar*. México: Editorial Gedisa.
- Mitchell, G. (2001). Patient satisfaction with manualized versus standard intervention in a managed care context. *Research on Social Work Practice*. Vol 11, Nº 4; pg. 473-485.
- Morgan, A. (2000). *What Is Narrative Therapy?: An Easy to Read Introduction*. Adelaida, Australia: Dulwich Centre Publications.
- Navarro Góngora, J. (1992). *Técnicas y Programas en Terapia Familiar*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Neimeyer, G. (1996). *Evaluación constructiva*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Neimeyer, G. y Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Nichols, M. y Schwartz, R. (1995). *Family Therapy: Concepts and methods*. Tercera Edición. Boston: Allyn and Bacon.
- Nichols, M. y Schwartz, R. (2004). *Family Therapy: Concepts and methods*. Sexta Edición. Boston: Allyn and Bacon.

- Niolon, R. (1999). *Bowenian family therapy*. Extraído el 17 de julio de 2004, de <http://www.psychpage.com/learning/library/counseling/bowen.html>
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Editorial Herder.
- Pinsolf, W. M., y Wynne, L. C. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy*. 26(1): 1-8.
- Piper, W. y Ogrodniczuk, J. (1999). Therapy manuals and the dilemma of dynamically oriented therapists and researchers. *American Journal of Psychotherapy*. Vol. 53, N° 4.
- Pote, H., Stratton, P., Cottrell, D., Boston, P., Shapiro, D. y Hanks, H. (2000). *The Leeds Systemic Family Therapy Manual*. Leeds, LFTRC
- Pote, H., Stratton, P., Cottrell, D., Shapiro, D. y Boston, P. (2003). Systemic family therapy can be manualized: research process and findings. *Journal of Family Therapy*. Vol 25. 236-262.
- Potter, J. (1996). Discourse analysis and constructionist approaches: Theoretical background. En J. T. E. Richardson (Ed.), *Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences*. Leicester, U.K.: British Psychological Society.

- Primero, G. (2003). *Investigación en Psicoterapia, entrevista a Fernando S. García*. Extraído el 27 de Octubre de 2003, de <http://www.comportamental.com/articulos/19.htm>
- Rodríguez, D. y Arnold, M. (1991). *Sociedad y Teoría de Sistemas*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Rodríguez Morejón, A. (2004). *La investigación de resultados y el futuro de la psicoterapia: Alternativas a los tratamientos empíricamente validados*. Extraído el 31 de julio de 2004, de <http://www.campusvirtual.uma.es/sistemica/tev.pdf>
- Rodríguez Morejón, A. y Beyebach, M. (1994). *Terapia Sistémica Breve: Trabajando con los recursos de las personas*. En M. Garrido y J. García (Comps.), *Psicoterapia: Modelos contemporáneos y aplicaciones* (241-290). Valencia: Promolibro.
- Rodríguez Morejón, A. y Beyebach, M. (1994). *La terapia sistémica como marco para generar relatos nuevos con las familias*. En D. Borobio (Comp.), *Familia en un mundo cambiante* (365-384). Salamanca: Publicaciones UPSA.
- Salvo, I. (2003). *Variables del psicoterapeuta que inciden en la efectividad de la psicoterapia: un estudio exploratorio descriptivo*. Memoria para optar al título de psicólogo. Carrera de Psicología, Universidad de Chile.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar: Modelos y Técnicas*. México: Editorial El Manual Moderno.

- Selvini-Palazzoli, M. (1974). *Self-starvation: From the intrapsychic to the transpersonal approach to anorexia nervosa*. Londres: Chaucer.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality. Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*. 19: 73-85
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona: Editorial Paidós.
- Siqueland, L., Crits-Christoph, P., Barber, J. P. y Butler, S. F. (2000). The role of therapist characteristics in training effects in cognitive, supportive-expressive, and drug counseling therapies for cocaine dependence. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 9: 123-130.
- Sprenkle, D. y Moon, S. (1996). Towards Pluralism in Family Therapy Research. En D. Sprenkle y S. Moon (Eds.), *Research Methods in Family Therapy*. (pp 3-19). Nueva York: The Guilford Press.
- Von Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Von Foerster, H. (1996). *Las Semillas de la Cibernética*. Barcelona: Gedisa Editores.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1976). *Cambio*. Barcelona: Editorial Herder.

- Watzlawick, P. Beavin, J. y Jackson, D. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona: Editorial Herder.
- Weakland, J. (1976). Toward a theory of schizophrenia. En C.E. Sluzki y D.D. Ransom (Editores). *Double Bind: The Foundation of the Communicational Approach to the Family*. Nueva York: Grune y Stratton.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida: entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.
- Wiener, N. (1954). *The Human Use of Human Beings*. New York: Avon Books.
- Wilfley, D. Frank, M. Welch, R. Spurrell, E. y Rounsaville, B. (1998). Adapting Interpersonal Psychotherapy to a Group Format (IPT-G) for Binge Eating Disorder: Toward A Model for Adapting Empirically Supported Treatments. *Psychotherapy Research*. N° 8, 379-39.

## V. ANEXOS

**Dr. Peter Stratton**  
**Director,**  
Leeds Family Therapy & Research Centre  
School of Psychology  
University of Leeds  
Leeds LS2 9JT, UK.

**Ismael Otero**  
EPSIC  
Systemic Constructivist Psychology Group  
Department of Psychology  
Universidad de Chile

21<sup>st</sup> April 2004.

Dear Ismael Otero,

I am writing to formally confirm that I invite you to make a translation of the Leeds Systemic Therapy Manual (\*Pote et al, 2000) for use in the University of Chile. This agreement extends also to the Leeds Therapist Adherence Manual

Our agreement is that:

The translated manual may be used by you in training and research;

That all uses of the Manual, or extracts from it, be acknowledged by reference to the original;

That a copy of the translation be provided to Dr. Stratton so that he can make it available to others, with full acknowledgement of your work in translating it.

Very best wishes,

**Peter Stratton.** B.Sc. Ph.D., Dip Psychotherapy. FBPSS, AcSS;  
Senior Lecturer, Chartered Psychologist; UKCP Systemic Psychotherapist, KCC  
accredited family therapy supervisor.  
<http://www.psyc.leeds.ac.uk/research/lftrc>

\*Pote, H., Stratton, P., Cottrell, D., Boston, P., Shapiro, D., and Hanks, H. (2000). *The Leeds Systemic Family Therapy Manual*, Leeds, LFTRC.

# **Manual de Terapia Familiar Sistémica**

**Ms. Helen Pote  
Dr. Peter Stratton  
Prof. David Cottrell  
Ms. Paula Boston  
Prof. David Shapiro  
Ms Helga Hanks**

Traducción y Adaptación: Ps. Ismael Otero C.  
Equipo de Psicología Sistémica Constructivista  
EPSIC © 2004

**Leeds Family Therapy & Research Centre  
School of Psychology  
University of Leeds  
Leeds, LS2 9JT**

This manual was developed through an **MRC Small Project Grant**,  
Number G9700249

© No part of this document should be reprinted without the permission of the authors.

# Índice

<b>1. Introducción</b>	<b>6</b>
1.1 Antecedentes	6
1.2 Objetivo y aplicabilidad	6
1.3 Notas sobre el uso del Manual	7
1.4 Práctica ética y diferencias culturales	8
1.5 Ejemplos clínicos	8
<b>2. Principios Guía</b>	<b>9</b>
2.1 Foco en el sistema	9
2.2 Circularidad	9
2.3 Pautas e interacciones	9
2.4 Narrativas y lenguaje	9
2.5 Constructivismo	10
2.6 Construcciónismo Social	10
2.7 Contexto cultural	10
2.8 Poder	10
2.9 Co-construcción de la terapia	10
2.10 Autoreflexividad	11
2.11 Fortalezas y soluciones	11
<b>3. Cambio Terapéutico</b>	<b>12</b>
3.1 Modelos de cambio terapéutico	12
3.2 Información general sobre las metas específicas	13
<b>4. Intervenciones del Terapeuta</b>	<b>14</b>
4.1 Preguntas lineales	14
4.2 Preguntas circulares	14
4.3 Devoluciones	15
4.4 Equipos reflexivos	16
4.5 Intervenciones dirigidas hacia los niños	18
<b>5. El Setting Terapéutico</b>	<b>19</b>
5.1 Acordando las sesiones	19
5.2 El equipo	19
5.3 Uso de video	20
5.4 Planificación previa a la terapia	20

5.5 Trabajo pre y post sesión	21
5.6 Correspondencia	22
5.7 Ficha de caso	22
5.8 Ficha de session	23
<b>6. Sesiones Iniciales</b>	<b>24</b>
6.1 Establecimiento de los límites y estructura de la terapia	24
6.2 Construcción del vínculo e involucramiento de los miembros de la familia	25
6.3 Recopilación y profundización de la información	26
6.4 Establecimiento de las metas y objetivos de la terapia	26
✓ Lista de chequeo: sesión inicial	27
<b>7. Sesiones Intermedias</b>	<b>28</b>
7.1 Desarrollo del vínculo	28
7.2 Recopilación de la información y enfoque de la discusión	28
7.3 Identificar y explorar las creencias	29
7.4 Trabajar hacia el cambio a nivel de las conductas y creencias	30
7.5 Regreso a las metas y objetivos de la terapia	37
✓ Lista de chequeo: Sesiones Intermedias	39
<b>8. Sesiones Finales</b>	<b>40</b>
8.1 Recopilar información y enfocar la discusión	40
8.2 Seguir trabajando hacia el cambio a nivel de conductas y creencias	40
8.3 Desarrollar el entendimiento de las conductas y creencias por parte de la familia.	41
8.4 Decisiones colaborativas de cierre	42
8.5 Revisión del proceso de terapia	43
✓ Lista de chequeo: Sesiones Finales	43
<b>9. Trabajo Indirecto</b>	<b>44</b>
9.1 Protección de los niños	44
9.2 Aclarando el motivo de consulta con el derivante presente	44
9.3 Identificar las redes y definir las relaciones	44
9.4 Manejo de situaciones de riesgo	45
9.5 Correspondencia	45

## **10. Prácticas Prohibidas** 46

10.1 Consejos	46
10.2 Interpretación	46
10.3 Práctica cerrada o poco transparente	46
10.4 Monólogos del terapeuta	46
10.5 Aliarse únicamente con una persona	46
10.6 Trabajar con la transferencia	47
10.7 No poner atención al uso del lenguaje	47
10.8 Reflexiones	47
10.9 Posición polarizada	47
10.10 Persistir en un solo momento de la historia	47
10.11 Aceptar las creencias sin confrontarlas	47
10.12 Ignorar la información que contradiga las hipótesis	48
10.13 Desechar hipótesis explicativas	48
10.14 Emociones no apropiadas	48
10.15 Ignorar las emociones de la familia	48
10.16 Ignorar las diferencias	48

## **Anexos**

Anexo I: Carta de citación a terapia	49
Anexo II: Carta de consentimiento de uso de video	50
Anexo III: Carta al derivante	51
Anexo IV: Carta post-tratamiento al derivante	52
Anexo V: Carta de cierre al derivante	54
Anexo VI: Hoja de registro de sesión	56

## **Figuras**

Figura 1: Modelos de Cambio Terapéutico	12
---	----

## **Tablas**

Tabla 1: Percepciones Útiles para Lograr el Cambio	13
--	----

## 1. Introducción

### 1.1 Antecedentes

---

El Manual de Terapia Familiar Sistémica fue desarrollado a través de un proyecto financiado por el Medical Research Council (Inglaterra). El equipo que estuvo a cargo de su desarrollo fue conformado por un grupo de experimentados terapeutas familiares que trabajan en el Centro de Terapia Familiar e Investigación de la Universidad Leeds (LFTRC), Inglaterra. El LFTRC es un Centro que trabaja desde una orientación sistémica con individuos, parejas y familias de todos los rangos etarios, así como también con sistemas profesionales.

Los terapeutas que contribuyeron para la creación de este Manual reconocen haber sido influenciados históricamente por los modelos sistémicos de Terapia Familiar de la Escuela de Milán, y actualmente describen su práctica como influenciada por los modelos Post-Milán y Narrativo.

### 1.2 Objetivos y aplicabilidad

---

El Manual está diseñado principalmente como una herramienta de investigación, que permita realizar estudios en los cuales pueda ser evaluada la efectividad de la Terapia Familiar Sistémica. Por lo tanto, pretende entregar un marco de referencia y guías para la implementación de este tipo de terapia, de manera que los terapeutas puedan tener una versión unificada de ésta (dejando siempre espacio y flexibilidad para la expresión de la propia creatividad y estilo de los mismos).

Con este propósito, el Manual debería ser usado en conjunto con el Protocolo de Adherencia adjunto. Éste está diseñado para medir el grado en que los terapeutas logran seguir los métodos trazados en este Manual.

En el caso de la Investigación, este Manual ha sido diseñado para ser usado por terapeutas familiares entrenados u otros terapeutas con experiencia en Terapia Familiar. La función del mismo es guiar el trabajo terapéutico con familias en un setting clínico. Asimismo, se espera que los terapeutas que lo usen trabajen como parte de un equipo terapéutico con orientación sistémica. Los detalles de la conformación de los equipos terapéuticos serán tratados posteriormente. (ver Sección 5.2)

El Manual también puede ser usado de una manera menos estructurada como marco de referencia para el entrenamiento y la supervisión de terapeutas en formación, así como para desarrollar sus habilidades y destrezas.

### 1.3 Notas sobre el uso del Manual

---

Como cualquier terapia centrada en los aspectos relacionales, la Terapia Familiar Sistémica no sigue una secuencia rígida y predeterminada de tratamiento (Lambert y Ogles, 1988). Por lo tanto, al utilizar el Manual, los terapeutas:

- Deberían familiarizarse con los Principios Guía que influyen todos los aspectos de la terapia que llevarán a cabo al usar este Manual. Además, deberían considerar los principios guía que influyen actualmente su propia práctica, y las relaciones que se dan entre estos. **(ver Sección 2)**
- Deberían tomar en cuenta la sección correspondiente a los modelos de cambio, y contrastarlos con el que influye su propia práctica terapéutica. **(ver Sección 3)**
- Después de haber tomado en cuenta estos aspectos teóricos, deberían empezar a considerar las intervenciones generales utilizadas en el Manual, pensando cuidadosamente acerca de las descripciones que de dichas intervenciones se hace y cómo podrían aplicarse en su propia práctica. **(ver Sección 4)**
- Posteriormente, se entregan guías para convenir las sesiones y la preparación de la terapia misma. Por lo tanto, deberían empezar a seguir los lineamientos del Manual en cuanto reciben la interconsulta, de manera de poder tomar en cuenta los aspectos sistémicos al momento de convenir la terapia. **(ver Sección 5)**
- Una vez realizado esto, deberían usar el Manual para guiar de una manera más específica las sesiones de terapia, mediante la lectura de las guías prácticas entregadas para las sesiones iniciales, intermedias y finales, e intentando cumplir las metas definidas para cada una de estas etapas. Al final de cada una de estas secciones se provee una lista de confrontación para ayudar a los terapeutas a evaluar si han cubierto todos los aspectos propuestos. **(ver Secciones 6, 7 y 8)**
- Deberían considerar los aspectos del trabajo indirecto que favorecen la Terapia Familiar, que deberían ser manejados siguiendo los principios guías sistémicos. **(ver Sección 9)**
- Finalmente, deberían considerar que las prácticas prohibidas no deberían significar una proporción importante de su trabajo, y referirse a ellas durante el curso de la terapia para asegurarse de que no emerjan en ésta. **(ver Sección 10)**

Este Manual es acompañado por un Protocolo de Adherencia, diseñado para determinar el grado en que la práctica del terapeuta refleja lo estipulado por el Manual. Este protocolo puede ser utilizado como una guía personal para los terapeutas o los supervisores que lo utilicen, o de manera más formal por un investigador independiente que necesite establecer el grado de adherencia cuando el Manual sea utilizado como una herramienta para la investigación.

#### **1.4 Práctica ética y diferencias culturales**

---

Al utilizar este Manual, los terapeutas deberían asegurarse de que su práctica sea ética y sensible a las diferencias culturales. Ésta debería cumplir con el Código de Ética del Colegio de Psicólogos. Además, deberían conservar su curiosidad y apertura de mente al trabajar con familias, especialmente cuando los individuos/familias sean de diferente género o condición cultural o socioeconómica. Al respecto, se debería tener cuidado con los prejuicios y motivaciones que desarrollen los terapeutas durante la terapia.

#### **1.5 Ejemplos clínicos**

---

Todo el material clínico usado en este Manual ha sido adaptado de extractos de terapias realizadas en el Centro de Terapia Familiar e Investigación de la Universidad Leeds (LFTRC). Los detalles de identificación han sido eliminados, y los diálogos han sido modificados para resguardar la confidencialidad de los participantes. Queremos agradecer a todas las familias y terapeutas que dieron su permiso para que los procesos terapéuticos en los que estuvieron involucrados sean utilizados para la investigación. Sin su permiso, no habría sido posible llevar a cabo el proyecto de investigación realizado para el desarrollo de este Manual.

## 2. Principios Guía

Estos principios tienen una base teórica, y deberían ser utilizados para orientar el quehacer del terapeuta mientras usa este Manual en su trabajo con familias. Los terapeutas deberían familiarizarse con todos estos principios, aunque pueden privilegiar aquellos que les sean más acordes con sus intereses personales y con las necesidades de la familia con la que están trabajando. Además, deberían considerar estos principios de manera flexible, y decidir cuál(es) podría(n) calzar mejor con las dificultades de la familia, así como también con sus propias construcciones. Para conseguir esto, el principio de autoreflexividad puede ser particularmente útil. (Ver Sección 2.10)

### 2.1 Foco en el sistema

---

Al trabajar con una orientación sistémica, el foco debería centrarse sobre el sistema más que sobre el individuo, particularmente en relación a las dificultades y temas que la familia trae a terapia. Consecuentemente, la mirada que se debería utilizar es que estas dificultades no surgen desde el interior de los individuos, sino de las relaciones, las interacciones y el lenguaje que se desarrolla entre ellos.

### 2.2 Circularidad

---

Dentro de los sistemas se desarrollan pautas de comportamiento, las cuales son repetitivas, circulares por naturaleza y están en constante evolución. Las conductas y creencias que son percibidas como dificultades se desarrollan, por tanto, de manera circular, afectando y siendo afectadas por todos los miembros del sistema.

### 2.3 Pautas e interacciones

---

Para entender las relaciones y dificultades de un sistema, será importante para el terapeuta tener en cuenta las relaciones entre las pautas circulares de comportamiento, y entre las creencias y los comportamientos dentro de los sistemas. El proceso terapéutico debería permitirles a los miembros de la familia considerar estas interacciones desde una perspectiva novedosa o diferente.

### 2.4 Narrativas y lenguaje

---

Los comportamientos y las creencias conforman la base de las historias o narrativas. Éstas son construidas por, alrededor de y entre los individuos y el sistema mismo. El lenguaje utilizado para describir estas narrativas, y las interacciones entre los individuos, construyen la realidad de la vida cotidiana. Las historias que los sujetos viven, por lo general, concuerdan con las historias que son contadas sobre ellos. Sin embargo, cuando las

historias vividas y las historias contadas son incongruentes, se puede producir un cambio, a nivel de los comportamientos y/o en la construcción de nuevas narrativas.

## **2.5 Constructivismo**

---

Este concepto se refiere a la idea de que las personas construyen sistemas de significados autónomos, y que buscan el sentido e interpretan la información novedosa desde ese marco de referencia. En las interacciones sociales, el entendimiento es acotado y afectado por este sistema de significados. Así, las personas no pueden predecir el significado que se le dará a la información que ellos están entregando u ofreciendo a otros. Por lo tanto solo resta la posibilidad de perturbar los sistemas de significados de las otras personas.

## **2.6 Construcciónismo social**

---

Al trabajar en el proceso de cambio con los sistemas, a nivel de las conductas y las creencias, será importante tomar en cuenta las ideas del construcciónismo social. Entre éstas, es particularmente relevante la idea de que los significados son construidos en las interacciones sociales que ocurren entre los sujetos y que son, por tanto, dependientes del contexto, y están en constante cambio, prevaleciendo esto último por sobre el concepto de una única realidad externa.

## **2.7 Contexto cultural**

---

El terapeuta debería considerar la importancia del contexto, en relación a las narrativas y significados culturales con los que las personas viven sus vidas, incluyendo las temáticas de raza, género, clase social, etc. Las relaciones entre estas narrativas, entre la relación terapéutica y su contexto, así como entre el equipo terapéutico y la familia (en un contexto más amplio), deberían ser consideradas tanto al momento de la derivación como a lo largo de la terapia.

## **2.8 Poder**

---

El terapeuta debería tomar una posición reflexiva en relación a las diferencias de poder que existen tanto dentro de la relación terapéutica como al interior de las relaciones familiares.

## **2.9 Co-construcción de la terapia**

---

En las interacciones terapéuticas, la realidad es co-construida entre el terapeuta, su equipo y las personas que comparten el proceso terapéutico. Ellas forman parte del mismo sistema, y comparten la responsabilidad por el cambio y el proceso terapéutico. Se debería prestar

particular atención a las contribuciones que hacen todos los miembros del sistema terapéutico en el proceso de cambio.

### **2.10 Autoreflexividad**

---

El terapeuta debería aplicar el pensamiento sistémico consigo mismo y, de esta manera, rechazar cualquier pensamiento sobre las familias y sus procesos que no se aplique también a los terapeutas y la terapia. La autoreflexividad pone especial relieve sobre el efecto que produce el proceso de terapia en el terapeuta, y en la manera en que esto mismo es una fuente (recurso) de cambio en la familia. Será necesario que el terapeuta esté alerta a sus propias construcciones, funcionamiento y prejuicios, de manera de poder utilizar su persona de manera efectiva con la familia.

### **2.11 Fortalezas y soluciones**

---

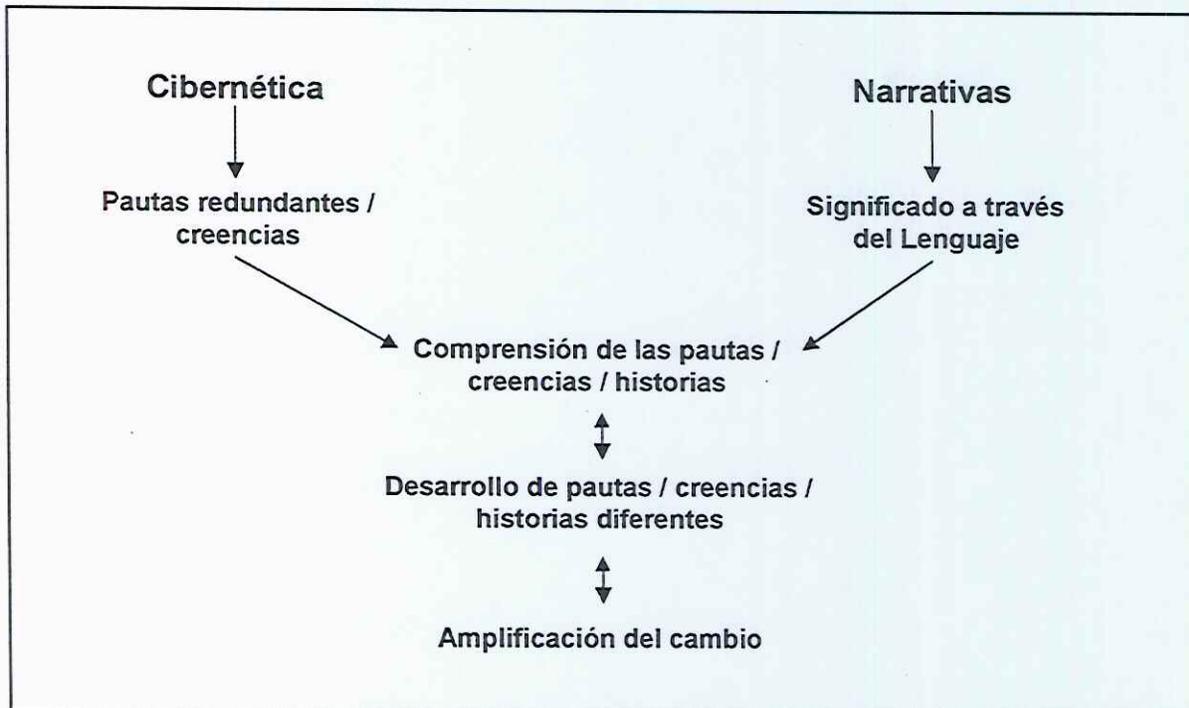
El terapeuta debería tener una visión del sistema familiar positiva y no-patologizante del sistema familiar, a la vez que contemple las dificultades por las que éste atraviesa actualmente. Al sistema familiar que entra en un sistema terapéutico debería considerársele como un sistema que posee abundantes fortalezas y recursos para enfrentar las situaciones difíciles. Es importante que el terapeuta reconozca que existe un multiverso de posibilidades disponibles para cada familia en el proceso de cambio, y que la misma familia estará en la mejor posición para generar soluciones que les acomoden. Para facilitar este proceso, el terapeuta debe prestar atención a las fortalezas y soluciones que se encuentran en las historias que el sistema familiar trae a terapia.

### 3. Cambio Terapéutico

#### 3.1 Modelos de cambio terapéutico

En el trabajo sistémico, distintos modelos de cambio han sido descritos. Al usar este Manual, los terapeutas deberían considerar el modelo de cambio esquematizado en la Figura 1.

Figura 1. Modelo del cambio terapéutico



Los terapeutas trabajan con las familias para entender las pautas de comportamiento, las creencias o historias que han desarrollado, y el contexto más amplio en el que estas viven. A través del proceso de comprensión de estas pautas de comportamiento y de las creencias o historias, los terapeutas podrían introducir información novedosa o diferente en el sistema, utilizando para este fin estrategias activas. La información afectará el desarrollo estas pautas de comportamiento, las creencias e historias y la influencia que éstas tienen en la familia. De esta manera, el terapeuta ayuda a la familia a desarrollar nuevas percepciones o acciones que puede utilizar para enfrentar las dificultades por las que están atravesando. En la Tabla 1 se presentan percepciones que por lo general son útiles para que las familias logren el cambio. Una vez que éste comienza a ocurrir, los terapeutas deberían destacar el proceso de cambio, permitiéndoles así desarrollar nuevos cambios y un entendimiento de cómo el mismo fue posible. Esto le permitirá a la familia desarrollar sus propios recursos para enfrentar satisfactoriamente posibles futuras dificultades.

Será importante para los terapeutas considerar el modelo de cambio con el que trabajan, y tomar en cuenta qué aspectos de éste privilegian actualmente. En otras palabras, ¿Cuál es su objetivo durante el proceso de terapia?

**Tabla 1. Percepciones que son de ayuda para lograr el cambio**

<b>Percepción Inicial de las Dificultades</b>	<b>Percepción a Desarrollar de las Dificultades</b>
Localizadas en el individuo	Surgen del sistema
Incontrolables / Inmodificables	Temporales
Intrínsecas	Accidentales
Culpables	Responsables
Negativas	Bien intencionadas, pero equivocadas
Lineales	Circulares
Parciales	Neutrales

### **3.2 Información general sobre las metas específicas**

Dentro de cada etapa de la terapia existen metas específicas que los terapeutas deberían considerar. Estas metas se mencionan a continuación, y se desarrollan con más detalle en las secciones 6, 7 y 8.

#### **Metas de la Sesión Inicial**

1. Establecer los límites y estructura de la terapia.
2. Construir un vínculo y compromiso con los miembros de la familia.
3. Recopilar y profundizar la información.
4. Establecer las metas y objetivos de la terapia.

#### **Metas de las Sesiones Intermedias**

1. Desarrollar el vínculo.
2. Recopilar información y enfocar la discusión.
3. Identificar y explorar las creencias.
4. Trabajar hacia el cambio a nivel de las conductas y creencias.
5. Retomar las metas y objetivos de la terapia

#### **Metas de las Sesiones Finales**

1. Recopilar información y enfocar la discusión.
2. Continuar trabajando hacia el cambio a nivel de conductas y creencias.
3. Desarrollar el entendimiento de las conductas y creencias en el sistema.
4. Decidir colaborativamente el cierre de la terapia.
5. Revisar el proceso terapéutico.

## 4. Intervenciones del Terapeuta

Los terapeutas disponen de una gama de intervenciones para co-crear el proceso de cambio en su trabajo con la familia. Las cuatro intervenciones listadas a continuación son las más comúnmente utilizadas en la Terapia Familiar Sistémica, y deberían ser usadas a lo largo del curso de la terapia. El grado en que cada una de estas intervenciones deberá ser utilizada varía a través del curso de ésta, y los terapeutas deberían seguir los lineamientos que se entregan a continuación sobre el tema. Las intervenciones adicionales, que son utilizadas de manera menos frecuente, serán destacadas en las secciones correspondientes a las distintas etapas de la terapia. (Secciones 6, 7 y 8)

### 4.1 Preguntas lineales

---

Las preguntas lineales directas, comúnmente, son útiles para reunir y profundizar la información entregada, especialmente al inicio de la terapia. Las preguntas lineales también se pueden construir de manera circular, al formular la misma pregunta (o similar) a los distintos miembros de la familia.

#### Ejemplos de Preguntas Lineales

- ¿Cuántos años tiene?
- ¿En dónde estudió?
- ¿Qué hace Ud. cuando está enojado?
- ¿Qué hace después de eso?

### 4.2 Preguntas circulares

---

Las preguntas circulares tienen como objetivo la observación de la diferencia y son, por lo tanto, una manera de introducir nueva información en el sistema. Son efectivas para aclarar las relaciones de los subsistemas familiares y sus respectivas ideas. Los terapeutas pueden usar una variedad de preguntas circulares, tal como se muestra en la Tabla 2. El uso de las distintas preguntas será más o menos apropiado de acuerdo al progreso de la terapia.

El uso de tipos particulares de preguntas circulares en las diferentes etapas de la terapia serán destacadas a lo largo del Manual. El tiempo en que se formulan las preguntas circulares frecuentemente cambia fluidamente entre el pasado, el presente y el futuro.

## Ejemplos de Preguntas Circulares

Tipo de Pregunta Circular	Ejemplos
Acerca del estado / comportamiento / creencia de otro miembro del sistema	¿Qué cree Ud. que Juan está sintiendo? ¿Qué cree Ud. que Juan está sintiendo cuando le grita? ¿Qué ideas cree Ud. que Juan podría tener al respecto?
Que ofrecen perspectivas alternativas	¿Qué piensa Juan acerca de su rendimiento escolar? Si le preguntáramos a su profesora, ¿Qué diría ella?
Sobre las relaciones - directas - indirectas	¿Acaso las niñas realmente no se pueden ver? ¿Cómo reaccionan los niños cuando los ven a Uds. discutir?
Definiciones Circulares	Cuando Ud. y Juan empiezan a gritar, y Rosita empieza a llorar, ¿Qué hace Juan a continuación?
Acerca de Futuros Posibles	¿Qué pensará Ud. En 5 años? Pregunta del Milagro: Imagine que Ud. despierta mañana por la mañana, y todas las dificultades por las que atraviesa en este momento han desaparecido. ¿Qué cosas serían distintas? ¿Qué efecto cree Ud. que eso tendría en su relación con X?
Preguntas de escala o grado	¿Quién es el que más se molesta cuando no está presente el papá? Y, ¿Quién le sigue? En una escala de 1 a 10, ¿Qué tan cercanos cree Ud. que Juan y María se sienten cuando pelean?

Por último, cabe señalar que aunque varios miembros de la familia serán capaces de responder a preguntas circulares, y pensar acerca de la información de manera circular, para los niños pequeños o aquellas personas con dificultades de desarrollo puede ser cognitivamente imposible ponerse en el lugar de otra persona. (Ver Sección 4.5)

### 4.3 Devoluciones

La realización de devoluciones tiene tres funciones principales:

- Aclarar y reconocer lo comunicado por la familia.

- Realizar un comentario sobre la posición o estado emocional de un miembro de la familia.
- Introducir ideas del terapeuta / equipo, directamente o en forma de Equipo Reflexivo.

(Ver Sección 4.4)

Al realizar devoluciones, los terapeutas se deberían asegurar de que éstas no se extiendan demasiado ni que se conviertan en monólogos. Además, deberían ser realizadas de manera en que estén abiertas a las preguntas o comentarios de la familia, y que no sean vistas como conclusiones finales. Algunas veces, las devoluciones son utilizadas como una manera de organizar la información, previo a la formulación de alguna pregunta a la familia.

#### **Ejemplos de Devoluciones**

- Entonces, permítanme asegurarme de que he entendido. Ud. siente que si dejara de salir totalmente, su papá y su mamá se asegurarían de que Ud. está a salvo. ¿Lo entendí bien?
- Puedo ver que esto le molesta mucho, y sigue siendo un tema de conflicto para Ud. ¿Quién cree Ud. que sería la primera persona en acercarse a consolarla cuando se siente así?
- Ud. ha estado hablando bastante sobre la confianza, y sobre cómo algunas veces durante su infancia y en la adultez le ha sido difícil desarrollarla. ¿Cuánta confianza cree que hay en este momento en la relación entre Ud. y Alejandro?

#### **4.4 Equipos reflexivos**

---

Tienen como objetivo la introducción de las ideas del equipo terapéutico en la terapia, de una manera reflexiva. Hay muchos modelos distintos para realizarlos, y por lo general se adaptan a las necesidades y deseos de la familia. A continuación, se describe un modelo general para introducir e implementar estos equipos.

1. Los equipos reflexivos pueden ser introducidos durante la sesión de terapia o al final de la misma.
2. El formato del equipo reflexivo debería ser negociado con la familia.
3. El equipo reflexivo podrá consistir de algunos o todos los miembros del equipo terapéutico, teniendo siempre en cuenta el número de miembros que lo conforman y los deseos de la familia.
4. Se le debería ofrecer a la familia una gama de formatos, incluyendo:
  - Que el equipo reflexivo se una a la familia y al terapeuta dentro de la sala de terapia.
  - Que la familia y el terapeuta observen al equipo reflexivo a través del espejo de visión unidireccional.
5. Al ofrecer sus reflexiones a la familia, los miembros del equipo deberían asegurarse de que:
  - Son respetuosos con la familia, el terapeuta y los otros miembros del equipo.

- Asumen una posición curiosa y tentativa.
  - Mantienen la conexión con las ideas contribuidas previamente.
  - Mantienen la conexión con el lenguaje utilizado por la familia.
  - Utilizan un lenguaje apropiado para la edad de los miembros de la familia.
  - No saturan a la familia con demasiadas ideas.
  - Mantienen la duración del equipo reflexivo por no más de 10 minutos.
6. El terapeuta debería asumir la responsabilidad de monitorear el efecto del equipo reflexivo en la familia.
  7. Siempre se le deberá dar a la familia la oportunidad de expresar sus comentarios acerca de las ideas y reflexiones del equipo terapéutico.
  8. Se debería obtener retroalimentación por parte de la familia sobre cuán cómodos se sintieron y cuán útil fue el proceso del equipo reflexivo y las ideas que el equipo compartió con ellos.

### **Ejemplo de Equipo Reflexivo**

Un equipo reflexivo es usado al final de una sesión a la cual asistieron papá, madrastra y sus dos hijos adolescentes. Gran parte de la sesión se enfocó en las dificultades que experimentan los padres al momento de fijar límites consistentes para los niños, especialmente por las diferencias que existen entre ellos sobre los estilos de crianza. En este momento están conformando su nueva familia.

**ER1:** Creo que lo que más me llamó la atención al escuchar la discusión de hoy es cuánto han estado pensando Jaime y María en lograr ponerse de acuerdo como padres para poder entregarles a Pedrito y Rosita límites claros de lo que pueden y no pueden hacer en esta familia, sin querer afectar demasiado su propia libertad.

**ER2:** Yo estaba pensando en cómo este proceso de ponerse de acuerdo como padres se ve afectado por el hecho de que Jaime tuvo a su cargo por muchos años la tarea de tomar decisiones y criar a sus hijos. ¿Se siente como un alivio el compartir estas tareas con María, o la negociación que ello implica lo hace más difícil?

**ER3:** Supongo que eso depende de las ideas que tiene la familia sobre el compartir los roles y tareas. Es decir, estaba pensando si ellos ven el rol de madrastra como algo diferente al de una madre en su familia.

**ER1:** Sí, a veces los roles pueden ser bastante diferentes, teniendo cada uno sus ventajas y desventajas. A veces un padrastro puede entregar una nueva perspectiva sobre las cosas, dar un paso atrás y ver las cosas de una manera distinta, tal como frecuentemente María siente que lo ha hecho. Un padre puede disfrutar de una relación de entendimiento especial, pues ha estado cercano al niño durante más tiempo. Podría ser que estas diferencias se puedan usar para complementarse mutuamente.

**ER3:** Yo estaba pensando que estos asuntos pueden estar influenciados por temas de género, porque María decía que ella y Rosita habían desarrollado una relación más cercana, en parte porque ambas son mujeres, y habían distintas expectativas de las cosas que María podría hacer como madrastra.

**ER2:** Siento que estas cosas necesitan de un tiempo para poder negociarlas, y estaba pensando si es este período de negociación el período por el cual ellos están pasando, pues

puede demorarse un poco más cuando los hijos son adolescentes y tienen sus propias ideas de cómo deberían ser las cosas.

**ER1:** Me estaba preguntando qué ideas tendrá la familia acerca de cómo llevar esta negociación un paso más allá, y si es algo que ellos estiman que vale la pena. ¿Es algo que a ellos les gustaría discutir aquí, con nosotros, o ellos sienten que la negociación evolucionará por sí misma?

**TER:** Quizás lo podemos dejar hasta aquí, y yo desarrollaré sus ideas con la familia.

#### **4.5 Intervenciones dirigidas hacia los niños**

---

Es importante para los terapeutas tener en mente las necesidades de los niños en la sesión de terapia. Necesariamente, las intervenciones deberán estar formuladas de manera que calcen con el desarrollo de éstos, tanto a nivel cognitivo como emocional.

- El proceso y las reglas implícitas de la terapia pueden ser especialmente confusas para los niños, y pueden provocarles ansiedad. El vínculo se debe enfocar en los aspectos del mundo con los que el niño se siente familiar o le podrían gustar. Los terapeutas deberían tener un acercamiento amistoso, y no intentar traer a la mano temas que suelen provocar ansiedad. Asimismo, podría ser necesario explicar clara y explícitamente las partes del proceso terapéutico que el niño encuentre confusas.
- Las preguntas deberán ser adaptadas, de manera que los niños puedan entender el significado de las mismas y el tipo de respuesta que se necesita. Esto puede requerir del terapeuta la entrega de ejemplos concretos o el uso de los nombres de las personas a las cuales se refiere. Esto es particularmente importante al formular preguntas circulares que requieran de la persona el ponerse en el lugar de otro. (**Ver Sección 4.2**)
- Los niños suelen utilizar distintos canales para comunicarse, por lo que es importante que los terapeutas no utilicen únicamente canales verbales en su interacción con ellos. Los dibujos, juegos y títeres pueden ser útiles para permitir a los niños comunicar sus ideas, y los terapeutas deberían sentirse cómodos al utilizar estos métodos.

## 5. El Setting Terapéutico

### 5.1 Acordando las sesiones

---

Al preparar la sesión inicial de terapia, los terapeutas deberían empezar por discutir con el equipo terapéutico la información enviada por el derivante. Al momento de decidir a quien citar para la primera sesión, se debería prestar atención a los siguientes factores:

- ¿Quiénes viven en la casa?
- ¿Qué otra(s) persona(s) es identificada como un miembro importante del sistema familiar?
- Eventos vitales de la familia que puedan impedir la presencia de una determinada persona (Ej. nacimiento de un hijo, una separación).
- ¿Es necesario obtener más información del derivante antes de iniciar la terapia?
- ¿Qué otros sistemas profesionales están involucrados con la familia? En relación a:
  - i. Las dificultades actuales.
  - ii. Otras dificultades, como por ejemplo, protección de menores.
- ¿Será útil acordar una reunión profesional o con las redes previo al inicio de la terapia?

Los terapeutas deberían escribir primero una carta a la familia, utilizando la plantilla provista. (Ver Anexo 1)

Una semana antes de la sesión inicial de terapia, el terapeuta debería realizar una llamada telefónica para discutir los términos de la terapia con la familia. Dado que lo más probable es que hable únicamente con un miembro de ésta en el contacto, le deberá pedir a esta persona que le transmita el mensaje al resto de los miembros de la familia. Los temas que se deberían tratar en la llamada telefónica son:

- Forma de trabajo del equipo terapéutico.
- Asistencia (quien asistirá, como llegar al lugar de la terapia y las posibles dificultades acerca de la asistencia).
- El interés del terapeuta por escuchar las ideas de todos los miembros de la familia.
- Grabación de la(s) sesión(es) en video.
- Confidencialidad.

### 5.2 El equipo

---

El equipo con el cual Ud. trabaje debería cumplir con los siguientes lineamientos:

- Incluir por lo menos dos terapeutas familiares acreditados (ante la Comisión Nacional de Acreditación de Psicólogos Clínicos).
- Uno de los terapeutas acreditados debería estar en la sala de terapia, y el otro debería estar con los otros miembros del equipo en la sala de observación.

- Los miembros del equipo deberían haber leído e incorporado los principios guía en sus reflexiones. **(Ver Sección 2)**
- El equipo debería incluir en sus observaciones tanto las acciones de la familia como las del terapeuta.
- El equipo debería tener, por lo menos, un método para observar al terapeuta: espejo de visión unidireccional, observación dentro de la sala de terapia, etc.
- El equipo debería utilizar, por lo menos, un medio de comunicación entre el equipo y el terapeuta: citófono, auricular, interrupciones, etc.

### 5.3 Uso de video

---

Debería garantizarse la capacidad para grabar las sesiones de terapia en video, y el permiso de la familia para realizar esto debería solicitarse de una manera en la que claramente se explicita lo que implica para ellos el permiso que están otorgando. **(Ver Sección 6.1)**  
El permiso debería confirmarse utilizando la solicitud provista. **(Ver Anexo 2)**

### 5.4 Planificación previa a la terapia

---

Al preparar la primera sesión, el terapeuta y el equipo deberían juntarse por al menos 15 minutos previo al inicio de la misma, y considerar los siguientes tópicos:

- Construir un genograma con la información provista por el derivante. **(Ver ejemplo de Genograma)**
- Resumir los principales temas señalados por el derivante.
- Tomar en cuenta los eventos vitales recientes de la familia.
- Considerar las dificultades que podrían presentarse para establecer un buen vínculo, y como solucionarlas.
- Tomar en cuenta temáticas del sistema más amplio, y definir las redes.
- Realizar una “lluvia de ideas” con temas, hipótesis y sugerencias que puedan ser relevantes para la familia.

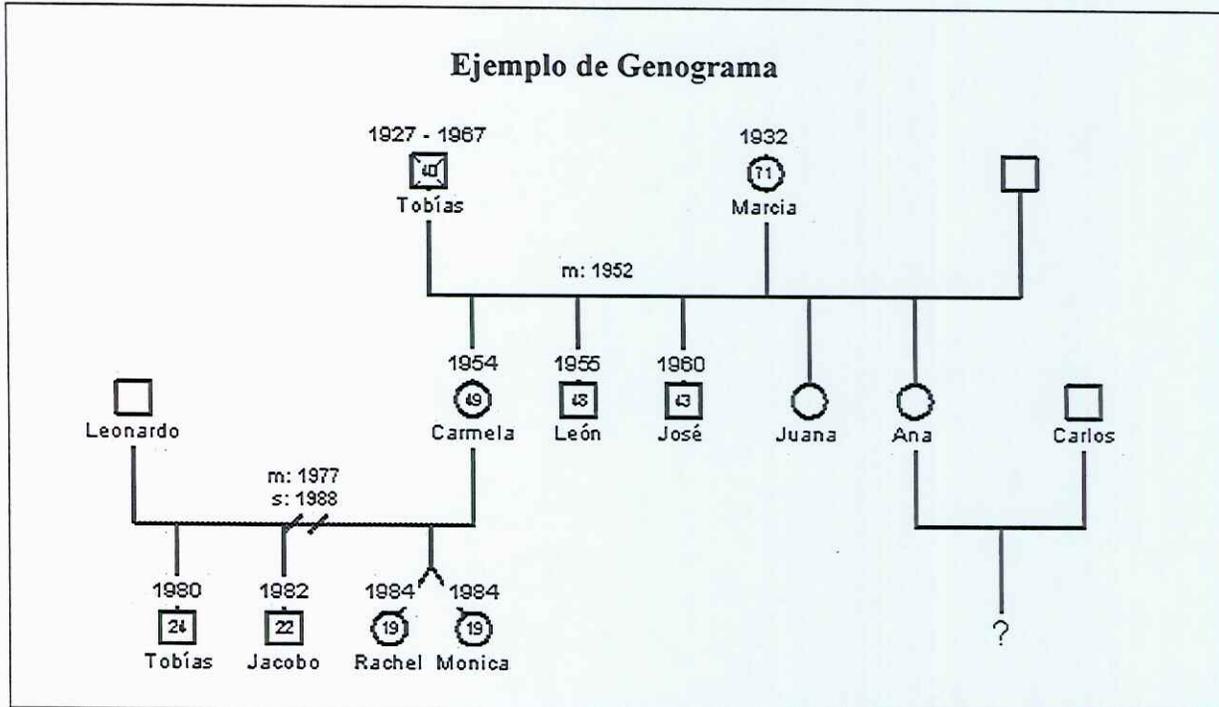
#### **Genogramas**

Los genogramas son un medio para conceptualizar visualmente, en términos de los miembros y sus relaciones, a la familia y el sistema más amplio. Deberían incluir la siguiente información:

- Todos los miembros del sistema familiar, incluyendo miembros adoptivos.
- Delimitación de la familia nuclear.
- Todos los miembros del sistema familiar extenso.
- Fechas de nacimiento.
- Muertes, con sus respectivas fechas.
- Uniones y matrimonios, con sus respectivas fechas.

- Separaciones y divorcios, con sus respectivas fechas.
- Embarazos, pérdidas y abortos, con sus respectivas fechas.
- Profesiones, ocupaciones.

Cualquier información que falte en la hoja de derivación, debería ser anotada y solicitada a la familia en la sesión inicial.



### 5.5 Trabajo pre y post sesión

El terapeuta y el equipo terapéutico deberían dejar 15 minutos antes y después de cada sesión, para preparar su reunión con la familia y revisar los progresos de la terapia respectivamente. Los temas a tratar en estas discusiones deberían incluir:

#### Pre-Sesión

- Resumen de los principales temas abordados en la sesión anterior.
- Información obtenida en la sesión anterior que necesite ser profundizada.
- Cualquier contacto que el terapeuta haya tenido con la familia o la familia extensa.
- Las hipótesis, temas o formulaciones que la familia esté aportando actualmente.
- Cualquier temática entre el equipo y el terapeuta que se considere deba ser tratada.
- Cualquier temática entre la familia y sus propios miembros o el equipo, que se considere deba ser tratada.

## Post-Sesión

- Resumen de las principales intervenciones del terapeuta, y las respectivas respuestas por parte de la familia.
- Ideas para las próximas sesiones, y temas tratados previamente a los que se necesite volver. Por ejemplo, áreas no exploradas, hechos por confirmar, etc.
- Retroalimentación hacia el terapeuta, por parte del equipo, respecto de sus observaciones.
- Reflexiones del terapeuta sobre los temas traídos a la mano por el equipo durante la sesión.
- Revisión de la información importante. Por ejemplo, eventos del ciclo vital, elementos del genograma, etc.

## 5.6 Correspondencia

---

La correspondencia debería ser usada a lo largo de la terapia, para mantener contacto con el sistema familiar y la red extensa. En los **Anexos I, III, IV y V** se entregan muestras de correspondencia.

Durante este contacto, lo escrito por el equipo terapéutico debería tener siempre como base los principios guías descritos en la **Sección 2**. Es particularmente relevante el tema de comunicarse con todo el sistema, y no patologizar a los individuos. Se deberá prestar atención al lenguaje utilizado, de manera que sea fácilmente entendible y que refleje las contribuciones de la familia al proceso terapéutico.

## 5.7 Ficha de caso

---

Todos los registros escritos deberán ser respetuosos, legibles, con fecha, firmados y sin abreviaciones. Cualquier alteración o corrección que se realice deberá ser marcada claramente, y firmada por quien la realice.

Las fichas de caso deberían incluir:

- Hoja de información de la familia.
- Genograma.
- Información del derivante.
- Cualquier otra comunicación escrita, de o hacia el centro donde se realice la terapia.
- Registro de asistencia.
- Notas de sesión.
- Notas sobre los contactos realizados desde o hacia el centro donde se realice la terapia.

## 5.8 Ficha de sesión

---

El equipo terapéutico debería realizar notas de sesión para cada encuentro entre el terapeuta y la familia. De esta manera, las fichas pasan a ser un registro observacional del proceso de terapia.

Las fichas de sesión deberían incluir:

- Fecha y número de sesión.
- Asistentes a la terapia.
- Nombre del terapeuta y de los miembros del equipo.
- Principales temas abordados en la sesión, incluyendo las palabras clave del lenguaje utilizado por la familia.
- Observaciones del equipo, claramente rotuladas como impresiones.
- Registro de las intervenciones.
- Ideas, puntos o decisiones clave para retomar en sesiones posteriores.

Los miembros del equipo deberían registrar sus notas de sesión en la hoja de registro que se proporciona con el Manual. (Ver Anexo VI)

## 6. Sesiones Iniciales

Las sesiones iniciales corresponden a la primera y segunda sesión del proceso terapéutico. Si se estima que se ha logrado un buen vínculo con la familia y que todas las metas para las sesiones iniciales se han logrado durante la primera sesión, el terapeuta podrá proceder con las metas correspondientes a las sesiones intermedias. **Ver sección 7.** Si este no es el caso, se deberá continuar en la segunda sesión con el foco puesto en lograr las metas propuestas para las sesiones iniciales.

### Metas para las Sesiones Iniciales

1. Establecimiento de los límites y estructura de la terapia.
2. Construcción del vínculo e involucramiento de los miembros de la familia.
3. Recopilación y profundización de la información.
4. Establecimiento de las metas y objetivos de la terapia.

### 6.1 Establecimiento de los límites y estructura de la terapia

Durante las etapas iniciales, es importante que el terapeuta demarque los límites de la terapia, compartiendo esta información con la familia y/o el sistema profesional que los orientó hacia la necesidad de buscar ayuda. La entrega de esta información se facilita con una exposición simple de parte del terapeuta, la cual debería incluir:

- **Presentación**

El terapeuta debería presentarse como miembro de un equipo, y explicar el rol y el contexto en el que se enmarca su trabajo (tanto del equipo como del centro en el que se realice la terapia).

- **Trabajo en Equipo**

El terapeuta debería explicar que forma parte de un equipo, y que la función del mismo es generar ideas y ayudar al terapeuta a lograr un mayor entendimiento de la familia o sistema. El terapeuta debería explicitar cuántos miembros lo conforman, y el currículum de cada uno de ellos. Se debería explicar también el uso del apoyo tecnológico, como los citófonos, el espejo de visión unidireccional, etc.

- **Video**

El terapeuta debería explicarle a la familia que por lo general las sesiones son grabadas en video, pero que las cámaras **AÚN NO** están encendidas. El propósito de la grabación (investigación, revisión y supervisión) debe ser explicitado claramente, así como también el lugar donde se guardarán las grabaciones y quienes tendrán acceso a ellas.

Se debe ofrecer a la familia la posibilidad de decidir si autoriza o no la grabación de la sesión, y la hoja de permiso para grabar debe ser entregada al final de la sesión, dándole a la familia la oportunidad de decidir si quiere que el video de esa sesión sea borrado. (**Ver Apéndice II**)

- **Confidencialidad**

El uso confidencial de las cintas de video, así como de cualquier información que surja durante las sesiones deberá ser explicitado. Además, se debería demarcar los límites de la confidencialidad, específicamente en relación con otros sistemas y a la protección de los menores de edad.

- **Estructura de las sesiones**

Se debería entregar información sobre la duración de cada sesión, la pausa y el uso de la retroalimentación del equipo (a través de mensajes o del equipo reflexivo). Se deberá explicar que durante la pausa se dejará de grabar y se cubrirá el espejo.

- **Estructura de la terapia**

Se debería explicar que si la familia o el equipo deciden que se realizará una nueva sesión, ésta se llevará a cabo aproximadamente cada 4 semanas, en el mismo día, hora y lugar. Asimismo, se debería explicar que la duración de la terapia será convenida conjuntamente entre la familia y el equipo, en concordancia con sus necesidades y deseos.

- **Preguntas**

Se debería dejar un tiempo para darle a la familia la oportunidad de hacer preguntas y conocer al equipo. Se debe confirmar la autorización para grabar en video, e informar a la familia cuando se procederá a encender la cámara.

## 6.2 Construcción del vínculo e involucramiento de los miembros de la familia

- **Ambiente Contenedor:** Es muy importante que, desde el inicio, el terapeuta provea un ambiente cálido, contenedor y empático, para incrementar la confianza, el rapport y construir la relación terapéutica. El terapeuta debería trabajar para ayudar a la familia a sentirse comprendida, aceptada, confortada y menos ansiosa. Para lograr esto, se deberían incluir acciones tales como ordenar la sala de terapia de una manera confortable y segura para los niños, y dejarles en claro que tienen la libertad para jugar o dibujar durante la sesión.
- **Escuchar a todos:** El terapeuta debería intentar escuchar a todos los miembros de la familia/sistema, haciendo en un principio contacto a nivel individual, y estableciendo el nivel de contribución que cada uno de ellos siente que puede aportar a la discusión, tanto por claves verbales y no verbales. El terapeuta debería intentar dejar claro que cada uno de los miembros del sistema puede contribuir a la discusión si así lo desean.
- **Neutralidad:** El terapeuta no solo debería intentar escuchar todos los puntos de vista, sino también establecer el interés de cada uno de ellos en las diferentes perspectivas que puedan surgir dentro del sistema. En este punto, a menos de que surja alguna preocupación importante con respecto a la seguridad o confidencialidad, el terapeuta debería permanecer neutral con respecto a las dificultades, temas y posiciones que la familia presenta.

### **6.3 Recopilación y profundización de la información**

---

La información debería ser recogida por el terapeuta para orientarse y permitirse escuchar más sobre las dificultades que la familia trae a terapia. Se debería recopilar información concerniente a los siguientes temas:

- **El contexto de la terapia:** La decisión de venir a terapia, la relación con el derivante, experiencias previas de terapia, preocupaciones o dilemas y las expectativas del sistema con respecto a lo que sería un buen resultado de la terapia.
- **El sistema:** El recoger información sobre el sistema, y su relación con otros sistemas, será importante en las etapas iniciales para desarrollar una visión más amplia de la composición, las relaciones, la historia y las pautas de la familia. Por lo tanto, la información no debería incluir únicamente hechos (edad de los integrantes, quien es quien, etc), sino también las relaciones y roles que ellos han desarrollado dentro del sistema. La información concerniente al sistema debería ser comparada y agregada al Genograma generado en la planificación previa a la terapia.
- **Las dificultades o temáticas actuales:** Si la familia introduce información sobre sus dificultades, será importante acogerla y abrir un diálogo más amplio, integrando los puntos de vista de todos. En esta etapa inicial, se debería prestar atención a la identificación de pautas de comportamiento que se definan como problemáticas, siendo apropiado también una primera exploración a las explicaciones y creencias que se hayan desarrollado en torno a éstas.
- **Soluciones y Logros conseguidos:** Es importante tener en cuenta las acciones que la familia ha realizado para intentar solucionar las dificultades, así como la evaluación de la efectividad de las mismas. Si se torna complicado para la familia generar ejemplos concretos de las cosas que han intentado, puede ser útil plantear ideas hipotéticas para soluciones a futuro.

La información se debería recoger de manera circular. Aunque en esta primera etapa de la terapia es apropiado formular preguntas lineales, la circularidad se puede mantener uniendo múltiples preguntas lineales de manera circular entre los miembros de la familia.

### **6.4 Establecimiento de las metas y objetivos de la terapia**

---

El terapeuta debería considerar junto al sistema familiar cuáles son las metas y objetivos de la terapia. ¿Qué espera obtener la familia de la reunión actual? Y, en términos amplios, ¿Cuáles son los distintos puntos de vista al respecto?, y ¿Cómo puede afectar esto a la terapia?

El establecimiento de las metas debería ser planteado en una manera que exprese la posibilidad de cambio, y debería transmitir la expectativa de que el cambio es posible y de que es muy probable que el equipo terapéutico pueda trabajar con la familia en esa dirección. Esto se realiza con intención de fortalecer la confianza de la familia en su propia habilidad para hacer cambios.

### Lista de chequeo: Sesión Inicial

Ahora que ha terminado la(s) sesión(es) inicial(es) de terapia:

- ✓ ¿Sabe quién es quien en la familia?
  - ✓ ¿Ha delimitado su manera de trabajo y el setting?
  - ✓ ¿Ha presentado el equipo terapéutico a la familia?
  - ✓ ¿Ha discutido el tema de la confidencialidad?
  - ✓ ¿Le ha dado a la familia la oportunidad de hacer preguntas sobre el proceso terapéutico?
  - ✓ ¿Ha empezado a desarrollar el vínculo con todos los miembros de la familia?
  - ✓ ¿Sabe de otras personas significativas en el sistema extenso?
  - ✓ ¿Tiene una idea clara de los problemas o dificultades que aquejan a la familia?
  - ✓ ¿Ha escuchado los puntos de vista de todos los miembros de la familia con respecto a las dificultades?
  - ✓ ¿Tiene una idea de las soluciones y estrategias que la familia ha intentado implementar?
  - ✓ ¿Tiene ideas sobre la fortalezas de la familia?
  - ✓ ¿Tiene una idea de lo que la familia quiere cambiar o quisiera que fuera diferente?
  - ✓ ¿Ha recordado obtener el permiso escrito para grabar las sesiones?
  - ✓ ¿Se ha puesto en contacto con el derivante para informar sobre el proceso?
- (Ver Anexo III)

## 7. Sesiones Intermedias

### Metas durante las sesiones intermedias

1. Desarrollar y monitorear el vínculo.
2. Recopilar información y enfoque de la discusión
3. Identificar y explorar las creencias
4. Trabajar hacia el cambio a nivel de las conductas y creencias
5. Regreso a las metas y objetivos de la terapia

#### 7.1 Desarrollo del vínculo

El terapeuta debería desarrollar una relación terapéutica co-construida. Además de prestar atención a los tres aspectos del vínculo (facilitar un ambiente contenedor, escuchar a todos y neutralidad) desde la sesión inicial, debería:

- Crear y ofrecer alternativas acerca del proceso de terapia.
- Resolver problemas en el sistema familia-terapeuta-equipo en el momento en que aparecen. Para esto se requiere que los terapeutas provean suficiente tiempo para las discusiones pre y post sesión con el equipo (ver Sección 5.5), y para discutir el proceso de terapia con la familia (junto a cualquier duda o preocupación que les surja con respecto a éste).

#### 7.2 Recopilación de la información y enfoque de la discusión

El terapeuta debería seguir recopilando información, poniendo énfasis en situar el foco de la discusión en la sesión actual, de manera de poder mirar con más detalle, o desde una perspectiva distinta, los temas que surgieron de manera más amplia en las sesiones iniciales. El rol del terapeuta en el desarrollo de esta discusión es el de desarrollar los temas y mantener en el foco la discusión. La información puede centrarse habitualmente en los siguientes temas:

- **Los problemas o dificultades actuales:** El terapeuta debería seguir recopilando información sobre los problemas o dificultades presentadas actualmente, poniendo énfasis en las consecuencias y efectos de los comportamientos. Además, deberían localizar las pautas de comportamiento y retroalimentar a la familia acerca de las interacciones y secuencias conductuales o emocionales que se están discutiendo o se observan. Esta información debería ser recopilada de una manera que permita el desarrollo de descripciones conductuales circulares.

- **La familia y el sistema extenso:** La información sobre la familia y el sistema extenso es necesaria para entender la información y las historias presentadas por la familia. La recopilación de esta información debería ir disminuyendo con respecto a las sesiones iniciales. En la medida en que el terapeuta se hace más familiar con cada uno de los miembros de la familia y sus roles, el foco de la información se deberá dirigir hacia las interacciones.
- **Soluciones y Éxitos:** El foco en los éxitos y soluciones disponibles para la familia debería incrementarse a lo largo de la terapia.

### 7.3 Identificar y explorar las creencias

El terapeuta debería identificar y explorar los pensamientos, creencias, mitos y actitudes de la familia, ya que éstos pueden estar contribuyendo a sus dilemas o dificultades actuales.

En esta parte del proceso terapéutico, el terapeuta debería estar empezando a hacerse una idea general de las ideas y creencias que influyen el comportamiento de los miembros de la familia. Asimismo, debería elaborar una descripción circular de las dificultades con las que la familia está lidiando. Las preguntas circulares pueden ser usadas para explorar las creencias y prejuicios que sirven de base a las conductas.

#### Ejemplo:

El padre y la madrastra de una familia conversan sobre las creencias de sus respectivos padres en cuanto a la crianza y cuidado de los niños, en relación a las soluciones que les han ofrecido sus abuelos y amigos para la crianza de sus hijos adolescentes. El terapeuta está tratando de explorar las ideas sobre el cuidado de los niños, de dónde se han desarrollado y cómo pueden evolucionar a futuro.

**Pad:** Bueno, mi madre tendría mucho que decir al respecto. Quiero decir, si alguno de nosotros nos portábamos así, siempre había mano dura. Nunca habríamos logrado salirnos con la nuestra.

**Ter:** Y, ¿De dónde cree Ud. que salen sus ideas y valores sobre cómo criar a los hijos? ¿De sus propios padres?

**Pad:** Bueno, en realidad no tanto. O sea, yo creo que estoy en desacuerdo con muchas de sus ideas de cómo hacer las cosas. Me parece más bien que me guío por la iglesia. Es allí donde me he formado.

**Ter:** ¿Y desde cuándo empezó Ud. a seguir las ideas de la iglesia?

**Pad:** Creo que alrededor de los 20 años, pero me interesó siempre. Jane (madrastra) ha asistido desde pequeña, y yo diría que su familia era más cristiana que la mía, ¿verdad?

**Mad:** Sí, yo siempre he ido a la iglesia.

**Ter:** ¿Cuáles son los valores de la iglesia que los han influenciado como padres?

**Mad:** Bueno, en realidad, el sentimiento de compartir. Creemos que es importante que los dos nos interese en los niños, y mostrarles que nos importan. No solamente uno. Pero no sé si siempre lo logramos.

**Ter:** (a los hijos adolescentes) Cuando ustedes dos sean padres, ¿de dónde creen que vendrán sus valores?

**Hijo:** De ninguno de los dos. Bueno... creo que soy un poco como mi papá, quizás sería un poco como él.

**Ter:** (hacia el hijo) Y si tú fueras padre, y estuvieras en la situación en la que ellos están ahora, ¿Qué les aconsejarías?

La exploración de las creencias familiares no debería ser usada solamente para observar la dificultad actual, sino para observar un rango más amplio de actividades de la familia. El terapeuta debería explorar las creencias en relación a:

- **Las dificultades actuales.**

Ejemplo. ¿Qué ideas se le han ocurrido a su esposa para explicar el comportamiento que Juan está mostrando?

¿Cómo entiende Ud. la idea de que Pedro está menos preocupado por el comportamiento que María?

- **Las relaciones dentro del sistema familiar y con el sistema extenso.**

Ejemplo. ¿Quién siente que lo más importante es seguir?

- **Las soluciones que se han intentado o hipotetizado.**

Ejemplo: ¿Qué te dio la confianza para seguir adelante con esta nueva idea?

¿De dónde salió la idea de enfrentar los problemas de esta manera?

- **Los logros en todos los aspectos de las relaciones y vida familiares y del sistema extenso.**

Ejemplo: ¿Qué podría ser considerado como un logro dentro de su familia?

Si los abuelos de Juan estuvieran aquí, ¿Verían eso como un logro o tendrían una opinión distinta acerca de los logros?

- **El proceso terapéutico, y las creencias acerca de la terapia.**

Ejemplo: ¿Qué los llevó a tomar la decisión de no traer a los niños a la sesión de hoy?

¿De qué maneras cree Ud. que Juanita se sintió descontenta con la terapia a la que asistió el año pasado?

- **El comportamiento de la familia durante la terapia.**

Ejemplo: María se ve afectada, ¿Qué cree Ud. que fue tan molesto para ella al hablar de las dificultades por las que están pasando?

#### 7.4 Trabajar hacia el cambio a nivel de las conductas y creencias

- **Confrontar las ideas y patrones existentes:** El terapeuta debería moverse junto a la familia hacia una posición en la que sean capaces de cuestionar sus propias creencias,

percepciones y sentimientos. El uso de preguntas circulares, perspectivas alternativas y preguntas por un posible futuro pueden ser de particular ayuda para lograr este objetivo.

**Ejemplo:**

Un niño de 12 años (Juan) está discutiendo acerca de cómo se siente culpable cuando las cosas en la familia están mal, o cuando él y su mamá pelean. El terapeuta empieza por aclarar cuales son las suposiciones del niño, y luego cuestiona algunos de los aspectos lineales de esas suposiciones.

**Juan:** Bueno, sé que debo ser yo, por que es a mí a quien siempre le gritan.

**Ter:** Entonces tú a veces te sientes culpable por las cosas que ocurren en casa.

**Juan:** Bueno, principalmente.

**Ter:** ¿Y quién cree que podría convencerte de que no es así?

**Juan:** Bueno, a veces Nana me dice que las cosas no son mi culpa, y que yo y mi mamá deberíamos escucharnos más, pero, creo que la culpa debe ser mía o de mi mamá.

**Ter:** ¿Y tiene que ser tú o tu mamá quien tenga la culpa?

**Juan:** Bueno, no lo sé, a veces todos tenemos la razón.

**Ter:** ¿Cómo explicaría Nana esas ocasiones en que tú y tu mamá se llevan bien?

**Juan:** Bueno, ella dice que estamos bien cuando ambos paramos y nos escuchamos, a veces nos podemos arrancar la cabeza por nada, cuando nadie en realidad ha hecho algo malo.

- **Proveer distancia entre la familia y el problema:** Esto permite liberar a la familia de la presión de las dificultades, de manera que puedan pensar y reflexionar sobre ellas. El uso de preguntas circulares, perspectivas alternativas y preguntas por un posible futuro suelen ser de ayuda para lograr este objetivo.

**Ejemplo:**

El terapeuta está conversando con una madre, que ha estado asistiendo a terapia junto a sus hijos. Desde la separación de su pareja le ha resultado difícil cumplir con las crecientes demandas del cuidado de los niños, y a veces ha sentido que tiene escasa capacidad para salir adelante. El terapeuta está tratando de trabajar en dirección a crear más distancia entre la madre y la situación en la que ella refiere estar, de manera de permitir un espacio de reflexión acerca de esa posición.

**María:** A veces me siento muy inadecuada como madre. Constantemente me encuentro dudando de mi propio juicio.

**Ter:** Si nos reuniéramos con un grupo de padres solteros, ¿Cree Ud. que esa sería una preocupación para la mayoría de ellos? ¿Dirían ellos que tomar decisiones parentales de manera individual es muy demandante porque no tienen la confirmación inmediata de otro adulto?

**María:** Bueno, quizás. Pero es muy difícil porque no hay otro adulto allí, y los niños son muy rápidos para contestar cosas como "otras mamás no hacen eso" o cosas por el estilo, entonces la mamá les deja hacer esto o aquello.

**Ter:** Cuando sus hijos crezcan, ¿Cree que ellos apreciarán más la labor que está haciendo, y su determinación por hacer lo mejor para ellos?

**María:** Bueno, eso espero. Creo que a veces ellos se dan cuenta de cuán difíciles son las cosas para mí estando sola, de cuánto más tengo que hacer, y de cuán exhausta estoy.

**Ter:** Cuando ellos sean padres, ¿Cree Ud. que ellos verán el esfuerzo que Ud. ha estado haciendo por ser padre y madre a la vez?

- **Externalización.** Una manera específica de proveer distancia entre la familia y las dificultades por las que están atravesando, y que además es muy útil cuando éstas son vistas como localizadas en un solo miembro de la familia, es la externalización del problema. Esto es, otorgarle al problema una realidad externa y objetiva fuera de la persona. Esto puede ser útil para movilizar los recursos de la familia hacia la búsqueda de una solución y nuevas maneras de pensamiento que les permitan enfrentar mejor sus dificultades.

**Ejemplo:**

El terapeuta está hablando con un niño de 10 años (Max) durante el curso de una sesión. Max ha estado describiendo el mal carácter que puede tener, especialmente en la escuela. Los miembros de la familia están de acuerdo en que Max tiene un mal carácter. El terapeuta está trabajando con miras a externalizar el mal carácter de Max, de manera de que él y su familia puedan tener influencia sobre los temperamentos.

**Ter:** ¿Podemos ponerle un nombre a este mal carácter?

**Max:** Bueno, es una especie de yo cuando estoy más enojado. Supongo que "Max Enojado".

**Ter:** Cuando "Max Enojado" anda cerca, ¿Qué efecto tiene sobre tus amistades en la escuela?

**Max:** Bueno, cuando es peor, "Max Enojado" me puede poner muy peleón, y mis amigos se mantienen alejados de mí.

**Ter:** Entonces, cuando "Max Enojado" anda cerca, tus amigos se alejan. ¿Qué pasa cuando "Max Enojado" no está?

**Max:** Bueno, suelo jugar fútbol con mis compañeros.

- **Reencuadre.** Esto es, reetiquetar de manera positiva las ideas y descripciones entregadas por los miembros de la familia, en una manera que sea consistente con sus realidades. Generalmente, las preguntas circulares son las más útiles para generar reencuadres con la familia.

**Ejemplo:**

Un padre está definiéndose a sí mismo y su estilo de crianza como "el problema" en relación a los problemas de sus hijos adolescentes. El terapeuta trabaja hacia una redefinición de las descripciones del comportamiento como menos problemático, y ofreciendo una visión positiva para la familia.

**Padre:** Básicamente, creo que soy muy inconsistente. La respuesta que mis niños recibirán de mi parte depende del ánimo con el que esté, o cuan ocupado estoy.

**Ter:** Estoy pensando en la inconsistencia, ¿Para quién es un problema?

**Padre:** Bueno, creo que para ellos. No saben que esperar de mí la mayoría del tiempo.

**Ter:** ¿Eso deja a sus hijos sin saber en donde están parados, o los deja en una posición en la que tienen que decidir por sí mismos?

**Padre:** Bueno, ambas cosas. Nunca lo había pensado de esa forma, pero siento que no siempre pienso antes de reaccionar.

**Ter:** Cuéntame María, ¿Cuáles son algunas de las cosas útiles de que tu papá a veces no piense antes de reaccionar?

- **Desarrollar nuevas historias o explicaciones**, ya sea mediante la facilitación de la evolución de nuevas ideas o narrativas de la familia o por la introducción de éstas por parte del terapeuta. Todos los miembros de la familia tienen historias sobre sus vidas, las vidas de otros miembros de la familia y la vida de la familia misma. Ellos le darán importancia a cierta información del mundo que los rodea para construir esas historias y negar otros aspectos. La exploración de la información no entregada puede permitir el desarrollo de historias que sean de mayor utilidad para resolver los conflictos que los aquejan. La información que no se entrega frecuentemente se refiere a:

- Logros
- Soluciones
- Excepciones
- Otras fortalezas

El terapeuta debería estar atento a recabar esta información a medida que la terapia progresa, utilizando preguntas circulares de manera no amenazante. Por lo general, las preguntas circulares que apuntan al ofrecimiento de distintas perspectivas, pueden ser útiles para este objetivo. Como es probable que la información sea obviada por parte de la familia, incluso aunque sea incorporada a la conversación terapéutica, puede ser útil enfatizar esta información mediante afirmaciones del terapeuta o mensajes del equipo reflexivo.

#### **Ejemplo:**

**Mamá:** Susana siempre ha querido ser enfermera. Ella entró al entrenamiento para enfermeras, pero como es usual, lo arruinó todo. Ella siempre hace las cosas de la manera más difícil. Ella continuó con su sueño de ir a la universidad, y entrar de alguna manera, incluso después de haber fallado en los exámenes. Ahora está haciendo de auxiliar de enfermería voluntaria.

**Ter:** Ella ha seguido trabajando como auxiliar de enfermería, parece que está decidida. Me parece impresionante que haya encontrado otra manera de cumplir su sueño, y no dejarse vencer. ¿De donde obtiene ella tanta determinación?

- **Elicitar Soluciones:** Resulta de gran utilidad el recopilar información sobre las soluciones que la familia ha intentado o que considerarían útiles para lidiar con las dificultades. Las ideas generadas por ellos son usualmente las más útiles, y las preguntas lineales son frecuentemente usadas para obtener un panorama general de las soluciones que la familia ha intentado o pensado. Si le es difícil a la familia generar

logros, el uso de preguntas circulares orientadas hacia el futuro –como la pregunta del milagro– pueden ser útiles. No obstante, en ocasiones puede ser útil para el terapeuta o el equipo terapéutico el ofrecer ideas para empezar un proceso en el que la familia pueda generar sus soluciones. Si esto es necesario, las ideas entregadas deberían ser tentativas y lo suficientemente flexibles como para permitirle a la familia estar en desacuerdo o construir a partir de ellas.

**Ejemplo:**

El terapeuta está conversando con una madre y sus tres hijos. Ellos están teniendo dificultades para llevarse bien entre sí, lo que es intensificado por el estrecho lugar en el que viven y la sensación de no tener espacio propio.

**Ter:** Así que parece importante para Ud. el poder mantener privadas algunas cosas, y tener un espacio que sea de su propiedad. ¿Qué ideas ha tenido para poder obtener esto?

**Mamá:** Bueno, hemos intentado el permitir que los niños le pongan seguro a sus habitaciones, de manera que no puedan estar entrando y saliendo de las habitaciones de los otros, discutiendo por cosas. Pero eso parece que ocasionó más discusiones, porque ahora se paran afuera de la puerta y le gritan al otro para que los deje entrar.

**Ter:** Y entonces, ¿Qué más ha intentado?

**Mamá:** Bueno, hemos intentado de todo...

**Ter:** Francisca, ¿Qué quiere decir tu mamá con eso? Cuéntame un poco más sobre todas las cosas que la familia ha intentado.

**Francisca:** Bueno, cuando nos quitaron las llaves, le dije a Diego y a Catalina que tenían que tocar la puerta antes de entrar, pero nunca lo hicieron, especialmente él. Entonces mamá dijo que íbamos a tener que jugar en el primer piso siempre, pero eso no duró mucho, porque cuando invito a alguna amiga, quiero llevarla arriba.

**Ter:** Entonces, Diego, tu hermana dice que todos han intentado colaborar con ideas. ¿Me contarías qué otras cosas han intentado?

**Diego:** Nada más.

**Ter:** Bueno, y ¿Podrías pensar sobre otras cosas que tu creas que pueden ayudar, y que no se hayan intentado aún?

**Diego:** No, parece que nada funciona.

**Ter:** Imagina que en un mes Francisca y Catalina ya han dejado de entrar a tu habitación, ¿Qué tendría que haber ocurrido para que eso fuera posible?

**Diego:** Bueno, mamá tendría que haberles dicho claramente que dejaran de hacerlo, y les dijera “no van a ver televisión” y cosas por el estilo.

**Ter:** Catalina, ¿Crees tú que Diego dejaría de entrar a tu habitación si tu mamá le dijera eso a él?

**Catalina:** No. El entraría de todas maneras.

**Ter:** Y, ¿Qué crees que le podría a ayudar a Diego para dejar de entrar?

**Catalina:** “No más computador”.

- **Amplificar el cambio:** Para maximizar el cambio o cambio potencial que está ocurriendo en el transcurso de la terapia, será importante para el terapeuta poner atención a lo que la familia dice respecto a sus progresos. Inicialmente estos aspectos pueden ser mínimos, o presentados por la familia en una manera en la que se niega la

magnitud del esfuerzo o progreso que han logrado. El terapeuta debería enfocarse en las descripciones de acciones en las que la familia pueda ser vista como que ha iniciado o implementado un cambio, de una manera positiva y respetando el nivel de confianza de la familia con respecto a que el cambio ha ocurrido.

**Ejemplo:**

Un niño de 10 años (Gabriel) está hablando sobre una oportunidad en que él y su madre estuvieron contentos con su comportamiento, en contraste con un contexto en el que hay dificultades de relación y comunicación con su padre, así como problemas en la escuela. El terapeuta explora con mayor detalle el evento, con el fin de enfatizar los logros e implicancias de esta situación para su relación.

**Gabriel:** Bueno, el martes pasado tuvimos un paseo en la escuela, y fuimos al parque de diversiones. Yo me subí al carrusel, y el profesor dijo que me había portado muy bien.

**Ter:** Parece que lo pasaste bien, ¿Sabe tu papá de esto?

**Gabriel:** Sí, le conté lo que dijo el profesor.

**Ter:** Y, ¿Cómo reaccionó tu padre ante las buenas noticias?

**Gabriel:** Yo creo que se sintió contento

**Ter:** ¿Cómo lo sabes? ¿Cómo pudiste darte cuenta de que tu papá estaba contento?

**Gabriel:** El se veía feliz, y dijo que podíamos ir al McDonalds en el camino a casa.

**Ter:** (hacia el padre) Así que pudo mostrarle a Gabriel cuán contento estaba, ¿Cómo cree que el respondió a eso?

**Padre:** En realidad yo estaba bastante sorprendido. Fuimos al McDonalds, pero el no jugó nada. Me contó lo que había hecho en el día, y eso es algo nuevo en él.

**Ter:** Entonces, Ud. se percató de que pudieron hablar más juntos, ¿Qué hizo eso posible?

**Padre:** Bueno, no lo sé en realidad.

**Ter:** ¿Notó Ud. que se sentía un poco más relajado?

**Padre:** Bueno, supongo que eso ayudó, tuvimos un poco de tiempo juntos porque sólo salimos los dos, y yo no estaba de mal humor, puesto que estaba realmente contento de que se hubiera portado bien ese día.

**Ter:** ¿Qué les ayudaría a encontrar otros momentos durante la semana en los que pudieran tener un poco más de tiempo para los dos, sentirse relajados y poder conversar?

- **Aumentar la experticia:** Promover en la familia la sensación de habilidad y control sobre su situación, pensamientos, sensaciones y conductas. Esto debería permitir a los miembros de la familia hacerse responsables de sus propios roles y acciones, así como del proceso de cambio. Además, les debería permitir a cada uno de los miembros de la familia darse cuenta de las acciones y motivaciones hacia el cambio de los otros.

**Ejemplo:**

Una madre y sus dos hijos (5 y 7 años) asisten a una sesión intermedia de terapia. Los padres se separaron hace 3 años, y la para la madre ha sido difícil manejar el comportamiento de sus hijos durante este tiempo. El terapeuta y la familia han estado trabajando juntos durante la terapia con el fin de identificar las cosas que la madre hace bien en relación al manejo del comportamiento de sus hijos y de sus propios sentimientos

de tristeza. El terapeuta comenta este proceso, y realiza las historias de competencia de la madre, que por lo general no se expresan.

**Madre:** Bueno, siento que las cosas han estado bastante bien con los niños, ellos se han portado bien la mayoría del tiempo. Pero no sé, aún me siento triste a veces, me pongo a pensar en si lo estoy haciendo bien. ¿Qué cree Ud.?

**Ter:** Podríamos predecir varias de las cosas que Ud. me ha contado hoy, sobre la sensación de que las cosas están muy cambiantes. Por lo general no aconsejo a familias que han propuesto tan buenas ideas y soluciones por sí mismas. Especialmente cuando la mayoría de estas parecen obtener el resultado deseado. ¿Qué ha estado pensando en intentar últimamente?

**Madre:** Bueno, no estoy segura. A veces siento que lo correcto es acercarme a los niños de manera simpática, y otras veces los regaño, aunque solo estén jugando.

**Ter:** Si Daniela (amiga de la madre) estuviera fijándose en cómo los está manejando, ¿Diría ella que Ud. está combinando esos dos enfoques o más bien que se apega a uno solo de ellos?

**Madre:** Bueno, creo que vería una mezcla de los dos. Es decir, trato de juzgar cada situación en su momento.

**Ter:** Entonces, ¿Siente Ud. que va ganando más confianza en sus juicios acerca de qué y cuándo es lo mejor para sus hijos?

**Madre:** Bueno, un poco. O sea, no me engañan, yo sé cuando ellos están jugando o están realmente enojados.

**Ter:** Entonces, ¿Cuándo decidió Ud. que iba a ser un poco más flexible acerca de cómo manejar las situaciones que se presentan en la casa?

- **Introducir ideas del terapeuta o del equipo:** Pueden incluir las ideas e hipótesis del terapeuta acerca de la familia, un individuo, o las dificultades, con una variedad de fines. Entre ellos:
  - Normalizar dificultades
  - Movilizar a la familia hacia nuevas ideas
  - Conectar las ideas de la familia
  - Sugerir nuevas maneras de organizar la discusión

**Ejemplo:**

Una madre, su asistente social y el terapeuta están en sesión. La madre empieza a contar su experiencia como víctima de violencia de parte de su pareja cuando se casó por primera vez, cuando tenía cerca de 20 años. A medida que la madre va tomando una actitud más bien crítica con respecto a sus acciones en ese período, el terapeuta normaliza sus reacciones ante la violencia, con el fin de intentar traer historias menos críticas y reencuadrar las acciones de la madre en ese momento como comprensibles en vez de "débiles".

**Madre:** Creo que debería haber sido más fuerte, y no dejar que él me pisoteara. Mi mamá me decía que simplemente me fuera, que lo dejara, y lo hice por un tiempo, lo intenté, pero después me puse débil y dejé que volviera, incluso sabiendo que en el fondo me preguntaba

¿Por qué lo estoy haciendo? ¿Qué va a pasar con los niños? En realidad debería haber intentado ser más fuerte.

**Ter:** ¿Fue su madre la única persona con la que Ud. compartió esto?

**Madre:** Bueno, intenté conversar con una amiga, pero me sentí un poco mal, porque a ella le había pasado lo mismo y yo le dije que dejara a su pareja, y perdí la paciencia con ella. Y al final, terminé siendo tan débil como ella lo fue.

**Ter:** En mi experiencia de haber conversado con mujeres que han vivido situaciones de violencia como la suya, por lo general me encuentro con que han sentido que deberían haber dejado a sus parejas, pero es más fácil decirlo que hacerlo cuando uno vive día a día con miedo.

**Madre:** Eso era realmente, el miedo, eso me mantenía débil, y yo lo amaba.

**Ter:** Las mujeres me han dicho que mantienen la esperanza de que si ellas pudieran hacer las cosas un poquito mejor, si fueran un poco más fuertes, sus parejas habrían cambiado, así que lo siguen intentando una y otra vez. ¿Eso le ocurrió a Ud.?

**Madre:** Sí, lo acepté de vuelta más de una vez, muchas, pero luego pensé que "ya no más", los niños no podían estar viendo esto y aquello.

**Ter:** ¿Qué le dio la fortaleza para poder poner a los niños primero, y mantenerse en ello?

### 7.5 Regreso a las metas y objetivos de la terapia

El terapeuta debería volver al tema de las metas de la terapia, a medida que ésta progresa, en los siguientes casos:

- i. Si las metas no parecieron claras en las etapas iniciales de la terapia. El considerar las áreas que quieren cambiar, puede requerir de esfuerzo y trabajo por parte de la familia.
- ii. Si las metas se han logrado, se pueden renegociar para, por ejemplo, lograr un cambio a un nivel de sistema más amplio. También se puede tomar la decisión de iniciar el proceso de término de la terapia.
- iii. Si las metas han cambiado debido a cambios en vida de la familia.

#### **Ejemplo:**

Las cosas han empezado a mejorar para una familia cuya principal preocupación era el intento de suicidio presentado por su hija. Ella ya no muestra deseos de suicidarse, y parece estar más contenta en la casa y en la escuela. El terapeuta discute con la familia si ellos están felices con este progreso, y si sienten que queda algún tema pendiente que les gustaría trabajar en la terapia.

**Padre:** O sea, creo que todos estamos más relajados ahora con respecto a Sofía. Ella estuvo durante cuatro horas en su habitación el fin de semana, y al final del día me di cuenta de que no había ido a vigilarla ni una sola vez, y me di cuenta de que eso es porque estoy empezando a confiar en ella de nuevo. Es decir, no tuve que ir a revisar cada 5 minutos si estaba bien o qué estaba haciendo.

**Ter:** Entonces, parece que sienten que la preocupación que todos tenían acerca de que Sofía se podía hacer daño de nuevo ha disminuido y, Sofía, tú dices que ahora estás un poco más contenta en el colegio. Ahora que estos cambios están ocurriendo, ¿Has pensado en algo que creas que sea útil que discutamos aquí?

**Sofía:** No tengo más que decir.

**Ter:** Manuel, ¿Crees que haya algo que a Sofía le agradaría que nosotros conversáramos aquí?

**Manuel:** Bueno, yo sé que a ella no le gusta hablar de eso, y yo pienso que eso es la mitad del problema, pero creo que tal vez necesitamos pensar en cómo podemos ayudar a Sofía a manejar todo lo que ocurre en la escuela, todo el alboroto.

**Ter:** Sofía, ¿Es esa una de las cosas de la que más te cuesta hablar?

**Sofía:** Si.

**Ter:** ¿Te sería de ayuda el que pensemos contigo y tu familia de qué manera podemos hacer que sea más fácil hablar de ello?

**Sofía:** No estoy segura, de todas maneras no hay nada que ellos puedan hacer.

**Padre:** Tu mamá y yo pensamos que de todas maneras pudieras hablar un poquito, tendrías alguien en quien apoyarte, y no te sentirías sola.

**Ter:** Sofía, ¿Crees que tu mamá y papá podrían ser capaces de apoyarte?

**Sofía:** Supongo que sí, una vez conversé con mi mamá y me sentí mejor.

**Ter:** ¿Sería eso algo que podríamos intentar desarrollar aquí?

**Sofía:** Si, podríamos intentarlo.

### Lista de Chequeo: Sesiones Intermedias

- ✓ ¿Ha continuado involucrando a la familia en el proceso terapéutico?
- ✓ ¿Se ha hecho cargo de los problemas del trabajo conjunto en la medida en que han aparecido?
- ✓ ¿Ha desarrollado una descripción circular de las interacciones y dificultades con las que la familia está lidiando?
- ✓ ¿Está desarrollando una idea clara de cuáles son las fortalezas y recursos que la familia está utilizando?
- ✓ ¿Está trabajando con la familia en la generación de nuevas soluciones para los temas que traen a terapia?
- ✓ ¿Ha empezado a explorar las creencias e ideas de la familia sobre las interacciones y relaciones que establecen?
- ✓ ¿Ha empezado a generarse algún cambio en las interacciones que la familia establece?
- ✓ ¿Ha debatido las creencias de la familia acerca de los problemas que presentan?
- ✓ ¿Ha trabajado con la familia en crear nuevas historias/explicaciones acerca de las dificultades que están experimentando?
- ✓ ¿Ha trabajado hacia el reencuadre de las dificultades o problemas que la familia está experimentando?
- ✓ ¿Ha introducido distancia entre la familia y las dificultades que presentan o ha intentado externalizar las dificultades?
- ✓ ¿Ha intentado amplificar los logros y cambios que la familia ha logrado?
- ✓ ¿Está trabajando con la familia hacia el aumento de la sensación de experticia y control que sienten tener sobre las dificultades?
- ✓ ¿Ha reconsiderado con la familia si están logrando el cambio en la manera que esperaban?
- ✓ ¿Le ha escrito al derivante para informarle del progreso de la terapia? (Ver anexo IV)

## 8. Sesiones Finales

### Metas de las sesiones finales

1. Recopilar información y enfocar la discusión.
2. Seguir trabajando hacia el cambio a nivel de conductas y creencias.
3. Desarrollar el entendimiento de las conductas y creencias por parte de la familia.
4. Decisiones colaborativas de cierre.
5. Revisión del proceso de terapia.

### 8.1 Recopilar información y enfocar la discusión

La recopilación de información, y el foco que se pone en la discusión de los temas que la familia trae a terapia, aún siguen siendo importantes hacia el final de la terapia, aunque el énfasis que se le da puede ser diferente.

- **Los temas o dificultades actuales:** Aún habrá mucha información sobre las dificultades con que la familia está lidiando, y el foco se debería poner sobre los cambios que se han producido respecto de estas dificultades en el curso de la terapia.
- **Soluciones y logros hasta el momento:** Se debería discutir ampliamente sobre las soluciones que la familia está implementando ahora en relación a sus dificultades, así como también los logros que creen haber conseguido, y aquellos que esperan que ocurran en el futuro. Si la familia se centra en las dificultades, será importante indagar más sobre los logros que el terapeuta ha visto a lo largo de la terapia y que la familia no ve.
- **El sistema / sistema extenso:** Debería ocurrir una disminución significativa en la cantidad de información sobre el sistema y el sistema extenso. Generalmente, ésta tendrá relación con cómo las dificultades o problemas han disminuido en otros contextos. También se deberían explorar, por lo general, los apoyos en el sistema extenso a los que se puede recurrir una vez que la terapia ha terminado.

### 8.2 Seguir trabajando hacia el cambio a nivel de conductas y creencias

Al igual que en las sesiones intermedias, el terapeuta y la familia continúan trabajando hacia el cambio a nivel de conductas y creencias. Los métodos utilizados pueden incorporar cualquiera de los señalados para las sesiones intermedias (**ver sección 7.4**). Sin embargo, es frecuente que en las sesiones finales el foco se ponga en los siguientes métodos:

- **Amplificar el cambio:** Para lograr maximizar el cambio o cambio potencial que está ocurriendo en el transcurso de la terapia, será importante para el terapeuta poner atención a lo que la familia dice sobre los progresos. Inicialmente estos aspectos pueden ser mínimos, o presentados por la familia en una manera en la que se niega la magnitud del esfuerzo o progreso que han logrado. El terapeuta debería enfocarse en

las descripciones de acciones en las que la familia pueda ser vista como que ha iniciado o implementado un cambio, de una manera positiva y respetando el nivel de confianza de la familia con respecto a que el cambio ha ocurrido.

- **Aumentar la experticia:** Promover en la familia la sensación de habilidad y control sobre su situación, pensamientos, sensaciones y conductas. Esto debería permitir a los miembros de la familia hacerse responsables de sus propios roles y acciones, así como del proceso de cambio. Además, les debería permitir a cada uno de los miembros de la familia darse cuenta de las acciones y motivaciones hacia el cambio de los otros.
- **Confrontar las ideas y patrones existentes:** Moverse junto a la familia hacia una posición en la que sean capaces de cuestionar activamente sus propias creencias, percepciones y sentimientos. El uso de preguntas circulares, perspectivas alternativas y preguntas por un posible futuro pueden ser de particular ayuda para lograr este objetivo.
- **Reencuadre.** Esto es, reetiquetar de manera positiva las ideas y descripciones entregadas por los miembros de la familia, en una manera que sea consistente con sus realidades. Generalmente, las preguntas circulares son las más útiles para generar reencuadres con la familia.
- **Desarrollar nuevas historias o explicaciones:** ya sea mediante la facilitación de la evolución de nuevas ideas o narrativas de la familia o por la introducción de éstas por parte del terapeuta. Todos los miembros de la familia tienen historias sobre sus vidas, las vidas de otros miembros de la familia y de la vida de la familia misma. Ellos le darán importancia a cierta información del mundo que los rodea para construir esas historias y negar otros aspectos. La exploración de la información no entregada puede permitir el desarrollo de historias que sean de mayor utilidad para resolver los conflictos que los aquejan. La información que no se entrega frecuentemente se refiere a:
  - Logros
  - Soluciones
  - Excepciones
  - Otras fortalezas

### 8.3 Desarrollar el entendimiento de las conductas y creencias por parte de la familia

A medida que termina la terapia, será importante que el terapeuta trabaje con la familia hacia el desarrollo del entendimiento de los procesos de desarrollo de las dificultades. Esto puede ser útil para fortalecer en la familia la habilidad de reconocer el desarrollo de dichos procesos en el futuro. Se debería prestar atención a:

- Pautas familiares de comportamiento.
- Motivaciones detrás de los prejuicios, comportamientos y sentimientos.
- Entendimiento de las reacciones de los miembros de la familia ante las conductas de los otros.

#### 8.4 Decisiones colaborativas de cierre

---

El momento apropiado para finalizar una terapia no siempre es evidente. Con el fin de hacer del proceso de finalización una decisión colaborativa, el terapeuta y el equipo terapéutico deberían estar alertas a una serie de señales durante las sesiones que pueden estar indicando que la terapia está cerca del cierre. Entre otras:

- **Retroalimentación positiva de parte de la familia:** la situación de la familia o los problemas que presentaron son reportados como mejores o en proceso de mejora. Asimismo, reportan haber hecho cambios en otras áreas de sus vidas.
- **Retroalimentación negativa sobre la terapia:** La familia reporta insatisfacción sobre la terapia, o el proceso que están desarrollando. Esto suele presentarse a través de la expresión del punto de vista de un miembro de la familia ausente en la terapia.
- **El terapeuta nota cambios:** Ausencias de parte de la familia a las sesiones, cambio en el nivel de involucramiento en la terapia, cambios positivos en la manera en que la familia interactúa en las sesiones, etc. La relación con la terapia puede cambiar, con la familia sintiéndose más confiada en sus propias habilidades, recursos y soluciones, otorgándole a esto la condición de cambio.

Si finalizar la terapia parece ser lo apropiado, es importante que el terapeuta escuche los pensamientos e ideas que todos tienen acerca del tema, y haga del proceso una decisión colaborativa. Para hacer esto, el terapeuta y el equipo terapéutico deberían compartir sus impresiones acerca de terminar la terapia, entre ellos y con la familia. Además, deberían considerar los siguientes temas, y luego solicitar el punto de vista de la familia sobre ellos:

- ¿Siente la familia que terminar la terapia es lo apropiado? ¿Sienten que han logrado lo que se habían propuesto lograr?
- ¿Cómo preferiría la familia terminar la terapia? ¿Preferirían una sesión de seguimiento o volver a contactar al equipo en caso de que fuere necesario?
- ¿Siente la familia que es necesario crear sistemas de soporte antes de terminar la terapia?
- ¿Con quién debería compartir el equipo la información sobre la terapia y lo que se ha logrado? Por ejemplo, el derivante, el colegio, etc.
- Una manera útil y comprometida de despedirse de la familia.

Una vez que se ha hecho esto, se deberían tomar decisiones acerca de:

- Cuando terminará la terapia.
- Que acuerdos de seguimiento se llevarán a cabo.
- Que hará la familia si se vuelven a presentar dificultades.
- Quién será contactado después de la terapia.

## 8.5 Revisión del proceso de terapia

---

Será útil para el terapeuta invitar a la familia a hacer una revisión del proceso de terapia. Esto puede ser útil para el equipo y la familia en relación a la prevención de futuras dificultades, y para empoderar a la familia ante un posible contacto con un servicio terapéutico en el futuro. Los temas que se deberían considerar incluyen:

- ¿Qué ganó o perdió la familia en el transcurso de la terapia?
- Cualquier mal entendido que no se haya aclarado durante la terapia. Éste debería ser atendido y resuelto.
- Los fundamentos de los procedimientos y conducta usados por el terapeuta.
- ¿Qué podría hacer diferente la familia si aparece otra dificultad en el futuro?

### Lista de chequeo: Sesiones Finales

Antes de terminar la terapia:

- ✓ ¿Tiene entendimiento la familia sobre los temas con los que están contentos?
- ✓ ¿Está contenta la familia con las nuevas maneras de interacción que están desarrollando?
- ✓ ¿Ha continuado amplificando los cambios, promoviendo la experticia, debatiendo las pautas y presunciones existentes, reencuadrando las preocupaciones y dificultades, y desarrollando nuevas historias y explicaciones acerca de las dificultades?
- ✓ ¿Ha discutido con la familia la finalización de la terapia? y ¿Ha escuchado sus deseos acerca de la finalización?
- ✓ ¿Ha revisado con la familia las metas propuestas en las sesiones iniciales e intermedias de la terapia?
- ✓ ¿Ha considerado planes de contingencia para la familia cuando surjan futuras dificultades?
- ✓ ¿Ha revisado con la familia lo que fue y no fue útil sobre la terapia?
- ✓ ¿Ha discutido cómo retomar la terapia si fuese necesario?
- ✓ ¿Le ha escrito un resumen de cierre del terapia al derivante? (ver anexo V)

## 9. Trabajo Indirecto

Existen muchas áreas en el trabajo sistémico que, aunque no involucran directamente la presencia de la familia, son esenciales para apoyar el trabajo en curso. A continuación, se describen las guías para conducir este trabajo. (Se les recuerda a los terapeutas que los principios descritos al inicio de este Manual también son aplicables al trabajo indirecto desarrollado en esta sección).

### 9.1 Protección de los niños

---

Los terapeutas deberían atenerse a los procedimientos de protección de menores de edad contemplados en las leyes locales. Cuando fuere posible, los procedimientos deberían ser llevados a cabo utilizando los principios guía descritos en la **Sección 2**. En ocasiones, puede ser necesario moverse del dominio de la terapia al dominio de la protección, pero la manera en que esto se lleve a cabo debería mantener un enfoque sistémico, y no excluir la posibilidad de volver al dominio de la terapia con posterioridad. En estos casos, se debería informar a la familia de que no se está hablando con ellos desde un rol de terapeuta, debido a que se tiene serias preocupaciones sobre la seguridad de un miembro de la familia.

Además, se debería tener siempre en mente las necesidades del sistema, aunque priorizando la necesidad de protección del niño, así como también el lenguaje y las narrativas sobre el abuso y la protección, y la co-construcción de la relación. Si es posible, sin exponer al niño a un mayor riesgo, se debería discutir el tema de la protección con la familia, y mantenerlos informados de cualquier medida que se quiera instaurar para lograrla.

### 9.2 Aclarando el motivo de consulta con el derivante presente

---

En situaciones en que la derivación es vaga, compleja, o que involucra a una red de profesionales, podría ser necesario aclarar la naturaleza y los límites de la derivación, ya sea por teléfono o personalmente. Sería ideal que esto se llevara a cabo con el derivante y la familia en un encuentro pre-terapia, donde los múltiples puntos de vista sobre la terapia, y su utilidad y límites, puedan ser compartidos por todos los miembros del sistema. Sin embargo, en derivaciones donde existan tensiones en la relación de derivación, o existan temas legales, puede verse limitada la habilidad de la familia para comunicar sus ideas y deseos, por lo que deberían realizarse contactos por separado antes de que la terapia comience.

### 9.3 Identificando las redes y aclaración de las relaciones

---

Es importante para el equipo terapéutico identificar los componentes de la red familiar a partir de la información entregada por el derivante durante el proceso de pre-terapia. Esto incluye contactos con profesionales y miembros de la familia extensa, así como otras relaciones, amistades y aspectos laborales de la vida familiar. Esto debería hacerse con las

relaciones actuales, así como también con contactos importantes en la historia de la familia. Eventos importantes del ciclo vital, como enfermedades, hospitalizaciones y períodos de separación se pueden incluir en este panorama. Esta información debería ser utilizada en relación con las metas terapéuticas y con los contactos con el sistema extenso en que el equipo terapéutico y la familia participe durante la terapia.

Si la familia participa de cualquier otra actividad terapéutica durante el tiempo en que asisten a terapia familiar, por ejemplo terapia individual o de pareja, los límites del trabajo deberían aclararse en relación a las metas actuales de la terapia familiar.

Además, al identificar las redes y aclarar las relaciones, los límites de la confidencialidad y los deseos de la familia al respecto, deberían ser discutidos y claramente establecidos a todos los miembros de la red.

#### **9.4 Manejo de situaciones de riesgo**

---

A veces, en la terapia será necesario considerar el riesgo que uno o más miembros de la familia poseen en relación a su bienestar. Este puede tener relación con varios temas, por ejemplo, protección de menores, violencia intrafamiliar o intentos de suicidio. El terapeuta debería expresar su preocupación en la conversación con la familia, para poder escuchar su punto de vista acerca de los riesgos. Es importante que las preocupaciones del terapeuta y la familia sean identificadas de una manera en que permitan abrir la conversación y establecer planes de contingencia para monitorear o prevenir riesgos.

Con relación a la ideación suicida, puede ser necesario que el terapeuta se mueva fuera del dominio de la terapia y realice un asesoramiento de riesgo psiquiátrico, o que derive a la persona a alguien competente para realizarlo. De nuevo, este proceso debería involucrar activamente a la familia, y el terapeuta les debería informar que no está hablando desde un rol de terapeuta, ya que tiene serias preocupaciones acerca del riesgo de uno de sus miembros.

#### **9.5 Correspondencia**

---

La correspondencia debería ser usada a lo largo de la terapia, para mantener contacto con el sistema familiar y la red extensa. En los **Anexos I, III, IV y V** se entregan muestras de correspondencia.

Durante este contacto, lo escrito por el equipo terapéutico debería tener siempre como base los principios guías descritos en la **Sección 2**. Es particularmente relevante comunicarse con todo el sistema, y no patologizar a los individuos. Al mismo tiempo, se deberá prestar atención al lenguaje utilizado, de manera que sea fácilmente entendible y que refleje las contribuciones de la familia al proceso terapéutico.

## 10. Prácticas Prohibidas

Las prácticas descritas a continuación no se deberían incluir en una sesión típica de terapia. Sin embargo, puede ser que algunas veces sea necesario utilizarlas. Cuando ese sea el caso, deberían ser utilizadas en un marco de trabajo sistémico. Esto es, usando los principios guías descritos al principio de este Manual.

Los miembros del equipo deberían monitorear si se realiza cualquiera de estas intervenciones prohibidas durante las sesiones, y llevar un registro de ellas en las notas de sesión, junto a cualquier justificación de su uso.

### 10.1 Consejos

---

Como terapeuta sistémico, Ud. por lo general no ofrecerá ningún consejo directo a la familia acerca de sus interacciones o las dificultades por las que atraviesan. Si la familia pide un consejo sobre un tema en particular, o si el terapeuta siente que el hacerlo puede ayudarles a conseguir sus metas, éste se puede ofrecer de una manera no directiva y reflexiva. Las opciones deberían ser presentadas como alternativas, de manera que la familia pueda tomar sus propias decisiones.

### 10.2 Interpretación

---

Las interpretaciones psicodinámicas sobre el significado de los síntomas, o las interacciones con relación a un individuo o trauma no son lo usual para un terapeuta sistémico. Por el contrario, desde este modelo, los significados son explorados en términos relacionales e interaccionales con los miembros del sistema.

### 10.3 Práctica cerrada o poco transparente

---

Los terapeutas no deberían guardarse información acerca de su oficio y la manera de pensar y entender las dificultades con que la familia está lidiando. Deberían intentar ser transparentes, explicando su forma de trabajo al inicio de la terapia y durante ella, si fuese necesario.

### 10.4 Monólogos del terapeuta

---

En el proceso co-creado de terapia, los terapeutas no deberían aleccionar o realizar largos monólogos en sus interacciones con la familia. El proceso se debería dar mas bien compartiendo ideas entre el terapeuta y los miembros de la familia.

### 10.5 Aliarse únicamente con una persona

---

Al tomar una posición neutral, el terapeuta no debería encontrarse formando alianzas persistentes con una sólo persona de la familia. A veces será necesario, por razones éticas o

terapéuticas, aliarse con uno de los miembros de la familia, pero si la terapia continúa, este no debería ser un estado permanente.

#### **10.6 Trabajar con la transferencia**

---

Los terapeutas deberían prestar atención a los temas referidos a la relación y el compromiso que se establece con los miembros de la familia durante el proceso terapéutico. Sin embargo, a diferencia de los modelos psicodinámicos, no deberían utilizar la transferencia como la principal herramienta de la terapia.

#### **10.7 No poner atención al uso del lenguaje**

---

Los terapeutas no deberían pasar por alto el lenguaje utilizado por los miembros de la familia, prestando atención tanto a las palabras como a las frases utilizadas, y los significados atribuidos a éstas.

#### **10.8 Reflexiones**

---

Las reflexiones del terapeuta acerca de los temas expresados por la familia deberían mantenerse en un mínimo. Al hacerlo, pueden ser utilizadas para fortalecer el compromiso y desarrollar el sentimiento en la familia de que está siendo escuchada y entendida. Deberían ser seguidas por preguntas que demuestren interés por los temas presentados.

#### **10.9 Posición polarizada**

---

Los terapeutas deberían evitar ponerse en una posición polarizada, opuesta a la de la familia, o en una posición que propicie una escalada hacia dicha posición. Los terapeutas deberían pensar en cómo tomar una posición que se conecte con las ideas de la familia, pero manteniendo el debate sobre las ideas y permitiéndoles seguir curiosos acerca de éstas. El equipo terapéutico puede ayudarle al terapeuta a lograr esto, presentándole múltiples perspectivas desde dónde poder entender la situación de la familia.

#### **10.10 Persistir en un solo momento en la historia**

---

Los terapeutas no deberían quedarse en un solo momento de la historia, sino mover el foco de sus preguntas y cuestionamientos entre el pasado, presente y futuro.

#### **10.11 Aceptar las creencias sin confrontarlas**

---

Los terapeutas no deberían aceptar ciegamente las creencias de la familia. Por el contrario, tendrían que mantener la curiosidad por la naturaleza y contenido de las mismas, confrontándolas de manera de poder introducir nuevas posibilidades y creencias no exploradas en el sistema familiar.

### **10.12 Ignorar la información que contradiga las hipótesis**

---

Los terapeutas no deberían ignorar o minimizar la información que pueda contradecir sus propias ideas e hipótesis. Por el contrario, deberían darle importancia y utilizarla para modificar o expandir las ideas de trabajo.

### **10.13 Desechar hipótesis explicativas**

---

Las hipótesis presentadas por la familia acerca de las dificultades que se encuentran atravesando, o sobre el proceso terapéutico mismo, no deberían ser ignoradas por el terapeuta.

### **10.14 Emociones no apropiadas**

---

Las emociones del terapeuta deberían ser acordes con las de la familia, y serán consideradas inapropiadas si son distintas por un período extenso de tiempo. Por ejemplo, si la familia se siente optimista acerca del cambio y los progresos que ha hecho, y el terapeuta se mantiene pesimista acerca de los mismos.

Puede haber ocasiones en que exista temporalmente una emoción distinta a la de la familia, y el terapeuta debería usarlas para tomar una posición que le permita confrontar o cuestionar las ideas presentadas por los miembros de la familia.

### **10.15 Ignorar las emociones de la familia**

---

Los terapeutas deberían prestar atención a las emociones que la familia presenta durante la sesión. Esto puede ser particularmente relevante cuando un miembro de la familia muestra angustia durante el encuentro, ya sea mostrando tristeza o enojo.

### **10.16 Ignorar las diferencias**

---

Los terapeutas no deberían ignorar las diferencias entre ellos y los miembros de la familia. Éstas pueden presentarse con respecto a puntos de vista, creencias, género, habilidades, clase o raza, y deberían ser expuestas por el terapeuta de manera sensible y abierta a una posible conversación o exploración.

## Anexo I: Carta de citación a terapia

Las cartas de Citación deberían incluir:

- Origen de la derivación y nombre del derivante.
- Invitación a toda la familia.
- Razones por las que todos deberían asistir.
- Fecha, hora y lugar.
- Solicitud de confirmación.
- Breve explicación sobre el equipo de trabajo.
- Nombre del terapeuta.

Estimados Sr. y Sra. González, Jaime e Isabel.

Nos ha llegado de su doctor, Dr. Luis Rojas, un mensaje en el que nos dice que le parece que una Terapia Familia les podría ayudar. Por lo tanto, nos gustaría invitarlos a una reunión para que pudieran conocer nuestro Centro de Psicología Aplicada (CAPs) el día **Miércoles 13 de Julio** a las 16:00 hrs.

Esta primera sesión tiene como finalidad conversar sobre los temas que les preocupan, y para que decidan si una terapia familiar les sería de ayuda. Nos parece útil conocer a todos los miembros de la familia o aquellos que viven con ustedes, de manera de poder conocer los puntos de vista de todos. Esperamos que puedan asistir la mayoría de ustedes a esta primera cita.

Nosotros trabajamos como equipo, con el fin de poder generar más ideas que compartir con ustedes. El mismo está conformado por unas 5 personas, pero la persona que hablará directamente con ustedes será el Lic. Ismael Otero.

Les adjuntamos un mapa con la dirección del Centro, que está situado en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Por favor, hágannos saber cuanto antes si pueden asistir, llamando por teléfono a nuestra secretaria al número 6787806. Es importante que nos confirmen esta citación, pues tenemos una lista de espera.

Atentamente,

**Lic. Ismael Otero**  
**Equipo de Psicología Sistémica Constructivista.**  
**Departamento de Psicología, Universidad de Chile.**

**Anexo II: Carta de consentimiento de uso de video**

**Carta de consentimiento de uso de video**

Damos nuestro consentimiento para el uso de grabaciones de video con los siguientes fines:

1. Para ayudar al **Equipo** a entregar un servicio más efectivo a nuestra familia, con los fines de supervisión y planificación de futuras sesiones. La confidencialidad siempre se mantendrá, y la revisión de estos videos estará confinada a los miembros del equipo terapéutico.
2. Para **investigación y docencia**, con el fin de desarrollar nuestro servicio a través del entrenamiento de otros terapeutas, y mejorarlo a través de la investigación. Las cintas de video serán exhibidas únicamente a clínicos profesionales e investigadores que están al tanto de la importancia de la confidencialidad.

**(Por favor tache lo que estime conveniente)**

**Firma:** .....

.....

**Fecha:** .....

**Le está permitido cambiar de opinión sobre el consentimiento antes firmado si así lo estima pertinente.**

**Todo el material grabado es guardado bajo llave, y se realizarán todos los esfuerzos para asegurar su confidencialidad. Ninguna cinta será identificada con el nombre de su familia.**

**Firma:** .....

.....

**Los Miembros de la Familia**

**Fecha:** .....

**Miembros del Equipo Terapéutico**

### Anexo III: Carta al derivante

Debería enviarse al acordar la primera cita, y debería incluir:

- Fecha de la derivación.
- Motivo de la derivación.
- Nombre de la familia y dirección.
- Fecha de la cita.
- Tipo de contacto propuesto.
- Persona de contacto.

Estimado Dr. González

**Ref: Familia Pérez**  
**Ignacio Carrera Pinto 4510, Ñuñoa.**

Luego de su derivación de la familia Pérez, concerniente a temas de manejo de un proceso de duelo, en el mes de Marzo de 2004, les hemos ofrecido una cita en el Centro de Psicología Aplicada (CAPs) de la Universidad de Chile para el día **Miércoles 13 de julio a las 16:30 hrs.**

En caso de que continúen con una terapia familiar, le mantendremos informado sobre sus progresos.

Si en el intertanto tiene algo que comentarnos acerca de la familia, le agradeceremos contactarnos.

Atentamente,

**Lic. Ismael Otero**  
**Equipo de Psicología Sistémica Constructivista**  
**Departamento de Psicología, Universidad de Chile.**

#### Anexo IV: Carta post-tratamiento al derivante

Se debería enviar una carta al derivante una vez que el tratamiento haya terminado, o cuando las metas iniciales de la terapia se hayan logrado. Ésta debería incluir:

- Número de sesiones a las que la familia asistió.
- Quien asistió.
- Breve descripción de la familia.
- Intereses del derivante.
- Intereses de la familia.
- Formulación o entendimiento sistémico de las dificultades.
- Metas acordadas para la terapia.
- Vínculos acordados con otros sistemas.

Estimado Dr. González

**Ref: Familia Pérez  
Ignacio Carrera Pinto 4510, Ñuñoa.**

Después de su derivación de la familia González, concerniente a problemas de manejo de la situación de muerte de su hijo mayor, he visto a la familia en dos oportunidades. A la primera sesión asistieron el Sr. y la Sra. González, pues estaban interesados en darnos una idea de los problemas sin alterar a los niños. A la segunda sesión asistió toda la familia.

Como Ud. sabe, la familia está compuesta por el Sr. y la Sra. González, y sus 2 hijos Juanita (6 años) y Pedro (9 años), quienes asisten a la escuela D-311. La hija mayor de la familia, Julia, murió en un accidente automovilístico en septiembre del 2003.

El Sr. y la Sra. González nos describieron sus preocupaciones acerca de que sus hijos no estaban expresando tristeza en relación a la muerte de su hermana Julia. Nos expresaron su preocupación de que la pérdida los estaba afectando en su rendimiento y conducta escolar, y expresaron su deseo de que pudieran hablar sobre el tema juntos como familia. Los niños estaban un poco reacios en un principio, y expresaron su deseo de no molestar más a sus padres hablando sobre el tema de la muerte de su hermana Julia.

Parece que aunque toda la familia siente que hablar más abiertamente sobre este tema les podría ayudar, ninguno se atreve a empezar la conversación, ya que están preocupados de no provocar más daño a los otros miembros. Los niños han trasladado este silencio a la escuela, donde no le hablan a ninguno de los antiguos amigos de su hermana Julia y muestran consistentemente angustia a través de sus comportamientos y falta de concentración.

Por lo tanto, decidí intentar empezar a hablar en la sesión sobre la muerte de Julia y el impacto que ésta ha tenido en toda la familia. Los niños quisieron que esto se hiciera a su

propio ritmo, y hemos estado pensando con ellos en cómo podemos hacer para facilitar el proceso.

También hemos planeado establecer contacto con la escuela D-311, con el fin de discutir cómo los niños pueden mostrar su angustia de distintas maneras en la escuela.

Le contactaremos nuevamente una vez que la terapia haya terminado, para discutir la utilidad de estas intervenciones con la familia.

Atentamente,

**Lic. Ismael Otero**

**Equipo de Psicología Sistémica Constructivista.**

**Departamento de Psicología, Universidad de Chile.**

## Anexo V: Carta de cierre al derivante

Una vez que la terapia haya terminado, se debería enviar una carta de cierre al derivante. Ésta debería incluir:

- Razones y fecha de la derivación.
- Número de sesiones realizadas.
- Asistentes a las sesiones.
- Las preocupaciones de la familia.
- Formulación y entendimiento sistémico de las dificultades.
- Temas cubiertos en los encuentros.
- Utilidad de la terapia para la familia.
- Evaluación del estado actual.
- Planes a futuro.
- Copias a otros agentes involucrados, con el respectivo permiso de la familia.

Estimado Dr. González

**Ref: Familia Pérez**  
**Ignacio Carrera Pinto 4510, Ñuñoa.**

Como recordará, nos derivó a la familia González para terapia familiar en Marzo del 2004, con el fin de ayudar al manejo de un duelo.

La familia asistió a 5 sesiones, y los vimos por última vez en Noviembre del 2004. La cita siguiente prevista, para Diciembre fue cancelada. Todos los miembros de la familia asistieron a las sesiones posteriores a la inicial, a la que asistieron únicamente el Sr. y la Sra. González.

El Sr. y la Sra. González nos describieron sus preocupaciones acerca de que sus hijos no estaban expresando tristeza en relación a la muerte de su hermana Julia. Nos expresaron su preocupación de que la pérdida los estaba afectando en su rendimiento y conducta escolar, y expresaron su deseo de que pudieran hablar sobre el tema juntos, como familia. Los niños estaban un poco reacios a hablar sobre el tema en un principio, y expresaron su deseo de no molestar más a sus padres hablando sobre el tema de la muerte de su hermana Julia.

En las 5 sesiones que tuvimos, trabajamos sobre el efecto que la muerte de Julia ha tenido tanto en los padres como en los niños, y las historias que han desarrollado para explicarse lo que ocurrió. Por pedido de la familia, invitamos también a la Directora de la escuela a la que asisten los niños, Sra. Rojas, para conversar sobre las maneras en que los niños pueden expresar su pesar en el contexto de la escuela. Además, trabajamos en formas de apoyar su desarrollo de la concentración, en momentos en que estén distraídos o tristes en la escuela.

La familia utilizó todas las sesiones al máximo, y la comunicación acerca de la pérdida mejoró rápidamente. Los niños también reportaron sentirse mejor en la escuela.

Nosotros habíamos planeado continuar con la terapia, pero la familia llamó por teléfono y dejó un mensaje para comunicarnos que las cosas habían mejorado tanto en la casa como en la escuela, y que nos contactarían nuevamente si sintieran la necesidad de hacerlo.

Atentamente,

**Lic. Ismael Otero**  
**Equipo de Psicología Sistémica Constructivista.**  
**Departamento de Psicología, Universidad de Chile.**

c.c. Sra. Rojas, Directora Escuela D-311

**Anexo VI: Hoja de registro de sesión**

**MANUAL DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA  
NOTAS DE SESIÓN  
Hoja de registro**

**Fecha de la Sesión:**

**Sesión N°:**

**¿Quién asistió a terapia?**

**Nombre del terapeuta:**

**Nombres de los miembros del equipo:**

**Principales temas tratados en la sesión. (Incluir lenguaje utilizado por la familia)**

**Principales temas tratados en la sesión.** (Continuación)

**Observaciones del Equipo.** (Claramente expresadas como impresiones)

**Intervenciones**

**Ideas / temas / decisiones clave a retomar en sesiones posteriores**

<b>Prácticas prohibidas incluidas en la sesión</b>	<b>Justificación</b>