

/capítulo 131/

Terapia Familiar

A. Kreuz Smolinski
R. Pereira Tercero

Origen y desarrollo de la terapia familiar

La Terapia Familiar, tal como la conocemos actualmente, comenzó a desarrollarse en Estados Unidos, en la década de los 50. Examinemos cuál era la situación en EE.UU. en ése momento. La Psiquiatría había evolucionado mucho, pero los Hospitales Psiquiátricos eran aún un depósito de pacientes, a quienes se les aplicaba métodos de tratamientos empíricos. Los antipsicóticos no se habían desarrollado aún (recordemos que el primero de ellos, el Largactil, se sintetizó en 1951, y tardó varios años en estar disponible) y los psicofármacos desarrollados hasta la fecha no daban buenos resultados en los pacientes recluidos en las instituciones.

Las técnicas de intervención terapéutica desarrolladas a partir del Conductismo, y sobre todo del Psicoanálisis, que había tenido un gran desarrollo en Estados Unidos, tampoco daban el resultado esperado en el tratamiento de los pacientes graves, principalmente esquizofrénicos, que eran los principales ocupantes de los hospitales. Esto condujo a buscar nuevas técnicas de intervención, alternativas a los abordajes individuales que proponían ambas orientaciones terapéuticas.

Por otro lado, los gobiernos de los países occidentales asentados en una base democrática, habían comenzado a prestar algo más de atención a sus ciudadanos institucionalizados, a menudo de por vida, en los hospitales públicos. Se había mejorado su bienestar y las condiciones de hospitalización, lo que trajo consigo un importante incremento en los presupuestos dedicados a la atención psiquiátrica. Esto llevó a los gobiernos a impulsar estudios dirigidos a encontrar nuevos tratamientos que permitieran la disminución de la población psiquiátrica hospitalizada. Así el National Institute of Mental Health (NIMH) impulsó en EE.UU. numerosos estudios sobre la Esquizofrenia, varios de los cuales centraron en la familia del paciente esquizofrénico (v. 1-3). En el Reino Unido, estudios con objetivos similares promovidos por el National Health Service (NHS), dieron lugar a los trabajos de Brown y cols. que sentaron las bases del tratamiento psicoeducativo familiar. (4,5)

Finalmente, durante los años anteriores se habían desarrollado una serie de nuevas ciencias sociales que ya no ponían el acento en el individuo, recuperando una visión holística que se había perdido con el desarrollo del positivismo científico. Estas disciplinas ponían su foco de atención en el estudio de [grupos](#) más amplios (antropología, sociología), o en las relaciones entre los individuos y su entorno ([comunicación](#), ecología), o en la [organización](#) y funcionamiento de los [sistemas](#) complejos o autodirigidos ([teoría general de sistemas](#), [cibernética](#)).

Todo ello condujo al desarrollo de una nueva [epistemología](#) comprensiva de los [conflictos](#) humanos y los trastornos psicopatológicos, que recibió el nombre de Terapia Familiar (a lo que se añadió años más tarde el apellido de la corriente dominante, Sistémica), a causa de su principal objetivo de intervención (la familia, grupo relacional más persistente e influyente en el desarrollo de los seres humanos), si bien ha mostrado su eficacia para comprender y actuar sobre todo tipo de organizaciones sociales, e incluso sobre individuos. (6-9)

Paradigma sistémico. La naturaleza puede ser contemplada como un continuo, ordenado de manera jerárquica, en el que las unidades más grandes y complejas dominan las unidades más pequeñas y menos complejas. Debe considerarse cada nivel como un todo organizado. Un órgano, por ejemplo, es más que el simple agregado de células, una persona es más que el conjunto de sus órganos, una familia es más que la suma de las personas que la componen.

El nuevo paradigma tiene a los sistemas humanos como objeto de estudio e intervención, y relega el individuo a la condición de miembro de este sistema. El foco principal se pone en las comunicaciones e interrelaciones que mantiene con su entorno. Lo intrapsíquico se deja de lado, utilizando el concepto cibernético de *caja negra* para encajarlo en la dinámica comunicacional. Los principales fundamentos teóricos, así como el lenguaje que utilizan, provienen de la *teoría general de sistemas*. (10, 11), la *cibernética* (12), la [teoría de los juegos](#) (13), y [la teoría de la comunicación humana](#) (14)

inicios y [primera cibernética](#)

Al contexto sociocultural descrito anteriormente, se unen observaciones que desconcertaban a los Clínicos. Así, por ejemplo, se constataba que en los tratamientos psicoterapéuticos era a menudo la familia quien retiraba al paciente del tratamiento cuando éste empezaba a mejorar. O que, con frecuencia, la mejoría del paciente precedía la descompensación de otro miembro de la familia. Ya no se trataba sólo de la influencia de las figuras familiares introyectadas, sino de la influencia directa de o sobre la familia en ese preciso momento. El comienzo del interés por trabajar con las familias no se produce exclusivamente entre los impulsores del nuevo paradigma sistémico, sino también entre clínicos que evolucionan a partir de otras orientaciones. Así los denominados "pioneros" de la Terapia Familiar, parten de dos grupos: los que trabajaban de acuerdo con la ideología psicoanalítica entonces dominante en la psiquiatría estadounidense,

que buscaban alternativas para el tratamiento de los pacientes más graves, y los que partían de las nuevas teorías del desarrollo, ecología cibernética y comunicación fundamentalmente.

El primero de los grupos, al que para resumir llamaremos psicoanalítico, está constituido principalmente por un grupo de profesionales que trabajan con pacientes esquizofrénicos, patología con la que no se obtenían resultados con las técnicas psicoanalíticas, junto con algún psiquiatra infantil. Parten de la obra de Freud, en la que la familia tiene una presencia central, aunque sólo como objetos decisivos en el desarrollo del niño, sin prestar atención a su influencia a lo largo de la vida. Sin embargo, dos publicaciones psicoanalíticas de esas fechas (15, 16) tuvieron una gran influencia sobre éstos autores. Ambas se referían a la influencia de la madre en el desarrollo de la esquizofrenia del hijo, pero no sólo durante los primeros meses de vida, sino que sostenían que éstas madres *esquizofrenógenas*, contribuían de manera decisiva a mantener la patología de sus hijos a lo largo de toda su vida. Los pioneros de éste grupo, en busca de nuevas vías de abordaje de los pacientes graves, introducen al padre, y sientan así las bases de los posteriores tratamientos familiares. Los principales miembros de este grupo son Nathan Ackerman, Carl Whitaker, Teodor Lidz, Murray Bowen, Lyman Wynne, Harold Searles, Ivan Boszormenyi-Nagy, y James Framo.

El segundo grupo “no analítico”, también llamado Grupo de Palo Alto, se va a aglutinar en torno a Gregory Bateson, un científico británico proveniente de la antropología, interesado en el estudio de la comunicación humana. Continuando sus estudios, obtuvo una subvención de la Fundación Macy para el estudio de la comunicación en algunas de las personas que la tienen más alterada: los esquizofrénicos y reunió a un grupo de trabajo formado por Jay Haley, John Weakland, William Fry y Don Jackson. Juntos publicaron un artículo en 1956 que tuvo una importancia decisiva en el desarrollo posterior de la T. F.: *Hacia una teoría de la Esquizofrenia* (17), era el artículo en el que postulaban una teoría etiológica de la esquizofrenia, basada en un trastorno comunicacional llamado *Doble Vínculo*. El impacto de una visión totalmente interactiva en la creación y en el mantenimiento de las perturbaciones graves posibilitó en muchos seguidores una liberación de conceptos intrapsíquicos que limitaban alternativas de explicación.

Don Jackson fundó en 1959 el Mental Research Institute en Palo Alto (California), junto con John Weakland y Jules Riskin, con intención de dar continuidad al trabajo de investigación del Grupo de Bateson, que se convierte en el principal foco de expansión de la terapia familiar en la Costa Oeste de Estados Unidos. Posteriormente se unirán al Mental Research Institute (MRI) profesionales de gran prestigio dentro de la terapia familiar, como Virginia Satir, Jay Haley, Richard Fisch, Arthur Bodin, Antonio Ferreira, William Fry, Carlos Sluzki, y especialmente, Paul Watzlawick, que es, con Bateson, el autor más traducido y citado en terapia familiar., concretamente el libro *Teoría de la Comunicación*

Humana, escrito en colaboración con Jeanet Beavin y Don Jackson.

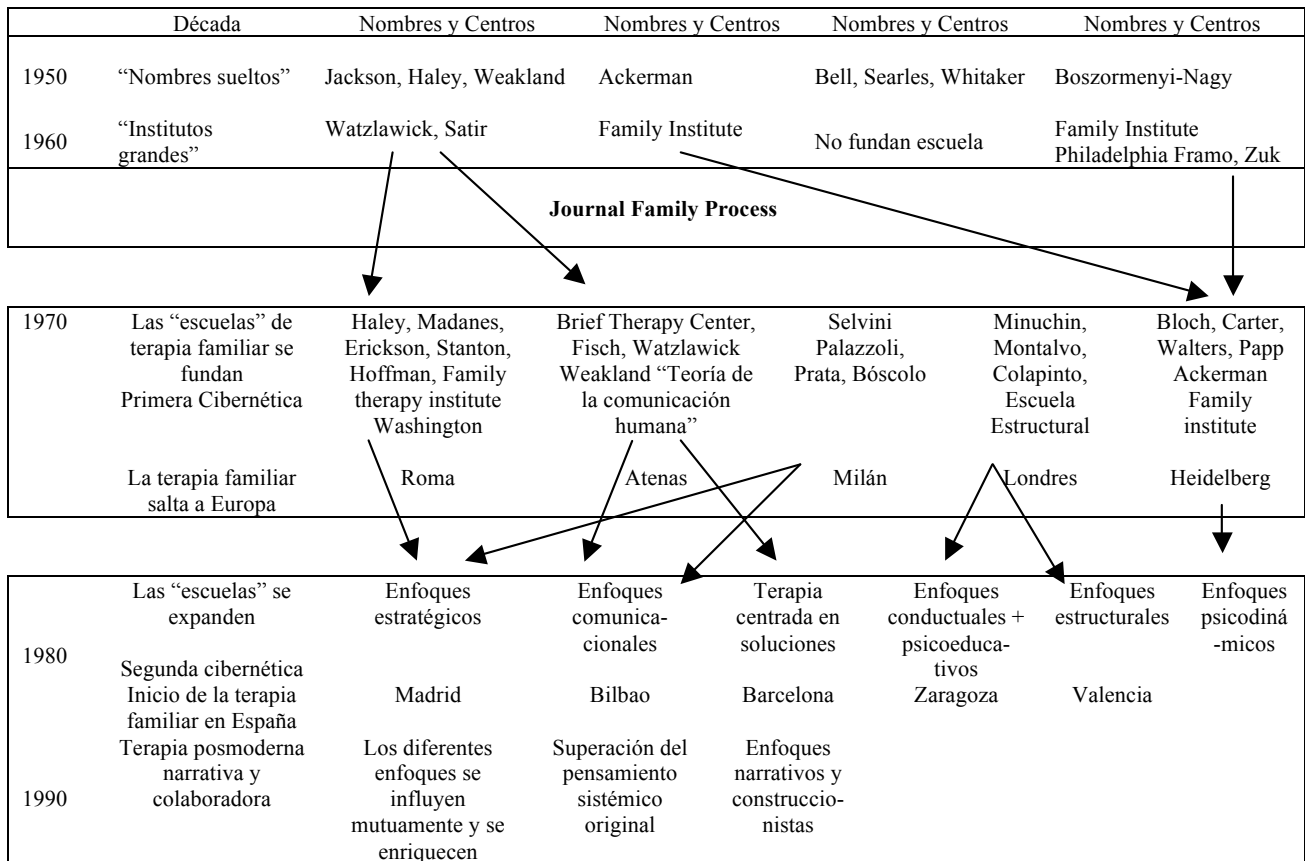
En 1961 Jackson acuerda con Ackerman, que el MRI junto con el Family Institute financien una publicación en Terapia Familiar, naciendo Family Process, que deviene en el principal órgano de expresión de la TF, y que aún continúa publicándose.

Los europeos no tuvieron prácticamente protagonismo en esta década fundadora. Únicamente destacaron en el Reino Unido John Howells (18), y Ronald Laing. Laing relacionó la *mistificación* con el concepto de *seudomutualidad* de Lyman Wynne, (2), y con las teorías de Lidz (1). También podemos señalar como precursor a John Bowlby, psiquiatra infantil de la Tavistock Child Guidance Clinic, que publicó en 1949 un artículo titulado *El estudio y reducción de la tensión grupal en la familia* (19), en el que describe la utilización de entrevistas familiares conjuntas como auxiliares del tratamiento individual de sus pacientes.

división de las escuelas: segunda cibernética

Los diferentes grupos que han ido trabajando aisladamente en Terapia Familiar disponen ya de un medio de comunicación, el *Family Process*, y han comenzado a reunirse, asociarse, e intercambiar experiencias. Podríamos pensar que eso iba a llevar a un reagrupamiento, pero ocurre lo contrario. Existe un claro intento de diferenciarse mutuamente, con la creación de un número importante de *Escuelas* de terapia familiar, que competirán por un pujante mercado de formación y entrenamiento. Esto lleva a una difusión espectacular de la terapia familiar, cuyas teorías se extienden no sólo a otros países y continentes, sino a campos muy diversos y diferentes de las ciencias de la conducta.

Mientras en Europa, la divulgación de la terapia familiar no se produce hasta la década de 1970, y hay que esperar a la década de 1980 para su implantación como modalidad de intervención psicoterapéutica ampliamente aceptada. Con la excepción de Italia, que con su Escuela de Milán es el único país que logra un primer reconocimiento y un intercambio bilateral en la década de 1970 (20), se observan procesos muy similares en casi toda la geografía Europea. Por un lado, los exponentes de las diferentes Escuelas de terapia familiar norteamericanas empiezan a impartir seminarios de formación en visitas frecuentes, y por otro, los profesionales europeos vuelven a sus países de origen después de haber llevado a cabo una estancia formativa mas o menos extensa en alguna de las principales escuelas estadounidenses. Poco a poco se va introduciendo la nueva forma de intervención en los servicios públicos y privados, y se van iniciando las Escuelas Europeas de Formación. (v. fig. 131-1). Eso implica que cuando la Terapia Familiar de los Estados Unidos se transforma hacia la Segunda Cibernética, en Europa aún se está introduciendo la primera. Este desfase perdura hasta nuestros días. Repasaremos las *Escuelas* más importantes, su origen y propuestas teóricas principales, clasificándolas de un extremo a otro del arco sistémico, desde las sistémicas puras, a las que mantienen una mayor influencia del



/figura 131-1/

Evolución de las corrientes en terapia familiar sistémica

psicoanálisis, incluyendo algunas propuestas mixtas o multi-dimensionales.

Dentro de las sistémicas puras tendríamos las Escuelas de Palo Alto, la Estratégica y la de Milán. Más centradas estarían la estructural y las de Roma. En el lado más psicoanalítico, el Ackerman Institute, el Grupo de Filadelfia, Bowen y su grupo, y la orientación grupoanalítica.

Orientaciones Sistémicas Puras

La Escuela de Palo Alto, es el nombre dado a los herederos directos de la Orientación Comunicacional del Grupo de Palo Alto, organizados en torno al MRI. Su práctica se centra en el estudio y la intervención sobre la comunicación (bajo la premisa de que comunicación equivale a conducta), como manera de resolver los conflictos que surgen en las relaciones entre los miembros del Sistema (generalmente familiar) y/o de éste con el medio externo.

El fundador de la *Escuela Estratégica* y su representante más cualificado es Jay Haley, junto con Cloe Madanes. Por lo tanto se trata de una escuela que también tiene sus raíces en el *grupo de Palo Alto*, y en el MRI, y que recibe una influencia decisiva de un Montalvo. El tratamiento de los problemas debía tener en cuenta no sólo los síntomas, sino también el

hipnoterapeuta de técnicas heterodoxas como Milton Erickson (21).

La *Escuela de Milán* comienza su andadura cuando en 1967 la psicoanalista Mara Selvini funda el *Centro para el Estudio de la Familia* (22) Paulatinamente van uniéndose al Centro otros psicoanalistas interesados por el tema, que van experimentando en el trabajo con familias, y van estudiando las aportaciones de los diversos autores norteamericanos, desde la *Escuela de Palo Alto* a la de *Filadelfia*, pasando por Salvador Minuchin, y Murray Bowen. El grupo inicial y el más conocido estaba formado por Mara Selvini, Guliana Prata, Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin, se mantuvo unido durante siete años, hasta que en 1978 se escindió en las parejas Selvini-Prata, y Bóscolo-Cecchin.

Escuelas estructural y de Roma

Algunos autores cifran el nacimiento de la *Escuela Estructural* en la publicación en 1967 del libro *Families of the slums*, de Minuchin, Montalvo, Guerny, Rosman y Schumer (23). El libro describía el trabajo de un grupo, liderado por Salvador Minuchin, que incluía a Ernst Auerswald y C. King, y más tarde a R. Rabkin y Braulio contexto en que éstos aparecían, en familias que

vivían en condiciones notables de pobreza y marginación.

Las llamadas *Escuelas de Roma agrupan* a Maurizio Andolfi y cols. (P. Menghi, A. Nicoló, Carmine Saccu y otros), así como a Luigi Cancrini y los suyos (Luigi Onnis, Mauricio Coletti, Gracia Cancrini, etc.). Ambos fundaron centros de formación en terapia familiar que se extendieron por toda Italia y en los que se integraron la mayor parte de los profesionales de terapia familiar de ese país.

Orientaciones psicoanalíticas

La característica fundamental de las escuelas que se inclinan más hacia el polo psicoanalítico es que, aunque prestan una atención especial a la familia, no dejan de considerar al individuo en un primer plano. La familia está compuesta por individuos, cada uno de los cuales tiene su propia identidad y su propia historia. Se estudiará a cada individuo y sus interrelaciones entre ellos dentro de la familia. Dentro de este grupo hemos nombrado al Ackerman Institute, el Grupo de Filadelfia, Bowen y su grupo, y la orientación Grupoanalítica.

Ackerman utiliza un lenguaje psicoanalítico para desarrollar sus teorías (24, 25), y presta especial atención al individuo. Sin embargo desarrolló un modelo terapéutico muy personal, en el que el terapeuta se muestra muy activo, y en ocasiones provocador, y en el que algunos autores creen ver una línea precursora del estructuralismo.

Tras su muerte, el Ackerman Institute se alejó del extremo psicoanalítico, se podría decir que se mueve hacia los enfoques mixtos, centrándose en el espectro. Por sus despachos han pasado figuras importantes, como Don Bloch, Olga Silverstein o Peggy Papp. Estas dos últimas, junto con Betty Carter y Marianne Walters han sido las principales impulsoras del llamado *Proyecto de Terapia Familiar de las Mujeres* (26), un movimiento que ha dado lugar en Estados Unidos a una [terapia familiar feminista](#). Se cuestiona y combate el ordenamiento jerárquico tradicional de la considerada "familia normal", tratando de aplicar la teoría feminista y sus valores a la *Terapia Familiar* (27).

Terapia Familiar Contextual ha sido el nombre que se ha dado a la aproximación a la Terapia Familiar del *Grupo de Filadelfia*, liderado por Ivan Boszormenyi-Nagy, quien trata de integrar las teorías sistémicas y las psicoanalíticas. Sus teorizaciones se plasman en el libro [Lealtades Invisibles](#) (28), en el que se reconoce la influencia de Freud y Sullivan por un lado, y por otro del filósofo Martin Buber. Aportaciones importantes a la *Terapia Contextual* se han realizado desde Europa, concretamente con la inclusión en este campo de Helm Stierlin, Profesor de la *Universidad de Heidelberg*. La Orientación Grupoanalítica, tiene su principal representante en A. Robin Skinner, fundador del Instituto de Terapia Familiar de Londres. Como los anteriores, trata de conjugar las teorías sistémicas con las psicoanalíticas, estas últimas especialmente influidas por John. Bowlby y especialmente por S. Foulkes.

Hasta la década de 1980 lo común para quienes trabajaban con las familias había sido la

hipotetización y descripción "objetiva" de las pautas de interacción problemáticas por parte de un terapeuta observador del sistema. A partir de entonces nacen formas de intervención en terapia familiar que cambian su foco hacia la búsqueda de soluciones desde una perspectiva que incluye al terapeuta en el sistema como "otro mas". La implantación del sistema del *managed care* en Estados Unidos fomenta en un principio las intervenciones estructurales y estratégicas, y ayuda a que emergieran los enfoques de terapia breve centrados en soluciones. (29, 30). La evolución de otro de los pilares de la *teoría sistémica*, la *cibernética*, dará lugar a un replanteamiento teórico general. Las aportaciones de Maruyama, Prigogine y Von Foerster (31-33), originarán la denominada *segunda cibernética*. En el planteamiento inicial de la *primera cibernética*, el observador externo estudiaba el sistema, tratando de deducir las [reglas](#) disfuncionales, para desde fuera o desde dentro, impulsar el cambio de las reglas o la [estructura](#) familiar. Sin embargo, se dejaba de lado la influencia que ejercía el observador sobre el sistema. Esta influencia inevitable, modifica el funcionamiento familiar, que se adapta a la nueva situación. Esta evolución teórica vuelve a apoyarse en parte en la física, en concreto en la física cuántica, que estudia las partículas subatómicas, y que había llegado a la sorprendente conclusión de que algunas partículas sólo existen cuando alguien está mirando. Finalmente se demuestra que la objetividad es imposible de alcanzar, y aquellos estudios que no tengan en cuenta la influencia del observador sobre el contexto carecen de validez. Este principio es conocido como el *principio de incertidumbre* de Heisenberg, que implica que no podemos observar algo sin afectarlo. No existe el observador independiente que pueda mantenerse al margen observando como la naturaleza sigue su curso sin afectar al objeto observado. La reflexión que se produce en torno a estas teorizaciones, trae consigo una vuelta a las ideas iniciales de Bateson y una revitalización de las teorías de la comunicación. El resultado es la aplicación del [constructivismo](#) a la teoría familiar, posición epistemológica desarrollada en diversas orientaciones científicas. La afirmación básica es que la realidad no existe como tal verdad absoluta a la que se aproximan los individuos que intentan descubrirla, sino que ésta es *construida* por cada uno de nosotros en nuestro contexto social. Familia y Terapeuta forman una unidad que intentará construir una nueva realidad en la que la conducta sintomática sea redefinida de manera que ya resulte innecesaria (34, 35). Nacerán así las llamadas terapias familiares pos modernas.

La Terapia Familiar post-moderna

Si algo distingue probablemente los enfoques de Terapia Familiar de otros enfoques psicoterapéuticos es la disposición de sus defensores de reflexionar sobre sus propias premisas y utilizar estas reflexiones, los resultados de investigaciones, y una apertura hacia el "cambio" mismo para modificarse. Con la llegada de las voces críticas dentro de los enfoques estructurales y estratégicos, hubo una incomodidad creciente con la manera manipulativa e

intervencionista. Las terapias familiares pos modernas se basan fundamentalmente en el constructivismo, el [constructivismo Social](#) y la [narrativa](#). Según algunos autores, el constructivismo ha cambiado la terapia familiar más que ninguna de sus orientaciones anteriores. Si el terapeuta de la primera cibernética trata un problema que le trae la familia como algo objetivo, externo a él, sobre el que hay que intervenir para modificarlo, el terapeuta de la segunda cibernética selecciona lo que le parece relevante de lo que cuenta la familia, no porque sea lo verdadero, o lo evidente, sino porque le parece que puede resultar útil para modificar la visión del mundo del [sistema terapéutico](#) de la manera que sea más satisfactoria para todos. El Constructivismo pone en cuestión nuestra percepción de la realidad al postular que no hay una realidad lírica y objetiva, sino que cada observador configura su propia interpretación de la realidad, su personal manera de entender el mundo. (35)

Terapia Narrativa

La utilización de narraciones, historias, etc., como [metáfora](#) para describir las relaciones familiares es antigua en la terapia familiar, su evolución y desarrollo como corrientes ha sido constante. (ANT, Attachment Narrative Therapy, 2008, Vetere & Dallos) (36). En las teorías del funcionamiento familiar basado en las narrativas se parte de la idea de que las narraciones que hacemos, la manera en como nos “contamos lo que pasa” construyen nuestra realidad, hasta tal punto que pueden llegar a ser la realidad misma. La familia deviene así en una historia contada por sus protagonistas, los miembros de la familia, y en la que se integra todo lo ocurrido, lo que hubiera podido ocurrir, todas las personas, contextos y situaciones pasadas, presentes (o incluso futuras) que llegan a ser significativas para ese grupo familiar. Además de la historia de la familia, cada miembro tiene su propia historia, que se entrelaza con las historias del resto de los miembros, construyendo entre todos la vida familiar. Los conflictos surgen cuando se producen discordancias entre las diversas historias.

El desarrollo de las teorías y técnicas basadas en la narrativa se ha producido a partir la década de 1980 con los trabajos de Michael White y David Epston. (39), que proponen “reescribir” la vida de manera más funcional. Cuantas más historias funcionales distintas sea capaz de aceptar un sistema familiar, más posibilidades tienen sus miembros de crecer, individuarse, y desarrollar sus capacidades emocionales e intelectuales. También son importantes las aportaciones de Sluzki centrados en las visiones del mundo (Sluzki, 1983 40) y en sus posteriores desarrollos que integran las *Narraciones Familiares en contextos más amplios* (41).

La Terapia Familiar en España

Aunque hay algunas publicaciones anteriores, su verdadero desarrollo empieza en la década de 1980, cuando diferentes profesionales,

formados en diversos países (Italia, Suiza, Estados Unidos), comienzan a reunirse para intercambiar sus experiencias, e impulsar un proceso conjunto de desarrollo de la terapia familiar en España. La primera reunión registrada tuvo lugar en Zaragoza, en 1981, donde informalmente coincidieron, entre otros, Fernando Carrasco, Alberto Carreras, Paloma Lago, Carmen. F. Rojero, José Luis Ruiz de Munain, Ricardo Sanz, Alberto Sarró y Teresa Suarez. Se puede afirmar, que los miembros de este grupo de psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y filósofos, conjuntamente con compañeros como Norberto Barbagelata, Annette Kreuz, Itziar Landáburu, Juan Luis Linares, José Navarro, Roberto Pereira, José Antonio Ríos, entre otros, han sido los que con sus seminarios de formación y publicaciones, han divulgado la Terapia Familiar en nuestro país. A esa primera reunión de Zaragoza, siguieron otras que se convocaron anualmente, y que se convirtieron en las Jornadas y Congresos Nacionales de Terapia Familiar (en el año 2009, se convoca el XXX Congreso en Barcelona).

En 1983, la Terapia Familiar hacía su presentación oficial en el campo psiquiátrico español, con la presentación de la ponencia Paradigma Sistémico y Terapia de Familia al XIV Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (41). Desde entonces, la terapia familiar no ha dejado de estar presente, tanto en el contexto psiquiátrico como psicológico, desempeñando un papel progresivamente más activo. En 1994 fue incluida como prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud como atención especializada (Real Decreto sobre Prestación Sanitaria del Sistema Nacional de Salud, aprobado por el Consejo Interterritorial de Sanidad, en el Anexo 1, artículo 3 sobre atención especializada). En 2008, la terapia sistémica se incluye como una de las ramas de formación terapéutica en el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría, además de formar ya parte de la formación pos graduada para la especialidad de psicología clínica.

En 1984, se formó la primera Asociación de Terapia Familiar, la Asociación Vasca de Terapia Familiar (actualmente Vasco-Navarra), a la que siguieron la Valenciana, Aragonesa, Madrileña y Catalana. Por fin, en 1991 se constituyó con las citadas Asociaciones la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar, a las que se sumaron después la Andaluza, Asturiana, Balear, Canaria, Cantabria, Castellano-Leonesa, Castellano Manchega, Gallega y Extremeña, y que cuenta en la actualidad con más de 1500 socios. La Federación reúne más del noventa por ciento de las asociaciones de terapia familiar españolas y ha consensuado criterios mínimos de acreditación de programas de formación, de terapeutas familiares y de docentes. En Junio de 2009, hay 32 Escuelas de terapia familiar acreditadas por la Federación, y tres revistas de Terapia Familiar que se publican regularmente en España: *Cuadernos de Terapia Familiar*, editado en Madrid por J. A. Ríos (desde 1987), *Redes* editada en Barcelona por J.L. Linares y Roberto Pereira (desde 1996) y *Mosaico*, Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (desde 1996).

Lo común en los enfoques sistémicos familiares

En los siguientes párrafos se describen algunos de los conceptos más comunes utilizados en terapia familiar. Carlos Sluzki, teórico universal de habla hispana y agudo observador del campo sistémico (42) acuñó el término *sistemiqués* para este vocabulario específico y compartido por la mayoría de los terapeutas sistémico-familiares. Al final de este artículo aparece un pequeño glosario de algunos

conceptos clave en terapia familiar sistémica (Anexo) Es evidente que la lista no es completa (43) y que gran parte de este vocabulario se implantó en la fase inicial de la aplicación del pensamiento sistémico a la psicopatología; sin embargo, la mayoría de los conceptos han sobrevivido al paso del tiempo y ayudan a los profesionales en su comunicación sobre casos y formas de trabajar. En la tabla 131 – 1 se ofrece un cuadro sinóptico con una descripción de diferentes modalidades de terapia familiar organizados cronológicamente.

/tabla 131-1/

Etapas del ciclo vital familiar en Occidente en el siglo XXI

Etapa	Comentarios y apuntes sobre contextos socioculturales españoles actuales	Necesidad de mantenerse estables (capacidad morfoestática del sistema)	Necesidad de modificar (capacidad morfogénica del sistema)
Independización del joven adulto	La fase de adolescencia se ha alargado: los jóvenes no se van de casa antes de los 28 (mujeres) y 32 (varones)	Mantener el vínculo familiar sin convivencia	Diferenciación de la familia de origen, desarrollo de relaciones con iguales, inserción en el mundo laboral.
Formando pareja	La mayor parte de las parejas todavía se casa, aunque tarde	Aportar mitos e ideas individuales y familiares de cada uno	Negociando las reglas de convivencia y compromiso, inclusión de la pareja en la familia de origen y los sistemas de amigos.
El primer hijo y familia con hijos pequeños y en edad escolar	La media de hijos/pareja en España es de 1.31 (INE, 2000) Separación – divorcio iniciado por la mujer (aumento de tasa al año, y alrededor de 7 a 10 años de convivencia)	Mantener la relación de pareja conyugal. Esta etapa, después del ajuste inicial, suele ser una de las más estables; la aparición de síntomas se debe mayoritariamente a crisis situacionales	Experimentar los nuevos roles parentales y de abuelos. Cambio de hábitos, reajuste, compromisos laborales.
Hijos adolescentes	Esta etapa suele ser vivida conjuntamente con la siguiente como la menos satisfactoria por los miembros de la familia, ya que implica el desafío encubierto o abierto de las reglas familiares.	Mantener la jerarquía parental y el vínculo de cuidado con los hijos.	Integrar el desafío y la expansión de límites en la relación padres/hijos
Reencuentro de la pareja madura, “el nido vacío” y “el retiro”	Divorcio – separación iniciado por el hombre, aumento de tasa alrededor de los 50 años del marido.	Diferenciación y vinculación se encuentran en un equilibrio dinámico en las parejas que no se separan	Incluir las parejas de los hijos y tolerar “salidas y entradas”. Cambiar a una relación “entre adultos” con los propios hijos, sus parejas y la familia política. Cuidar de la generación de los abuelos y afrontar su pérdida. Aumento del tiempo libre conjunto, necesidad de autocuidado (problemas físicos). Ejercer de “abuelos”
Pareja anciana	La etapa anciana es conjuntamente con la adolescencia la fase del ciclo vital que más se ha alargado. La cuarta edad con sus necesidades de cuidado masivo, inabarcable por las familias posmodernas, constituye un reto para la sociedad	Conservar lo “positivo” de la historia familiar	Admitir la inversión de jerarquía en el cuidado (hijos cuidan de los padres), afrontar la muerte del cónyuge y la propia muerte

Tareas evolutivas. Decisión de separarse o divorciarse	En familias con separación o divorcio. La tasa de divorcio y separación se sitúa en el 40 % de las parejas, muchas se vuelven a casar y se vuelven a divorciar	Conservar el rol parental, asunción de corresponsabilidad,	Planificación de custodia, visitas y finanzas, notificación a las familias de origen (abuelos)
Separación física Divorcio legal	Los hijos no se “creen” la separación de sus padres hasta que uno de los cónyuges se ha ido del hogar común. Para ellos, todo “empieza” aquí. Predictor de graves problemas: litigios sobre la custodia	Cooperación en las funciones parentales	Afrontar la pérdida de la “familia intacta” y de la pareja conyugal, adaptación a la vida por separado, con arreglo de visitas, vacaciones, etc.
Familia uniparental	En la gran mayoría de los casos son las madres quienes conviven con los hijos; separación y divorcio está ligado a una pérdida económica considerable, con el riesgo de pobreza. Muchos de los problemas de las familias monoparentales tienen su origen en este hecho	Mantener el contacto de los hijos con el padre no custodial	Flexibilización de los arreglos de visitas y de apoyo, ampliación y reconstrucción de la red social
Creación de una nueva pareja	Es la “victoria de la esperanza sobre la experiencia” (R. Pereira)	Mantener las relaciones de los hijos con la familia extensa del excónyuge, aceptar la necesidad de “tiempos de adaptación” personales de todos los miembros del sistema	Ampliar los espacios personales sin descuidar el rol parental, tolerar la complejidad y ambigüedad de las nuevas relaciones, expresar y resolver conflictos de lealtad y miedos
Constitución de una nueva familia		Mantener la jerarquía parental respecto a los hijos propios, aceptar los límites del rol parental hacia los hijos de la pareja. Apoyo conyugal	Integración de límites permeables en un modelo de familia diferente, negociación flexible de reglas de convivencia, adiós a la idea de “familia ideal”

A continuación ofrece un breve apunte sobre la Terapia de Pareja: En muchas asociaciones profesionales se habla de la terapia familiar y la terapia de pareja como un binomio indisoluble. Dos ejemplos serían la American Association for Marriage and Family Therapy (AAMFT) y la sección de Terapia Familiar y de Pareja de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP), (44) En este artículo partimos de esta base: Terapia Familiar y Terapia de Pareja forman un conjunto, siendo la pareja el subsistema originario del conjunto familiar. Insertado en el texto encontrará cortas viñetas de intervenciones posibles con la ayuda de un ejemplo ficticio. Las intervenciones son habituales dentro del modelo de Terapia Familiar Fásica utilizado por la autora. (45, 46)

clientes

Generalmente, los terapeutas familiares prefieren la palabra cliente a la de paciente, reminiscencia del movimiento diferenciador respecto al modelo médico. Del mismo modo, inicialmente, el “dogma” de cualquier intervención familiar sistémica

significaba *ver a la familia* (todos los que convivían) *siempre en conjunto*. Se llegó a internar a familias completas durante tiempo prolongado, si la familia acudía incompleta, no se le atendía. Esta rigidez se fue abandonando, admitiendo sesiones “incompletas” e incluyendo otras personas significativas en el encuadre terapéutico. Incluso los hay que trabajan de manera individual con un concepto familiar. (46) Sin embargo hay que resaltar que el poder de las sesiones conjuntas sigue siendo el estandarte de las intervenciones sistémicas, y el núcleo de la formación en Terapia Familiar. El proceso terapéutico se inicia antes del primer contacto con la familia, en el momento de la derivación a una terapia familiar o de pareja para solucionar “un problema”. La persona que remite al paciente y su manera de definir el problema y establecer el vínculo al futuro terapeuta familiar se considera parte integral del proceso terapéutico y de la formación del *sistema terapéutico*. Muchos terapeutas hacen una recogida de datos sociodemográficos y estructurales iniciales por teléfono, la denominada [ficha telefónica](#) y después de este contacto inicial formulan las primeras [hipótesis](#) sobre lo que ocurre en la familia y su entorno vital. El terapeuta familiar utiliza diferentes sistemas de control

de su propio trabajo. La *supervisión en vivo*, bien realizando las sesiones en co terapia, bien con circuitos de vídeo y espejos unidireccionales con profesionales que observan el desarrollo de la sesión, constituye otra de las señas de identidad de la intervención familiar. Los “supervisores”, que pueden ser miembros del mismo equipo o consultores, pueden intervenir de manera directa (vía teléfono, o entrando en sesión) o indirecta ([equipo reflexivo](#) para el terapeuta) en el transcurso de la sesión. La persona para la cual se solicita ayuda se considera portador del síntoma, o [paciente identificado](#). El “cliente de verdad”, lo que constituye el foco de intervención, es la familia como conjunto. Como tal, es un *grupo humano* pequeño, diferenciado del resto de los grupos humanos por una serie de características específicas. Una definición de “Familia” que pueda ajustarse a la complejidad de las [formas](#) diferentes de familias que existen en el siglo XXI (47) es la siguiente:

En una familia (monoparental, nuclear o reconstituida) conviven habitualmente miembros de más de una generación, siendo una generación la de los padres (genéticos y/o biológicos, adoptivos, padrastros o de acogida) y la otra la de los hijos (genéticos y/o biológicos, adoptivos, hijastros o de acogida). La convivencia de la familia se caracteriza por la existencia de tareas comunes, la búsqueda de intimidad y privacidad y la utopía o “mito” de la familia. Cuando se funda la familia, cada miembro de la pareja aporta su mito personal sobre como debe o no debe ser una familia. Con el tiempo a través de la negociación explícita e implícita de la pareja, y según la realidad sociocultural y física se configura y co construye la forma de vida específica de cada familia en particular. Esta forma de vida se ajustará de manera idiosincrásica a las necesidades y exigencias vitales del conjunto y de cada uno de los miembros (48)

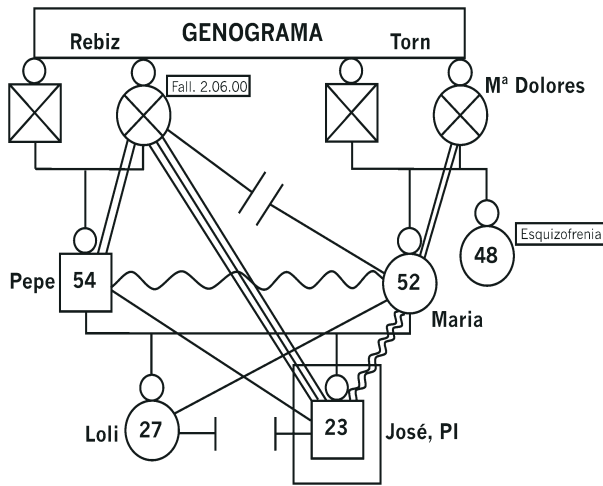
Durante las primeras entrevistas se establece generalmente un *contrato terapéutico* consensuado entre familia y terapeuta, en el que se establecen los *marcadores de contexto* de las sesiones como frecuencia, finalidad, pago, quien acude, etc. Todos los terapeutas de familia trabajan con la interacción en el “aquí y ahora” de la sesión terapéutica. Todos están observando tanto las pautas de *comunicación* en el flujo de interacciones que se establecen, tanto entre los miembros de la familia, como con el/la terapeuta y su equipo. Las modalidades específicas de intervención (*técnicas verbales, técnicas activas, tareas inter-sesión*) dependen de la orientación terapéutica con la cual trabaja el profesional y que define su idea sobre la familia, el rol del terapeuta, y el proceso de cambio. Habitualmente, al final del contrato terapéutico y después existe un seguimiento con la recogida de [retroalimentación](#) o Feedback sobre la terapia en sí.

“diagnostico” en la terapia familiar

Si el “cliente” del terapeuta familiar es el conjunto, cualquier aproximación diagnóstica tiene que ver con la descripción de la interacción en este [sistema abierto](#) y viviente. El “diagnostico familiar” es

un diagnostico de procesos interactivos, de las dinámicas y cambios en la convivencia, de la percepción de la historia y *mitos* del pasado, presente y futuro familiar, y de los deseos y miedos relacionados con ello. De hecho, el diagnóstico tradicional con la implicación de un modelo médico rígido fue y sigue siendo rechazado por la mayoría de los terapeutas familiares, a excepción de los enfoques psicoeducativos, ya que cualquier diagnostico surge una idea de estabilidad falsa e invita a un pensamiento *causal lineal* (49), distrayendo de la idea del sistema familiar y terapéutico como un todo. La vida familiar y su dinámica se ven guiadas por *reglas de interacción* inmersas en el contexto sociocultural más amplio, que cumplen los principios de la [retroalimentación positiva](#) y [negativa](#). Las “reglas” son metáforas acuñadas por el observador para denominar secuencias redundantes de comportamiento, que caracterizan el funcionamiento de cada sistema familiar concreto, tanto entre los diferentes *subsistemas*, como con el entorno. Un ejemplo de la vida cotidiana sería la manera específica de sentarse a la mesa y servir la comida (o en la sala de espera antes de entrar a sesión), otro la manera de llegar a una decisión sobre el mando a distancia de la televisión en los ratos de ocio compartidos. Las “secuencias redundantes” que emergen con el paso del tiempo a través de ensayos y errores alrededor de lo cotidiano y en relación con acontecimientos significativos (fiestas, nacimientos, muertes) son identificadas por los miembros muchas veces como aquello que es “típico” o como mínimo habitual o representativo de su familia. Cada familia tiene una *estructura*, que se puede simbolizar a través del [genograma](#) (50) La utilización del genograma familiar con sus símbolos universales es una técnica habitual para describir la estructura familiar utilizada por diferentes modalidades de terapia familiar (fig. 131-2). Los hombres son representados con cuadrados, las mujeres con círculos, las relaciones matrimoniales con líneas horizontales, las descendencias con líneas verticales. La escuela estructural añadió símbolos específicos que permiten describir relaciones significativas. Es una de las formas clínicas más utilizadas de diagnóstico familiar, que permite la modificación y descripción de cambios a lo largo del proceso terapéutico.

Todas las familias están sometidas a cambios simplemente por el paso del tiempo, o [crisis](#) evolutivas, siguiendo de manera más o menos regular las etapas del llamado “[ciclo vital](#)”, otra de las dimensiones diagnósticas en la descripción de las familias. El concepto de ciclo vital es transcultural, y necesariamente tienen que adaptarse los contenidos de las etapas a los contextos temporo espaciales a los cuales pretende referirse. Cada transición de una fase del ciclo vital a la siguiente implica el paso por una *crisis*, caracterizada por una mayor inestabilidad del sistema en conjunto. Los cambios necesarios en la adaptación a la nueva fase del ciclo vital se llaman *cambios 2, o cambios cualitativos*, ya que necesitan tanto de la capacidad *morfofenética* como *morfoestática* del sistema familiar, e implican la alteración de las reglas de interacción del conjunto. Las fases que citamos en la tabla 131-1 están



/figura 131 – 2 /

Ejemplo de genograma

Un terapeuta estructuralista podría dar la siguiente lectura al genograma: el genograma que surge de la primera sesión demuestra una familia en fase de adolescencia (tardía) de sus hijos. Resalte la muerte de la abuela materna, que coincide con el empeoramiento del comportamiento del paciente identificado, José. Era la persona que más cercanía expresaba a José, su nieto preferido (alianza transgeneracional estable). Es una familia con rupturas de relación (entre los hermanos y entre la nuera y la suegra). Hay pautas repetitivas transgeneracionales (las madres se llevan bien con los primogénitos). Ambos padres no han tenido hermanos del sexo opuesto (falta de modelo). El patrón de nombrar a los hijos es tradicional. En la fase de acomodación (*joining*) empezando por el padre, seguido de la madre, de la hija mayor y por último el chico, la terapeuta pregunta por la forma de vida de cada uno de los miembros de la familia, y del conjunto, resaltando los aspectos que denotan fortalezas y habilidades: el padre ha mantenido su trabajo, durante más de 35 años (es usted una persona fiel), la madre, ama de casa, se ha hecho cargo de su hermana enferma y del cuidado de sus padres hasta su muerte (se siente muy responsable de los suyos), la hermana finaliza los estudios (la primera en dos familias que tiene carrera superior) y el chico tiene amigos que le buscan. A la pregunta “cuál es el problema” contestan: *padre*, “el problema es mi hijo”; *madre*, “el problema es que mi marido es demasiado blando con José”; *hermana*, “hay dos problemas, mi boda y mi hermano” y *José*, “no hay problemas, somos como todas las familias, a veces mal, a veces menos mal”.

adaptadas al contexto sociocultural de occidente a partir de la segunda mitad del siglo XX, implicando en su versión ampliada la separación y el divorcio con la posibilidad de [familias reconstituidas](#).

Además de las crisis evolutivas correspondientes al ciclo vital, cada familia tiene que afrontar *crisis situacionales* que tienen su origen en un cambio brusco del contexto vital interno y/o externo de la familia. Aunque habitualmente se relacionan con el concepto de pérdidas catastróficas, como puede ser un accidente con incapacidad en uno de los padres, una enfermedad crónica o la muerte de un hijo, los llamados “golpes de suerte” (ganancia de una suma de

dinero importante, ascenso inesperado en el trabajo) implican la misma exigencia de cambio al conjunto familiar. En el momento que el sistema familiar no puede acometer los cambios necesarios para adaptarse al contexto diferente creado por el cambio originario de la crisis, bien evolutiva, bien situacional, aparecen los síntomas en uno o varios de sus miembros.

Uno de los temas más controvertidos en el campo sistémico es el diagnóstico de la familia en un sentido más tradicional o positivista. Hay quien afirma que cualquier diagnóstico es opuesto a la idea sistémica porque introduce una jerarquización en el sistema terapéutico, donde el terapeuta aparece como supuesto “experto” y, al posicionarse como un observador “objetivo y externo”, entra en contradicción epistemológica con el paradigma de la *segunda cibernética*. Este paradigma incluye al observador como parte del sistema con una influencia circular entre terapeuta y clientes que imposibilita una “evaluación objetiva”. Sobre todo las escuelas adscritas al construccionismo social rechazan cualquier diagnóstico individual tradicional, ya que relacionan sus categorías con el inevitable *etiquetaje social*, y con los efectos posibles de una profecía auto cumplida. (52) Estas escuelas también se muestran poco favorables al diagnóstico de las interacciones familiares con técnicas tradicionales como cuestionarios o rejillas. Dejando los extremos pos modernos, nos encontraríamos con el diagnóstico de las interacciones familiares que supuestamente llevan al mantenimiento de los síntomas. Aquí el énfasis reside en la descripción de los ciclos repetitivos, [causalidad circular](#), de conductas observadas con la familia y de las reglas subyacentes, por ejemplo. [alianzas](#) y [coaliciones](#), [triangulaciones](#) y [parentificaciones](#), cuya descripción ayuda a orientar la intervención terapéutica. La pregunta clave del terapeuta familiar no es “¿Porqué ocurre lo que ocurre?”, sino “¿*como* ocurre lo que ocurre, *para qué* ocurre lo que ocurre?, y” ¿porqué no ocurre otra cosa?”. Los inicios de la Terapia Familiar, las escuelas de orientación estructural, conductual y analítica han promovido diferentes formas de diagnóstico de las familias y parejas, que implican sobre todo medidas en tres dimensiones: la [adaptabilidad](#), la [cohesión](#) y la [comunicación familiar](#). (53) Estas herramientas de diagnóstico familiar, una tolerancia relativa hacia los modelos tradicionales y las nuevas formas de investigación cualitativa han promovido algunos de los trabajos sobre eficacia y eficiencia de la terapia familiar, con resultados favorables reconocidos y contrastados (54-62)

En muchos países Europeos, la terapia familiar sistémica ha sido reconocido como uno de los tratamientos científicamente validados para el tratamiento psicoterapéutico de diversos problemas en el campo de la salud mental y física. Así en Alemania, Dic. 2008) el consejo científico general certifica que la Terapia Sistémica ha probado ser eficaz en los siguientes trastornos psicopatológicos del adulto: Trastornos de ánimo; trastornos de alimentación; factores psicológicos y sociales de las

enfermedades psicosomáticas; Adicción y abuso de Tóxicos (en el caso de heroína concomitante con un tto. de Metadona) ; esquizofrenia y trastornos psicóticos. En niños y adolescentes, su utilización está indicado para los trastornos anímicos y de adaptación, trastornos de alimentación y otros trastornos de comportamiento con componentes psicosomáticos, ,trastornos de conducta con inicio en la infancia y adolescencia, trastornos por tics (en TDH), trastornos de comportamiento y personalidad, de control de impulsos, de identidad sexual y trastornos sexuales, adicción y abuso de sustancias, esquizofrenia y psicosis (limitado al consumo de tóxicos).

Objetivo Terapéutico

Si el tema del diagnóstico es bastante controvertido, el de las metas de la intervención con familias, aunque no exento de polémica, lo es mucho menos. Dicho con un lenguaje sistémico y pragmático, los objetivos de la terapia familiar son la promoción de la creación y del mantenimiento de un sistema familiar que no está organizado a causa de un problema o síntoma en uno o varios de sus miembros. Ninguno de los miembros de la familia presenta

/tabla 131-2/
Objetivos de la terapia familiar (Carl Whitaker, 1991)

Mejora de la comunicación	Mejora de la empatía
Mejora de la autonomía y de la individualización	Mejora del desempeño de tareas individuales
Flexibilidad de liderazgo	Mejora del acuerdo de roles
Reducción de conflicto	Mejora de síntomas individuales

síntomas psicofísico y/o sociales duraderos o serios; las enfermedades crónicas no son empeoradas en su curso, y no impiden el crecimiento individual y del conjunto mas allá de su impacto inevitable. (63) En las intervenciones, se incrementa la conciencia de las interdependencias de la familia con respecto a los demás sistemas sociales, se ayuda a través del trabajo de redes a conseguir los máximos recursos posibles, y se incentiva una mayor tolerancia a la incertidumbre inherente en todos los sistemas complejos. Son pocos los terapeutas familiares actuales, sea de donde sea su “ideología sistémica” , que no suscribirían los objetivos de la Terapia Familiar que publicó Carl Whitaker en 1991 (64). (Tabla 131-2). La Terapia sistémica se puede describir como un procedimiento psicoterapéutico, cuyo foco se encuentra en el contexto social de los trastornos psíquicos. En su trascurso se recurre, además de trabajar con el o los pacientes (paciente identificado) a otros miembros importantes de su red social . La terapia se focaliza en las interacciones de los miembros de la familia o del sistema y del contexto social mas amplio. La Terapia Sistémica considera como componentes básicos de sistemas los procesos interactivos y recíprocos intrapsíquicos (cognitivo-emocionales) y biológico somáticos, como además los contextos interpersonales del individuo y de los grupos. Los elementos del sistema específico y sus relaciones

recíprocas forman la base para el diagnóstico y la terapia de enfermedades psíquicas. (citado de: terapia sistémica. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats Psychotherapie zur Systemischen Therapie, traducción interna)

Lo diferencial en los enfoques sistémicos familiares

Rol del Terapeuta y Proceso Terapéutico en la primera cibernética

La palabra clave de época inicial de terapia familiar es [homeostasis](#), ligado a los procesos inter dependientes de [morfogénesis](#) y [morfoestasis](#) y el pensamiento sistémico que se consideraba aplicable a sistemas mecánicos y vivientes indiscriminadamente. El foco de mira es lo que no cambia, lo que se queda igual y es problemático: el síntoma y las interacciones familiares en su entorno. La idea es que hay una [función del sintoma](#): mantener el equilibrio de la familia. El terapeuta, como agente externo, tiene la tarea de *desbalancear* el equilibrio “malsano” a través de [alianzas terapéuticas](#), para conseguir que el síntoma se vuelva innecesario. Las intervenciones desde la óptica estructural suelen tener el cuño de la primera cibernética. Con clara ironía hacia las intervenciones estratégicas, Minuchin, el “padre” de los estructuralistas (65), comentó que había inventado su modelo para los terapeutas “no demasiado brillantes”, dando a entender que es un modo de intervención sencillo. Ahora bien, los terapeutas que utilizamos técnicas estructurales insistiríamos en no confundir sencillez con simpleza. El concepto del [joining](#) o alianza terapéutica es esencial para el modelo estructural, y su investigación uno de los campos prometedores. (66) Toda familia se organiza alrededor de [límites intra- familiares](#) y [extra familiares](#) permitiendo la sensación de pertenencia, y la *diferenciación* necesaria. La pareja de padres forman a la vez el *subsistema parental* y el *subsistema conyugal*, con funciones diferenciadas, los hijos (hermanos entre ellos) el subsistema de fratria. El terapeuta estructural promueve el establecimiento de límites adecuados (*flexibles o permeables*) con las familias de origen a la vez que su integración en la crianza de sus nietos. Cuestiona *alianzas estables* y combate [alianzas transgeneracionales](#) como fuente de conflictos. Una de las técnicas estructurales activas, de más impacto, y no verbal es la [escultura familiar](#). En la escultura familiar, los miembros de la familia se posicionan físicamente en la sala de terapia para demostrar como experimentan la naturaleza de sus relaciones. Se posibilita que el espacio horizontal exprese la distancia entre los miembros de la familia y el espacio vertical (las personas se pueden subir a taburetes o sillas) para expresar poder o influencia. El/la terapeuta pide al familiar que hace la escultura que lo haga “sin hablar”, los familiares se dejan “moldear” sin comentarios.

Una vez terminada, el “escultor” explica el significado de su “obra”. Después, cada miembro de la familia

comenta como le hace sentir la escultura realizada. Todos los miembros de la familia suelen hacer “su” propia escultura, a veces el terapeuta hace una escultura de cómo el o ella ve a la familia. Una forma sencilla de escultura es “la foto familiar”: se le pide a la familia sin más explicación que se pongan “para una foto que demuestra lo que pasa en esta familia”.

La terapeuta le pide a la hija que haga una escultura: como *teme* que será “su foto familiar el día de su boda”. La hija se posiciona al lado de su novio (representado por una silla vacía), llorando, su madre y su padre están detrás con la máxima distancia posible entre ellos, el padre tiene cara de enfadado, la madre está llorando, el hermano no aparece ... Al explicarlo dice “podría ser todavía peor: mi padre en el hospital con mi hermano, porque ha vuelto a tener otro accidente de moto por ir como loco (ya lleva tres este año) En la foto familiar de la boda *deseada* ambos padres están cercanos, sonrientes y el hermano presente, en la esquina, al lado del padre. Preguntando al hermano sobre cuál de las dos “fotos” le parece mejor, comenta: “la segunda, pero sin tanta sonrisa, me parece falso”. Preguntando sobre qué es lo que cada uno de los miembros de la familia podría hacer para que se pudiera hacer realidad la segunda foto, la terapeuta empieza provocando, *Terapeuta*: “bueno, mamá podría decirle a papá que le quitara una pieza importante de la moto” (fortalecer el subsistema parental). *Madre*: “eso nunca lo haría y menos si se lo pidiera yo”. *Hermana*: “además los accidentes peores han sido cuando él ha ido de paquete”. *Hermano*: “yo ya no voy tan loco como antes”. *Terapeuta*: ¿cómo consigues que tu padre pueda confiar en ti pero tu madre y tu hermana sigan pensando que eres una bala perdida? *Hermano*: “ellas son miedosas”. *Terapeuta* (a la hermana): ¿si tu hermano se matase con la moto, quién de tus padres tendría más ganas de morirse también? *Hermana*: No lo se, los dos, bueno, creo que mi padre” *Terapeuta* (a la madre): “su marido se ha dado cuenta de que en realidad ha roto con su hijo porque se desespera por protegerle y porque siente que no puede prevenir que el chico haga daño”.

Rol del Terapeuta y Proceso Terapéutico en la Segunda Cibernética

Si en la primera cibernética el énfasis residía en los procesos de estabilidad y homeostasis del sistema familiar, en la segunda cibernética el foco se reorienta hacia los aspectos de cambio: como interactúa el terapeuta con la familia para provocar un cambio con respecto a los síntomas y disfuncionalidades presentados. En los Enfoques Estratégicos, los síntomas que presenta un miembro de la familia se consideran una forma más de comunicación; surgen por la tendencia cada vez más rígida a repetir compulsivamente las soluciones memorizadas infructuosas (mas de lo mismo). La investigación y los [axiomas de la comunicación humana](#), al igual que la teoría de grupos forman la base de las intervenciones que elabora el terapeuta, muchas veces dirigidas a desarticular situaciones de *doble vínculo*, o *embroglio*.

La observación de las redundancias conduce a la formulación de una hipótesis sobre el funcionamiento familiar, y al diseño de una estrategia que dé como resultado la modificación de las reglas que no resultan útiles para su adecuado funcionamiento. La terapia se centra en la solución del problema presentado, y en el aquí y ahora, cambiando la “clase de soluciones intentados”. Esto implica la utilización de prescripciones de síntomas, y [paradojas terapéuticas](#). Los terapeutas son observadores participativos del sistema familiar, que promueven el cambio desde dentro, formando el *equipo terapéutico* con la familia. Haley, en su época inicial, comparaba la situación de la terapia con una partida de ajedrez: este símil demuestra la visión de “conjunto polarizado” terapeuta- familia, y el permiso (si no necesidad) de mantener la estrategia terapéutica utilizada en secreto. Haley, como quizás ningún otro terapeuta, ha defendido siempre la necesidad de una jerarquía de [poder](#), tanto en las familias, como en el sistema terapéutico. Las tareas que la familia como conjunto o parte de sus miembros tienen que hacer entre las sesiones con el/la terapeuta a otra, son esenciales para el transcurso de la terapia estratégica. Cloe Madanes (Madianes, 1993) afirma que la *tarea* o *directriz* es a la terapia estratégica como la interpretación al psicoanálisis. Las intervenciones utilizadas van desde la [prescripción del síntoma](#) y su [reencuadre](#) o [reestructuración](#) hasta [ordalías](#) y [rituales](#). El éxito de la terapia consiste en provocar un salto cualitativo de un sistema de reglas a otro, el terapeuta es el facilitador o agente de este cambio. Una de las técnicas verbales más utilizadas son las [preguntas circulares](#).

En la tercera sesión se habla de la muerte de la abuela paterna. *Terapeuta* (dirigiéndose al padre): “si la abuela viviese y quisiera ir a la boda de su nieta, de qué manera ayudaría que el nieto está reñido con su madre?” *Padre*: “bueno, el chico estaría con ella, en vez de con su madre, ya que yo tendría que estar con mi hija, que soy el padrino”. Y si usted, en vez de defender a su madre, hubiera estado más de parte de su mujer, como cree que esto hubiera influido en la relación de Pepe con su hermana?” Ella (dirigiéndose a la hija) siempre se ha quejado de que la abuela tratara al chico mejor, y mi mujer también. Yo no lo sé, pero claro, si hubiera estado más de parte de mi mujer, hubiera reñido con mi madre. Quizás los hermanos estarían mejor, pero esto no se puede saber nunca”

Entre la tercera y la cuarta sesión, se les da una tarea a la familia: todas las noches que cenar juntos, la madre leerá una nota antes de cenar: “querido hijo, te damos las gracias porque con tu mal comportamiento nos distraer lo suficiente para que no nos acordemos demasiado de las penas (la muerte de la abuela, y que yo no pude hacer las paces con ella porque se murió justo antes de que llegara al hospital). De esta manera mantienes su memoria viva, sin tener que nombrarla, y nos haces sentir todavía más su ausencia. También te damos las gracias, porque te llevas mal con tu hermana, lo cual le da una buena excusa para irse de casa y no sentirse culpable. Sabes lo mucho que quiere a su novio y lo mucho que me quiere a mi, su madre sin

ti, su dilema sería terrible. Y te damos las gracias tu papá y yo, porque contigo en medio siempre tenemos de qué hablar. Refirir sobre ti es mejor que tener estos silencios que teníamos antes”. Luego deberían hacer lo de siempre.

Rol del Terapeuta y Proceso Terapéutico en la Terapia Familiar Posmoderna

La mirada terapéutica cambia otra vez de foco: no se miran las pautas recurrentes de soluciones infructuosas, ni la manera de cómo cambiarlo, sino los recursos de los clientes. Se parte de la idea de que las soluciones y posibilidades de superación ya están presentes en la vida familiar, incluso antes de empezar con el tratamiento, como mínimo en forma de “excepciones a la regla”. (Beyebach, 2006) (69) Todas las personas que pueden ayudar a generar soluciones están bienvenidos en el proceso terapéutico. Son las familias (extensas) la “fuente del saber” del terapeuta. Las preguntas giran alrededor de la proyección al futuro en el que no existe el problema (*Pregunta del milagro* de las *influencias relativas, y las excepciones*) Una de las técnicas con más divulgación es la *externalización* del problema. En esta maniobra verbal metafórica, se personifica el problema, que toma la forma de un quasi-personaje externo al cliente. Este “personaje” tiene influencia sobre la vida del cliente, pero a la vez es influenciado por él. De esta manera se reconoce el sufrimiento y se refuerza la idea de capacidad y agencia. Esta técnica se ha demostrado de gran utilidad en el tratamiento con niños (Freeman, 2001). El artífice de esta manera de trabajar, Michael White, se ha propuesto derribar la *meta narrativa* (o discurso dominante) del estructuralismo. Según él, conceptos como límites y jerarquías sólo sirven para mantener el poder de los profesionales. La manera de preguntar y comentar en el transcurso de la sesión es extremadamente cercana a lo que revela la interacción del momento. El foco está en el valor interaccional, no en conceptos individuales. El o la terapeuta relativiza su influencia, manteniéndose de-centralizado hasta incluso invertir los roles. Un buen ejemplo sería una pregunta del cliente a su psiquiatra: “¿De que manera cree usted que la nueva medicación que me prescribe a mi encaja en sus planes para mi vida?” Aunque muchos de los defensores de las corrientes más recientes en Terapia Familiar reniegan de su pasado cibernético, hay voces que defienden la interdependencia de sus las intervenciones posmodernistas y los pasos anteriores histórico-sistémicos. (71)

Después de la boda de la hija (con foto familiar, hijo incluido), vienen a visitarse los padres como cónyuges. Se ha elaborado un nuevo contrato terapéutico, que especifica el foco de las sesiones en mejorar la relación de pareja. Cuando se habla de los inicios de la relación, los dos comentan que se conocieron “muy jóvenes” en un pueblo pequeño de la provincia de Alicante y que ninguna de las familias de origen aceptaba la relación. *Terapeuta:* (a los dos) “si piensan en su propia historia de amor, al principio, hay algún cuento o alguna película que les viene a la mente. *Madre:* “cuando eres tan joven, yo tenía 14 años, y entonces no era como ahora, que las chicas saben más que yo que sé, yo sólo sufría, porque le quería ver, pero mi padre me decía que si seguía me mandaba con mi tía, que es lo que luego hizo, y entonces estuvimos sin vernos casi 8 meses, pero él entonces se buscó a un amigo que le llevó a Granada, y nos vimos otra vez, a escondidas, y él me escribía cosas, yo le escribía. *Padre:* “fue una aventura aquello, fue bonito, mi madre creía que yo le iba a ayudar a este amigo en una mudanza, y le mentí diciendo que nos íbamos a Málaga, lo de la mudanza era verdad, y Málaga también, pero yo nada más hice el viaje con él, y luego me largué para Granada” *Terapeuta:* “Así que el principio fue un poco como Romeo y Julieta . ¿Alguna vez han pensado como hubieran vivido Romeo y Julieta, cómo hubiera seguido su historia, si no se hubieran muerto después de su primera noche de amor, vamos, si se hubieran casado y tenido hijos? *Risas por parte de los dos. Padre:* “Si nos quiere vender que somos Romeo y Julieta de mayorcito, vamos ... pero lo que sí que he pensado alguna vez es que ella es como Escarlata O’Hara, de *Lo que el viento se llevó*, pero yo nunca he sido un Red Butler ...”

Una de las maneras de definir al terapeuta post-moderno narrativista en sesión es hablar de su **actitud de “no saber”**. Esta forma de “no saber” no implica ignorancia, sino la trascendencia del saber. El profesional tiene conocimientos (de psicopatología, sobre la historia de la familia, de pautas de comunicación) pero no está aprisionado por este saber. La meta de la intervención terapéutica no es conseguir una forma o un funcionamiento específico de la familia, sino un efecto “desatascador”, gracias al cual la familia “sabe como seguir adelante”. Según sus defensores, es una forma de terapia familiar que promueve la responsabilidad e implicación de la familia asistida en un clima democrático, igualitario y colaborador.

Un resumen de lo expuesto se presenta en la tabla 131-3

/tabla 131-3/

Conceptos básicos y orientaciones en terapia familiar

Modelos	Visión de la familia y de los síntomas	Proceso de cambio	Técnicas de intervención, rol del terapeuta y representantes
Estructurales	Existen “estructuras adecuadas” para las diferentes etapas del ciclo	La estructura se reequilibra adecuándose a la etapa del	<i>Joining</i> activo con el sistema y cada uno

	vital; los síntomas se originan por desequilibrios estructurales referente a los requerimientos evolutivos	ciclo vital a través de modificaciones en las jerarquías y límites intra y extrafamiliares	de sus componentes, alianzas “terapéuticas”, desafío , exageración, para provocar crisis y desequilibrar la estructura problemática. Redefiniciones positivas, dramatización, trabajo con subsistemas. Minuchin, Montalvo, Colapinto.
Psicodinámico	Los padres cuentan con una diferenciación adecuada y una percepción realista de sí mismo y de sus familiares, formando una coalición estable. Los síntomas pueden deberse a legados de generaciones anteriores y confusión de roles.	Se focaliza en conflictos no resueltos y pérdidas en las familias de origen, además de en procesos de distorsión de la información (proyección)	Elaboración y modificación de reglas comunicacionales y de interacción que se transmiten de generación en generación, deudas transgeneracionales. Reconstrucción de una vinculación diferenciada y promoción de crecimiento individual y familiar. Borzomeny-Nagy, Stierlin, Ackerman, Framo, Bowent.
Experiencial	Las familias “sanas” tienen una estructura con límites claros, compromiso de cuidado mutuo, pautas de comunicación y expresión de sentimientos abiertas y coherentes y honestas. El clima emocional es positivo y la vinculación con la sociedad abierta. Los síntomas se originan por una disfunción en la comunicación del sistema.	Se focaliza en la interacción en la sesión, modelando pautas de interacción verbal y no verbal (estilos de comunicación) y trabajando con un nivel alto de emocionalidad.	Técnicas de diálogo (silla vacía). Escucha activa, escultura familiar, promoviendo la participación activa, no solo verbal, y el ensayo en la sesión por parte de la familia. El terapeuta adopta un rol activo y confrontativo. Puede utilizar autorrevelación para fomentar la comunicación. Satir, Whitaker
Psicoeducativos	La esquizofrenia es una enfermedad orgánica, al igual que otros trastornos crónicos (diabetes, Alzheimer, bulimia y anorexia). Las familias tienen que fomentar conductas adaptativas a través de recompensas y una distribución de costes adecuados para comportamientos desadaptativos. Las “ganancias secundarias” pueden mantener síntomas.	Una mayor información sobre los problemas implica una mayor posibilidad de adaptación funcional al problema crónico.	Instrucción e información sobre los trastornos, grupos de familiares y grupos de pacientes. Escasa vez sesiones con una sola familia, fomento del apoyo familiar hacia el enfermo. Anderson, Hogarty, Leff, Faloon, Liberman, Eisler.
Estratégico - comunicacionales	La familia necesita una jerarquía de poder clara y un amplio repertorio de comportamientos que utiliza de manera flexible a lo largo del ciclo vital. Los síntomas se originan por la repetición de “soluciones ineficaces” a los problemas cotidianos	Se centra en el problema presentado y no va más allá del síntoma. Se promueve un cambio 2 , “cambio de la clase de soluciones intentadas” que en realidad mantienen el síntoma.	La redefinición se utiliza para modificar las secuencias cognitivas y comportamentales y las jerarquías de poder subyacentes. El contrato terapéutico implica una meta concreta y consensuada entre terapeuta y familia. Se utilizan técnicas de persuasión. La tarea intercesión es esencial: prescripciones paradójicas, ordalías para contrarrestar “triangulaciones perversas” y el “doble vínculo”. (Madanés). Haley, Watzlawick, Fisco
Segunda Cibernética Escuela de Milán	Las familias se rigen por creencias y percepciones compartidas, que regulan su vida en común y rigen sus “juegos” de interacción	Cambiar las percepciones y creencias para abrir el camino hacia “juegos” de interacción menos nocivos, disolver el “embroglio”	Formular hipótesis a través de preguntas circulares, mantener una neutralidad implicada. Devolución posterior a la sesión con connotación y redefinición positiva del síntoma, prescripciones conductuales directas y paradójicas, prescripciones ritualizadas (prescripción invariable). Selvini, Cechin, Boscoso, Prata
Modelos multidimensionales	Las familias son sistemas complejos en interacción con el	Se prioriza el síntoma por el cual la familia pide ayuda como primera fase; después	Se utilizan técnicas de procedencia estructural, estratégica, constructorista, psicoeducativa y analítica según el

	contexto. Solicitan ayuda cuando definen un aspecto de su convivencia como problema. Disponen de recursos estructurales, cognitivos, emocionales y comportamentales para ajustarse a las demandas del cambio.	se amplía el foco a otros aspectos de la interacción familiar y de la pareja conyugal, si así lo solicita.	síntoma y la fase del tratamiento, con un pragmatismo funcional orientado en la investigación. El rol del terapeuta es activo, se entiende como parte de un sistema creado a propósito. Stanton, Gammer.
Terapia Familiar de corte posmoderno. Terapia breve orientada en soluciones	La familia viene con un relato de su historia e interacciones, organizado por los síntomas y mitos familiares	Los significados y no la conducta se convierten en el eje del trabajo terapéutico, coconstruyéndose entre terapeuta y familia un relato alternativo que amplía los aspectos satisfactorios	Preguntas orientadas hacia las excepciones, mejoras y capacidades, esclarecimiento de secuencias, reformulación. De Shazer, O'Hanlon, Weiner-Davis, Ludewig, Sluzki
Terapia sistémica Terapia narrativa y terapias de corte colaboradora	Las familias "son". No hay entidades "reales" como sistemas, no hace falta conocer hechos, ni entender sistemas, ni descubrir pautas o regularidades. Solo hay seres humanos que "lenguajejan", conviven y piden terapia.	Formato "sin propósito aparente", técnica del "no saber". El "experto" es la familia, el terapeuta es su discípulo. Conjuntamente con la familia, él o ella descubren "lo que no se ha dicho todavía".	<i>Reflecting Team</i> , terapia del "no saber", exteriorización del problema, relatos alternativos. Epston y White, Anderson, Hoffmann, Goolishian y Andersen, Penn

Críticas al enfoque sistémico familiar

En el afán del liberar al paciente identificado del estigma de ser "el malo, loco o raro", los terapeutas familiares de la primera época pasaron la carga culpabilizadora del paciente a la familia entera, sobre todo a los padres: su "disfuncionalidad" era lo que hacía enfermar. El apodo contemporáneo de Terapia familiar fue entonces "terapia contra la familia", y no pocas familias sufrieron en sus carnes la desvalorización que implicaban ideas absolutistas como "detrás de cada niño con problemas hay un problema de los padres". (72). El posicionamiento paternalista por parte del terapeuta, al igual que las ideas normativas sobre la estructura y funcionamiento de una familia "normal" que condenaba a la marginalidad cualquier desviación del patrón dominante no aumentó precisamente las filas de seguidores. Las corrientes críticas más decisivas provienen desde las filas feministas, y del colectivo homosexual y de terapeutas procedentes de etnias minoritarias. (73) Como en cualquier otro campo científico, también los enfrentamientos personales dejaron huellas y heridas al campo teórico y práctico. Una de estas contiendas habituales fue (y sigue siendo, aunque con la implantación de las técnicas de investigaciones cualitativas) la controversia inagotable sobre los ingredientes de arte/ciencia en el proceso terapéutico. Una de las primeras víctimas de esta controversia fue Virginia Satir, cuya insistencia sobre el trabajo emocional y resistencia de adoptar el lenguaje puramente estratégico le valieron duras descalificaciones por parte de Haley. (67) Los "científicos duros" combaten a los "clínicos blandos", cada uno de los estamentos reclama el estatus del "mejor clínico" lo cual se traduce en admisiones o rechazos para publicaciones o participaciones en

congresos, sociedades etc. Curiosamente, es el sistema informático con las redes digitales que abre posibilidades alternativas. Los enfoques terapéuticos estratégicos con sus intervenciones superelaboradas y tareas esenciales tampoco se salvan de comentarios críticos. Viendo muchas de las reacciones y comentarios de las familias implicadas, surge una sospecha: los juegos mentales alrededor de las hipótesis sobre el funcionamiento familiar distraen y divierten sobre todo al equipo terapéutico; en las familias provoca con frecuencia reacciones de franco rechazo. (74) El otro gran ataque se dirige a como los terapeutas sistémicos se posicionaron inicialmente sobre cuestiones de violencia familiar. La aplicación de las ideas de funcionalidad del síntoma y causalidad circular, que niegan el desnivel de poder de la víctima en relación con el agresor, fue una gran equivocación, además de dañina, para el desarrollo de la terapia familiar. (Esto se superó con el desarrollo de programas familiares específicos para situaciones de violencia doméstica "terapia justa" de corte sistémico).

Los promotores de las tendencias posmodernas se escapan del reproche del abuso por demasiado "activos y poco respetuosos" porque igualan la relación terapeuta/familia, con la máxima transparencia referente a todo lo que es "intervención". Sin embargo, el posicionamiento extremo construccionista les ha valido el reproche de apoltronarse en el sillón del "todo vale": la despatologización crea una "normalidad" ficticia, inadecuada a todas luces al contexto en el que nos movemos. Además, al focalizar sobre lo específico y único, local y particular, impide la posibilidad de realizar generalizaciones. La pasividad aparente del terapeuta (no saber) y la exclusividad de la utilización del lenguaje ha desplazado a los niños de la terapia familiar.

Anexo: palabras clave en terapia familiar

Adaptabilidad. Dimensión de diagnóstico para sistemas. Describe la capacidad del sistema de cambiar su estructura de poder, sus roles interpersonales y sus reglas de interacción en respuesta a las demandas situacionales y las necesidades del ciclo vital del sistema.

Alianzas (coaliciones). Acuerdos estables de apoyo entre subsistemas dentro del mismo grupo familiar; son la regla y no la excepción, son necesarios y deseables cuando son flexibles y de duración limitada. Los acuerdos estables de apoyo entre subsistemas de diferentes generaciones (alianzas transgeneracionales) pueden significar triangulaciones, y pueden resultar conflictivos y dañinos.

Alianzas terapéuticas. Modo específico de relación terapéutica donde el terapeuta logra la aceptación de la familia y la admisión en ella y en consecuencia, llega a ser, en un sentido, parte de la familia.

Alianzas transgeneracionales. Los acuerdos estables de apoyo entre subsistemas de diferentes generaciones.

Cambio 1. Cambio de primer orden: aquel donde ni la estructura del sistema ni el conjunto de las reglas se alteran aunque los parámetros individuales varíen de manera continua.

Cambio 2. Cambio de segundo orden. El sistema cambia cualitativamente y de manera discontinua. Consiste en un cambio en el conjunto de las reglas que rigen su estructura u orden interno. La esencia del cambio 2 consiste en la “salida de la situación”, en el sentido de dejar de elegir entre alternativas posibles (miembros de la misma clase de alternativas dentro de un conjunto de reglas) como vía de solución y, desde un punto de vista lógico, rechazar toda la clase de alternativas, para situarse en soluciones diferentes, no pertenecientes a la primera clase de conductas. El aumento de complejidad (introducción de nueva información al sistema) produce cambios radicales (catastróficos, cualitativos) en un sistema a partir de un umbral.

Causalidad circular o Circularidad. Los acontecimientos se relacionan e influyen mutuamente de forma compleja, siendo cada uno causa y efecto del otro. Su opuesto es la linealidad.

Causalidad lineal. Un efecto tiene una causa que le antecede, el proceso es irreversible.

Cibernética. [del griego *kybernetes* (timonero).] Ciencia que estudia los mecanismos de control y regulación de la información y comunicación en los sistemas. Se ocupa de investigar científicamente procesos sistémicos de carácter muy variado, entre ellos los fenómenos de regulación, procesamiento de la información, adaptación, autoorganización, autorreproducción, acumulación de información y conducta estratégica.

Coalición. Propiedad de los triángulos relacionales que consiste en la alianza de dos personas contra una tercera.

Cohesión. Es una dimensión de diagnóstico de sistemas, especialmente familias. Describe el vínculo emocional/afectivo entre los diferentes miembros y es el resultante de todas las fuerzas que operan para que el grupo permanezca unido. La cohesión en el grupo familiar se fomenta a través de la cooperación, confianza y aceptación personal. Tiene una relación directa con las necesidades afectivas, de control y de pertenencia de cada uno de los miembros.

Complementariedad. Tipo de relación en el que las aspiraciones y conductas de los individuos o grupos se diferencian pero se ajustan mutuamente en un equilibrio dinámico.

Comunicación analógica. Genéricamente se refiere a la dimensión no verbal de los mensajes. Incluye el lenguaje gestual, la expresión facial y corporal. Engloba la dimensión relacional de la comunicación.

Comunicación complementaria. Corresponde a un modelo descrito por Bateson donde los comunicantes asumen posiciones interactivas basadas en una diferencia pero los comportamientos de los individuos se encajan unos con otros.

Comunicación digital. Toda forma de comunicación sujeta a un código convencional. El lenguaje verbal y su gramática, su sintaxis, su léxico, constituyen un ejemplo, lo mismo que el lenguaje matemático, el informático, etc. Incluye la dimensión de contenido

Comunicación familiar. Conjunto de interacciones, verbales y no verbales, que se producen entre los miembros de un sistema familiar y con el medio externo. Su análisis y posibles disfunciones son una de las bases de la terapia familiar.

Comunicación paradójica. Contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes.

Comunicación simétrica. Corresponde a un modelo descrito por Bateson donde el comportamiento de los intervinientes se basa en un principio de igualdad o de no aceptación de la diferencia funcionando como espejo.

Conflicto. Conflicto aparece, cuando un miembro del grupo desea que el grupo o parte del grupo se comporte de una determinada manera, y este miembro no tiene poder para conseguirlo y el grupo o subgrupo no está de acuerdo con el cambio propuesto. Fuente común son deseos incompatibles por parte de los miembros a raíz de: a) diferencias en necesidades, valores y metas b) escasez de recursos: dinero, tiempo, espacio, posición, poder, influencia c) rivalidad entre miembros. Diferentes tipos de conflicto necesitan diferentes tipos de soluciones

Connotación positiva. Calificación positiva, por parte del terapeuta, de los comportamientos o reglas familiares que serían considerados sintomáticos o patológicos. Tiene como finalidad reencuadrar a estos en una lógica circular.

Construccionismo social. Considera el discurso sobre el mundo no como una reflexión o mapa de éste, sino como un dispositivo de intercambio social, proceso dentro del cual se da el conocimiento, que no es algo que la gente hace junta: el lenguaje es esencialmente una actividad compartida.

El construccionismo social busca explicar cómo las personas llegan a describir, explicar o dar cuenta del mundo donde viven. Para ello, toma en cuenta cuatro hipótesis: 1. Lo que consideramos conocimiento del mundo no es producto de la inducción o de la construcción de hipótesis generales, como pensaba el positivismo, sino que está determinado por la cultura, la historia o el contexto social. 2. Los términos con los cuales comprendemos el mundo son artefactos sociales, productos de intercambios entre la gente, históricamente situados. 3. El grado hasta el cual una forma dada de comprensión prevalece sobre otra no depende fundamentalmente de la validez empírica de la perspectiva en cuestión, sino de las vicisitudes de los procesos sociales (comunicación, negociación, conflicto, etc). 4. Las formas de comprensión negociadas están conectadas con otras muchas actividades sociales, y al formar así parte de varios modelos sociales sirven para sostener y apoyar ciertos modelos excluyendo otros. Alterar descripciones y explicaciones significa amenazar ciertas acciones e invitar a otras.

Constructivismo. Movimiento de pensamiento que estudia la relación entre el conocimiento y la realidad dentro de una perspectiva evolutiva. A diferencia de otros planteos (sustentados en epistemologías racionalistas o empiristas) que sostienen que el organismo es un sistema pasivo

que "copia" o representa la realidad, considera al organismo activo y constructor de realidades.

Crisis. Situación inestable del sistema: implica la oportunidad de cambio a mejor (reglas adecuadas a las necesidades del conjunto) y el peligro del cambio a peor (desintegración del sistema). Las crisis pueden ser esperadas o inesperadas, evolutivas o situacionales

Doble Vínculo. Comunicación paradójica que tiene las siguientes características: a). Están implicadas 2 o mas personas. b). Constituye un patrón de experiencia repetida y prolongada en el tiempo. c). Existe un mandato negativo primario: Por ejemplo: "Tu padre es un mal nacido, porque me engañó. Si tu le haces caso, te odiaré como le odio a él." d). Un mandato secundario en conflicto con el primero, a un nivel más abstracto, muchas veces de tipo moral, y al igual que el primero, impuesto por castigos y señales que amenazan la supervivencia física o emocional: Por ejemplo: "Tienes que obedecer y querer a tu padre y a tu madre." e). Un mandato tercero negativo, que prohíbe a la víctima escapar del campo, o meta comunicar sobre lo que está pasando. Por ejemplo "Eres mi hijo. No te puedes ir, no eres adulto, te quiero y me tienes que hacer caso. El Doble Vínculo se postuló como hipótesis etiológica de la esquizofrenia en el artículo de Bateson y cols. "hacia una teoría de la esquizofrenia (1957)"

Estructura. Todo sistema implica una estructura, y una forma. En sistemas vivientes y abiertos, ambos aspectos están sujetos a cambios simplemente por el paso del tiempo. La estructura familiar implica el conjunto de todos los miembros del grupo y la definición de sus relaciones y reglas de interacción. El conjunto de reglas sobre todo define la estructura de poder, y las pautas de comunicación. Cambios en la estructura del grupo se llaman cambios II

Forma. La "forma" es la apariencia actual del sistema. Los cambios de forma pueden ser muy espectaculares, pero no alteran el conjunto de las reglas de funcionamiento. Suelen ser cambios I, de primer orden, de "mas o menos"

Función del síntoma. Los síntomas que aparecen tienden a mantener o devolverle un estatus de equilibrio (homeostasis) al sistema familiar. Esta función no se debe de confundir con intencionalidad

Genograma. Herramienta terapéutica que consiste en una representación gráfica que registra información sobre los miembros de una familia y sus relaciones durante, al menos, tres generaciones. Proporciona una aproximación global a las normas familiares y facilita la comprensión sistémico-contextual de un problema y su evolución en el tiempo y el espacio.

Grupo. Agregado de individuos con una actividad en común en el que existen relaciones definidas entre los individuos que lo componen. El grupo tiene una identidad en su totalidad que lo define, y los miembros se definen en su grado de pertenencia, que suele ser variable a lo largo del ciclo vital del grupo. Cada participante es consciente de sí mismo como miembro y de los demás miembros, además de conseguir una cierta satisfacción o recompensa a través de su participación. En un grupo exitoso, la cohesión entre los miembros es alta, se basa en la confianza mutua, la aceptación y el apoyo de los demás. El manejo de conflicto interpersonal y la capacidad de solución de problemas son adecuados. El grado de adaptabilidad es adecuado a los cambios necesarios (internos y externos). Todo grupo afronta 2 tipos de tareas: tareas relacionadas con el mantenimiento del grupo, y tareas relacionadas con la ejecución de las funciones del grupo o la consecución de sus metas.

Hipótesis. Proposición que establece relaciones entre distintos hechos. Es un punto de partida para la investigación o intervención y debe ser sometida a una posterior verificación.

Homeostasis. Es el estado interno relativamente constante de un sistema que se mantiene mediante la autorregulación.

Límites. Dimensión sistémica que define quien está dentro y quien fuera del sistema. No solo se refieren a los lugares de demarcación sino también a los de intercambio. Cada grupo define su límite respecto al exterior (quién puede considerarse miembro y quién no). Dentro de un grupo puede haber subsistemas con límites flexibles. La trasgresión de límites (reglas de comportamiento) conlleva conflicto y exclusión del grupo.

Mediación familiar. Forma de resolución o gestión de conflictos alternativa y/o complementaria a la vía judicial. Tiene como objetivo, en los procesos de separación y divorcio, ayudar a la pareja a definir como seguir siendo familia tras la ruptura conyugal. Es una negociación en la que interviene un tercero (profesional). Sus principios generales son: voluntariedad, imparcialidad (o multiparcialidad), neutralidad, confidencialidad y profesionalización.

Metacomunicación. Comunicación entre los participantes, que trata de las reglas de la comunicación a las cuales los dos se refieren.

Metáfora. Giro del lenguaje que se emplea en un sentido no literal, figurado. Tiene mucho en común con la comunicación analógica: en las dos hay una

analogía entre la imagen y lo que se trata de expresar.

Mitos familiares. Concepto introducido por Ferreira (1963) que se refiere a creencias sistematizadas y compartidas por todos los miembros de una familia, respecto de sus roles mutuos y de la naturaleza de la relación, que sirven para mantener el statu quo de ésta o para diagramar modelos de crecimiento y orientaciones para el cambio en los momentos de crisis. En consecuencia, esos mitos funcionan en las familias de la misma manera que funcionan los mecanismos de defensa de los individuos. Cabe distinguir entre mitos fuertemente entrelazados y mitos más laxos.

Morfogénesis. La capacidad de un sistema de crear y desarrollar estructuras y reglas de comportamiento diferentes a partir de una situación estable.

Morfostasis. La capacidad de un sistema de mantener su estructura y reglas de comportamiento en un ambiente cambiante.

Narrativa. Movimiento psicológico vinculado a la hermenéutica y lingüística que sostiene que todo el significado de la experiencia de un sujeto va a estar moldeado por los juegos del lenguaje que se han ido desarrollando históricamente en su contexto socio-cultural específico. La narración es algo que hacemos como si fuera parte de nuestra vida, y por ende, no poseemos otra manera de significar la experiencia. La narración es el modo cultural de generar sentido y cohesión para la vida en grupo y el medio en que esto se tiene que producir, necesariamente debe recaer en la interacción, la intersubjetividad y el diálogo. La narrativa se presenta como vehículo para el significado.

Paciente Identificado. la persona por la cual se pide ayuda terapéutica. Dentro de una familia, uno o varios de sus miembros pueden ser presentados como pacientes, con o sin síntomas.

Paradojas terapéuticas. Son tácticas y maniobras que aparentemente se oponen a los objetivos de la terapia, pero que en realidad se adoptan para alcanzarlos. Son aquellas intervenciones que prescriben explícitamente el síntoma, o al menos se recurre a elogiarlo, connotarlo positivamente, fomentarlo, manifestar preocupación por el hecho de que pueda desaparecer demasiado pronto, etc.

Parentificación. Describe la inversión de roles entre hijos y padres: el hijo pequeño desempeña funciones parentales, bien con sus propios padres, bien con sus hermanos.

Poder. dentro del un sistema es la capacidad (potencial o de hecho) que tiene un miembro del

sistema de cambiar el comportamiento de los demás miembros del mismo sistema. Ejercer poder en grupos es inevitable: a través de la influencia mutua se consigue cooperación. Influencia no se debe de confundir con manipulación. Existen diferentes bases de poder: Poder legítimo, de experto, de persuasión, de gratificación, de castigo/coacción, de referencia. En un sistema la persona que recibe la máxima cantidad de información es la que reúne el máximo nivel de poder informativo

Preguntas circulares. Es una técnica que tiene por objeto reunir y, a la vez, transmitir información dentro del sistema familiar. La información reunida ayuda a formular y legitimar hipótesis sobre la estructura dinámica de la familia. La transmisión de información tiene por objeto modificar la epistemología que el individuo y la familia tienen de sí mismos. Por ejemplo, se pide a cada participante de la sesión de terapia familiar que exprese sus puntos de vista sobre las relaciones y las diferencias existentes entre otros miembros. En consecuencia, cada integrante contribuye en un metanivel (metacomunicación) al desarrollo de una imagen de la estructura familiar y a la comprensión del carácter circular de las relaciones de la familia.

Pregunta del Milagro. “Supongan que esta noche, mientras están durmiendo, sucede una especie de milagro y los problemas que les han traído aquí se terminan de resolver del todo, no como en la vida real, poco a poco y con el esfuerzo de todos, sino de repente, de forma milagrosa. Como están durmiendo, no se dan cuenta de que el milagro se ha producido. ¿Qué cosas van a notar diferentes mañana por la mañana, que creen que sería la primera señal que les haría darse cuenta que el milagro se ha producido?”

Prescripción de síntomas. Es una intervención paradójica en el sentido de que contradice la epistemología del paciente sintomático y de sus partes interactuantes.

Primera cibernética. Corresponde al primer período de desarrollo de la ciencia. Considera que un sistema observado (ej. Familia) puede ser visto separadamente del observador y coloca el acento fundamentalmente en la comprensión de los mecanismos de estabilidad de los sistemas.

Profecía autocumplidora. Pensamientos, esperanzas, predicciones, que por el solo hecho de ser enunciadas tienen como consecuencia provocar la realización de lo que había sido pensado, esperado o previsto.

Pseudomutualidad. Wynne y sus colegas usaron este concepto para explicar soluciones frustradas del problema humano que implica el intento de lograr, a la vez, relacionalidad e identidad. El interés predominante en la relación de

pseudomutualidad es el de ajustarse uno al otro a expensas de las identidades de las personas de la relación.

Puntuación. Estructuración y organización que hace un observador de una secuencia continua de sucesos y conductas. El modo en que es puntuado un proceso de comunicación o una secuencia de interacción determina el significado que se le asigna y la manera en que se evaluará la conducta de cada persona, es decir, quién es el responsable o “culpable” y cómo decide actuar (reaccionar) el individuo.

Reencuadre. Reestructuración o Redefinición positiva. Desplazar el énfasis de la pertenencia de un objeto a una clase, a la pertenencia igualmente válida de otra clase, o bien, introducir la idea de pertenencia a una clase diferente o nueva en la conceptualización de todos los interesados.

Toda reestructuración situacional precisa tomar en cuenta los puntos de vista, las expectativas, los motivos y las premisas, es decir, toda la trama conceptual, de aquellos cuyos problemas han de ser modificados. (p. 129) lo que cambia a causa de la reestructuración es el sentido atribuido a la situación, y no los hechos concretos correspondientes a esta. La forma más habitual era la atribución de una causa noble o un sacrificio importante a un comportamiento desagradable

Reestructuración. Desafío o cuestionamiento de la estructura global del sistema familiar que se realiza mediante modificación de límites, desequilibramiento o creación de circularidad.

Reglas. Las reglas describen relaciones recíprocas específicas o acuerdos de relación dentro de un sistema, que pueden ser explícitas (la regla se puede expresar verbalmente) o implícitas (la regla no se puede o suele expresar de manera verbal) Las reglas llevan relación con la historia de la familia, sus pautas de comunicación, y los rituales cotidianos. Las reglas legitiman desniveles de poder y definen límites

Retroalimentación. La retroalimentación es un método que consiste en controlar un sistema reinsertando en él los resultados de su actuación pasada, bien para mantener el estatus, bien para modificarlo

Retroalimentación negativa. Desviación contrarrestante. Conduce al sistema hacia un comportamiento regulador para restaurar el equilibrio del sistema (homeostasis).

Retroalimentación positiva. Se produce cuando la información favorece la acción en el mismo sentido (desviación amplificada). Sus efectos son acumulativos, favorece el crecimiento de la divergencia; o sea, produce un cambio de reglas del

sistema y éste se modifica en su conjunto. Si produce una reacción en cadena descontrolada desestabiliza al sistema y lo lleva a su destrucción.

Rituales terapéuticos. Rituales terapéuticos: tareas con formato rígido, que se prescriben entre sesiones, y que alteran las reglas habituales de interacción de la familia, (rituales de cambio) o las mantienen, exagerándolas y explicitándolas como forma de provocación

Roles familiares. Totalidad de expectativas y normas que una familia tiene con respecto a la posición y conducta de un miembro en el grupo. En consecuencia, un rol es equivalente a las expectativas de conducta que son dirigidas hacia un individuo en una situación o contexto social dados.

Segunda cibernética (o cibernética de los sistemas observantes). A Diferencia de la primera, introduce al observador dentro de la realidad observada. La preocupación principal se halla ligada a comprender los procesos de autorregulación, autonomía e individualidad de los sistemas. Es también denominada cibernética de los sistemas observantes.

Simetría. Modelo de relación que se basa en el esfuerzo por lograr la igualdad y la reducción al mínimo de las diferencias entre las partes.

Sistema. Conjunto de elementos en interacción dinámica, en el cual el estado de cada uno de los elementos está determinado por el estado de cada uno de los otros. Puede estar constituido por diferentes subsistemas; en la familia, por ejemplo: subsistema conyugal, fratría, parental

Sistema abierto. Aquel capaz de intercambiar materia, energía o información con el entorno. Sus límites son permeables (el sistema incorpora del entorno productos necesarios para su supervivencia contra la degradación ejercida por el tiempo y expulsa al entorno la entropía, grado de desorden o incertidumbre). La familia es un ejemplo de este tipo de sistema.

Sistema cerrado. Aquel que no intercambia materia ni energía ni información con su entorno. No sólo no se deja modificar por éste, sino que tampoco lo modifica. Para subsistir utiliza sólo su reserva potencial.

Sistema Terapéutico. Suprasistema formado por el grupo familiar y los terapeutas que se va construyendo en un proceso dinámico de interacción en el que se establecen reglas y objetivos.

Teoría de la comunicación humana. Elaborada con base en investigaciones desarrolladas por

Gregory Bateson, Jay Haley, Don Jackson, inicialmente, y luego por Paul Watzlawick y John Weakland. Resalta la complejidad de la comunicación humana: las personas constantemente envían y reciben una multiplicidad de mensajes, a través de canales verbales y no verbales y esos mensajes necesariamente modifican o capacitan unas a otras.

Teoría general de sistemas. Se ocupa de las funciones y las reglas estructurales válidas para todos los sistemas, independientemente de su constitución material. Las premisas de esta teoría se basan en la intuición de que un sistema en su conjunto es cualitativamente diferente de la suma de sus elementos individuales y se comporta de modo distinto.

Triangulación. La triangulación se refiere a la inclusión de un tercero en el conflicto entre dos personas. Este tercero sirve para desactivar el conflicto en la diada inicial (chivo expiatorio).

bibliografía

1. Lidz T, Cornelison A, Fleck S, Carlson D. El medio intrafamiliar de los pacientes esquizofrénicos: Cisma marital y sesgo marital. En: Sluzki C (ed.). Interacción familiar. Buenos Aires: Tiempo, 1971: 57-81.
2. Wynne L, Ryckoff I, Day j, Hirsch S. Seudomutualidad en las relaciones familiares de los esquizofrénicos. En: Sluzki C. (ed.). Interacción familiar. Buenos Aires: Tiempo, 1971: 111-153.
3. Bowen M. Esquizofrenia y familia. En: Jackson D (ed.). Etiología de la Esquizofrenia. Buenos Aires: Amorrortu, 1981: 351-375.
4. Brown G, Monck E, Carstairs G, Wing J. Influence of family life on the course of schizophrenia illness. J Prev Soc Med Br 1962; 16: 55-68.
5. Brown G, Rutter M. The measurement of family activities and relationships. Human relation 1966:19: 241-263.
6. Hoffman L. Foundations of Family Therapy. Nueva York: Basic Books, 1981.
7. Hoffman L. Family Therapy: An intimate history. Nueva York: WW Norton and Co., 2002.
8. Pereira R. Revisión histórica de la terapia familiar. Psicopatología. 1994: 14: 5-17.
9. Kaslow F. History of Family Therapy. Evolutions outside of the U.S; www.ifta-familytherapy.org; 2001.
10. Von Bertalanffy L. Teoría General de sistemas. México: Fondo de Cultura Económica, 1976.

11. Von Bertalanffy L. *Perspectivas en la teoría general de sistemas*. Madrid: Alianza, 1979.
12. Wiener N. *Cybernetics or control and communication in the animal and the machine*. Cambridge: MIT Press, 1975.
13. Von Neuman J, Morgensten O. *Theory of games and economic behavior*. 2.a ed. Princeton: Princeton University Press, 1947.
14. Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder, 1981.
15. Fromm-Reichmann F. Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry* 1948; 11: 263-273.
16. Rosen J. *Direct Analysis*. Nueva York: Grune and Stratton, 1953.
17. Bateson, G. *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohlé, 1972.
18. Howells J. *Theory and practice of family therapy*. Edimburgo: Oliver and Boyd, 1968.
19. Bowlby, J. *El estudio y reducción de la tensión grupal en la familia*. 1949.
20. Selvini M, Prata G, Boscolo I, Cecchin G. *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós, 1988.
21. Madanes C. *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu, 1982.
22. Selvini M. *Crónica de una investigación*. Barcelona: Paidós, 1990.
23. Minuchin S, Montalvo B, Guerney B, Rosman B, Schumer F. *Families of the slums*. Nueva York: Basic Books, 1967.
24. Ackerman N. *Psicoterapia de la familia neurótica*. Buenos Aires: Hormé, 1969.
25. Ackerman N. *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Buenos Aires: Hormé, 1971.
26. Walters M, Carter E, Silverstein O, Papp P. *La red invisible. Pautas vinculadas al género de las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós, 1991.
27. Goodrich T, Rampage Ch, Ellman B, Halstead K. *Terapia Familiar feminista*. Buenos Aires: Paidós, 1989.
28. Boszormenyi-Nagy I, Spark G. *Lealtades invisibles*, 2.a ed. Buenos Aires: Amorrortu, 1983.
29. De Shazer S.: *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico* Barcelona: Paidós, 1989.
30. O'Hanlon B. *Desarrollar posibilidades*. Barcelona: Paidós, 2001.
31. Maruyama M. The second cybernetics: Deviation-amplifying mutual causal processes. *Am Sci.* 1973; 5: 164-179.
32. Prigogine I. *¿Tan sólo una ilusión?*. Barcelona: Tusquets, 1983.
33. Von Foerster H. *Construyendo una realidad*. En: Watzlawick P (ed.). *La realidad inventada*. Buenos Aires: Gedisa, 1988: 38-56.
34. Keeney B, Ross J. *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1987.
35. Watzlawick P. *La realidad inventada*. Buenos Aires: Gedisa, 1988.
36. Vetere, A., Dallos, R. Systemic therapy and attachment narratives. *J. of Family Therapy* (2008) 30: 374-385.
37. Lopez Baños F, Manrique R y Otero S. Los sistemas observantes: conceptos, estrategias y entrenamiento en terapia familiar sistémica. *Rev AEN* 1990; 33: 203-220.
38. White M, Epston D. *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós, 1993.
39. Sluzki C. Process, structure and world view: toward an integrative view of systemic models in family therapy. *Fam Process* 1983; 22: 469-476.
40. Sluzki C. El contexto de gestación de teoría de la comunicación humana: una reminiscencia personal. *Cuadernos de Terapia Familiar* 1996; 23-24: 19-26.
41. Suárez T, Rojero CF. *Paradigma sistémico y terapia de familia*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 1983.
42. Sluzki C. Investigación cualitativa y cuantitativa, una perspectiva constructorista. *Redes* 1999; 5: 73-84.
43. Simon FB, Stierlin H, Wynne LC. *Vocabulario de terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa, 1988.
44. Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar. Disponible en: <<http://www.featf.org>>.
45. Kreuz A. *Intervenciones sistémicas: el modelo de la teoría familiar fasica*. Monografía del Colegio Oficial de Psicólogos del País Valenciano. *Fundamentos Teóricos y Práctica Clínica: Diversos Enfoques* 1993; 1.
46. Gammer, C. *The Children's voice in family therapy*. 2009 *A systemic perspective - La Voix de l'enfant dans la thérapie familiale* 2005 Eires - *Die Stimme des Kindes in der Familientherapie* 2008 Carl Auer
47. Selvini M. *Hacia un modelo individual-relacional*. *Redes* 2000; 6: 11-25.
48. Flaquer L. *Nuevas Familias para un nuevo Milenio*. Mosaico. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar* 2002; 22: 11-20.
49. Cierpka M. *Handbuch der Familiendiagnostik*. Berlin: Springer, 1996.
50. Gergen KJ, Hoffman L, Anderson H. *Is Diagnosis a Disaster? A constructionist Dialogue*. En: Kaslow F (ed.) *Relational diagnosis*. Nueva York: Wiley and Sons, 1996.
51. McGoldrick M, Gerson R. *Genogramas en la evaluación familiar*. Buenos Aires: Gedisa, 1987.
52. Foster MA, Jurkovic GJ, Ferdinand LG, Meadows LA. *The impact of the genogram on couples: a manualized approach family*. *J Couns Therap Coup Fam* 2002; 10: 34-40.
53. Dallos R, Hamilton-Brown L. *Pathways to problems-an exploratory study of how*

- problems evolve vs dissolve in families. *J Fam Therap* 2000; 22: 375-394.
54. Polaino-Lorente A, Martínez-Cano P. Aspectos psicométricos de la Family Functioning Style Scale para la evaluación de las fortalezas familiares. *Psicologemas* 1994; 8: 101-121.
 55. Sprenkle D H, Moon S M. *Research methods in family therapy*. Londres: Guilford Press, 1996.
 56. Cottrell D, Boston P. Practitioner review: the effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2002; 43: 573-586.
 57. Sexton T L, Alexander J F. J Family-based empirically supported interventions. *Counsel Psychol* 2002; 30: 238-261.
 58. Etchison M, Kleist D. Review of narrative therapy: research and Utiliy. *Fam J: Counsel therap couples Fam* 2000; 8: 61-66.
 59. Leff J, Vernals S, Brewin CR y cols. The London Depression Intervention Trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. Couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner. *Clinical outcome and costs. Br J Psychiatry* 2000; 177: 95-100.
 60. Lebow, J. A look at the evidence. Top 10 research findings of the last 25 years *The Psychotherapy Networker* 2007, March
 61. Carr A. Evidence based practice in family therapy and systemic consultation. *J Fam Therap* 2000; 22: 273-296.
 62. Crane, D.R, Payne, S. H. Individual and Family Therapy in Managed Care: Comparing the Costs of Treatments by the Mental Health Professions *J. Of Marital and Family Therapy*, in Press
 63. Beavers R, Olson D, Miller W y cols. Empirical approaches to family assessment, special issue. *J Fam Therap* 2000; 22: 121-239.
 64. Wood BL. Disentangling pathways of effect in family intervention for chronic illness. *SO. Fam Sys Health* 2000; 18: 419-422.
 65. Whitaker C. *De la psique al sistema*. Buenos Aires: Amorrortu, 1991
 66. Minuchin S. *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós, 1984.
 67. Escudero , V., Friedlander, M. *El Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF): Desarrollo trans-cultural, fiabilidad, y aplicaciones del instrumento*. *Perspectivas Sistémicas* 2003; 77: 14 – 18
 68. Haley J. *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.
 69. Madanes C. *Sexo, amor y violencia*. Barcelona: Paidós, 1993.
 70. Beyebach, M. *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona, Herder Editorial, S.L., 2006
 71. Freeman J, Epston E, Lobovits D. *Terapia narrativa para niños*. Barcelona: Paidós, 2001.
 72. Bertrando P. Text and context: narrative, postmodernism and cybernetics. *J Fam Therap* 2000; 22: 83-103.
 73. Krishnakumar A, Buehler C. Interparental conflict and parenting behaviors: A meta-analytic review. *Family Relations. Interdisciplinary J App Fam Studies* 2000; 49: 25-44.
 74. Levant RF, Philpot CL. Conceptualizing gender in marital and family therapy research. The gender role strain paradigm. En: Liddle H A, Santisteban D A (eds.). *Family psychology: science-based interventions* 2002; 301.
 75. Selvini Palazzoli M, Cirillo S, Selvini M, Sorrentino AM. *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós, 1999.