

Psicoterapia de parejas

Pedro Jaén Rincón
Miguel Garrido Fernández



educación, orientación y terapia familiar

Editorial CCS

Psicoterapia de parejas

Pedro Jaén Rincón
Miguel Garrido Fernández



educación, orientación y terapia familiar

EDITORIAL CCS

Segunda Edición: septiembre 2009

© Pedro Jaen Rincón / Miguel Garrido Fernández

© Editorial CCS, 2005

Calle Alcalá, 166 - 28028 MADRID (España)

Tel.: (34) 91 725 20 00

www.editorialccs.com

sei@editorialccs.com

Diagramación editorial: Concepción Hernanz

Portada: Jefferson Krug

ISBN eBook: 978-84-9023-533-1

ePub: CrearLibrosDigitales.com

Todos los derechos reservados.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor.

A Ana y a Tina

Prefacio

La terapia de pareja es una modalidad psicoterapéutica que ha experimentado un importante avance durante las últimas décadas. Gran parte del impulso experimentado se ha debido a los importantes cambios sociológicos en la cultura occidental, donde las formas familiares han evolucionado y es más difícil reconocer un tipo de estructura familiar único. Factores como el aumento del número de divorcios, el crecimiento de un número cada vez mayor de parejas que conviven sin estar casadas, el nacimiento de hijos fuera del matrimonio, las parejas de hecho entre homosexuales y el aumento en número de familias reconstituidas son algunos de los ejemplos de los «nuevos» modelos familiares que según algunos, han puesto en crisis el concepto más tradicional de familia y de pareja, por no hablar de la importancia que las corrientes feministas han tenido en la modificación del significado atribuido tradicionalmente al hombre y la mujer dentro del matrimonio y en las relaciones de pareja en general.

Junto a lo anterior, también se ha podido comprobar en la psicología clínica contemporánea un aumento en la tendencia de los profesionales a incluir a los cónyuges en los proyectos de tratamiento con pacientes individuales. Esta tendencia se debe probablemente a dos factores: el aumento de evidencias empíricas sobre la importancia que las parejas de los pacientes tienen en el desarrollo y evolución de los tratamientos psicoterapéuticos y, en segundo lugar, la influencia del pensamiento sistémico en la interpretación de la realidad de la terapia y de los problemas humanos que trata.

Todo el conjunto ha desencadenado una especialización cada vez mayor de profesionales que trabajan con parejas la resolución de problemas específicamente conyugales o bien, que aprovechan la relación conyugal o de pareja para potenciar los efectos de la terapia sobre los problemas

presentados.

De todo ello se ha derivado un importante desarrollo de la terapia de pareja, tanto por el número de profesionales que se dedican a ello como por el número de publicaciones relacionadas con el tema.

En el presente libro, se realiza en primer lugar, un recorrido por la terapia de pareja desde una perspectiva histórica, destacando sobre todo, las principales fuentes de influencia que han contribuido a su desarrollo. A continuación se presentan los modelos de terapia de pareja contemporáneos: el modelo psicoanalítico, el conductual y el sistémico, ofreciendo al lector una perspectiva en la que se destacan las características fundamentales de cada modelo y se presentan las principales técnicas y estrategias de intervención.

Se ha dedicado un capítulo especialmente extenso al modelo sistémico-constructivista de terapia de pareja y a la aplicación de la técnica del Equipo Reflexivo dentro de este ámbito. Con ello se ha tratado de sistematizar una perspectiva psicoterapéutica bastante reciente que recoge las aportaciones derivadas del constructivismo, la narrativa, el construccionismo social y el pensamiento sistémico en el ámbito del tratamiento de las dificultades conyugales.

Por último, se dedica un apartado al apoyo empírico que esta modalidad psicoterapéutica tiene actualmente, repasando los intentos que hasta el momento existen para comprobar la eficacia del modelo y de sus técnicas.

En definitiva, el presente libro pretende ser una obra que aproxime al lector interesado en la psicoterapia de pareja al estado actual de los modelos que han trabajado en el ámbito de las relaciones conyugales y de los recursos que utilizan, poniendo especial acento en la aplicación de las perspectivas llamadas posmodernas a este ámbito, a través de la sistematización de un modelo que se encuentra aún en desarrollo como es el modelo de terapia de pareja sistémico-constructivista.

Capítulo 1

ANTECEDENTES HISTÓRICOS A LA PSICOTERAPIA DE PAREJA

La consideración del matrimonio como la primera célula a partir de la cual se desarrolla la familia ha hecho que las relaciones matrimoniales sean objeto de interés desde diferentes puntos de vista (sociológico, antropológico, religioso, moral, etc.). En el caso de la psicología, el acercamiento al estudio de la relación matrimonial ha ido ligado al desarrollo de las ciencias sociales y psicológicas, y la terapia de pareja, tal y como la conocemos hoy en día, ha recibido las influencias de numerosos campos científicos. En los últimos años, el interés por comprender mejor los mecanismos que regulan los conflictos conyugales y el modo de abordarlos ha aumentado de forma paralela al aumento de divorcios, separaciones y la aparición de «nuevas estructuras familiares» en el mundo occidental. Una correcta comprensión de la terapia de pareja tal y como la conocemos en la actualidad exige, desde nuestro punto de vista, un acercamiento, aunque sea breve, a la evolución histórica de dicha disciplina y su relación con las corrientes psicológicas principales. En este repaso histórico del desarrollo de la terapia de pareja hemos observado que el estudio científico del matrimonio viene respaldado desde tres áreas de la ciencia sobre todo: la sexología, la psicología y el trabajo social. A continuación resumimos las aportaciones realizadas por cada disciplina a la terapia de pareja y acabaremos por ofrecer una perspectiva del momento actual en que se encuentra.

1. LAS APORTACIONES DE LA SEXOLOGÍA

El área de la sexualidad humana fue la primera, de entre todos los aspectos relacionados con la relación de pareja, que fue objeto de atención por la ciencia. Si bien los primeros acercamientos a la sexualidad se remontan a finales del siglo XIX, en general se considera que la entrada definitiva en el estudio científico sobre la sexualidad se produjo con la llegada de los dos informes Kinsey que recogían entrevistas extensas con más de 12.000 personas. A pesar del rechazo recibido por parte de muchos estamentos sociales, la publicación de estos trabajos marca un hito en el desarrollo de la sexología. A partir de ese momento la terapia sexual comienza entonces a tener un enorme desarrollo con la aparición de la psicología conductual y posteriormente con el enfoque racional-emotivo de A. Ellis (ver Tabla 1) y experimenta el respaldo definitivo para toda una línea de investigación a partir de la obra de William H. Masters y Virginia E. Johnson (1966) que desarrollaron un modelo de intervención desde un enfoque conductual y cognitivo.

A pesar de eso, no todos los autores coinciden en la consideración de la terapia sexual como una psicoterapia. Algunos autores consideran que la terapia sexual es un acercamiento ecléctico a los problemas sexuales en la pareja donde se mezclan la terapia cognitiva, la teoría de los sistemas y la psicoterapia conductual. La ausencia de un cuerpo teórico y su metodología ecléctica hacen que pueda ser considerada más como una modalidad de la terapia de pareja (Simon y cols., 1985).

El desarrollo de la sexología ha sido muy importante en el crecimiento de la terapia de pareja, ya que ha puesto de manifiesto la importancia de la sexualidad en el contexto de la relación y ha recuperado los aspectos biológicos que a menudo han sido dejados de lado en el tratamiento psicológico de la relación de pareja. Un importante mérito de la sexología ha sido el desarrollo de instrumentos psicométricos destinados a la medida de diferentes aspectos de la sexualidad y la aplicación de técnicas psicológicas, sobre todo las derivadas de la terapia conductual, a la esfera de las

disfunciones sexuales.

TABLA 1
PRINCIPALES HITOS EN EL DESARROLLO DE LA SEXOLOGÍA

AUTOR	HITO	AÑO
Richard von Kraff-Ebing	Psychopatia sexualis	1888
S. Freud (1856-1939)	La sexualidad en el desarrollo del ser humano	1856-1939
Havelock Ellis	«Studies in the psychology of sex»	1897
Magnus Hirschfeld	Instituto de Ciencia Sexual en Berlín	1910
August Forel	Liga Mundial para la Reforma Sexual	1918
Kinsey, Pomeroy y Martin	Recopilación estudios sobre sexualidad humana Control de natalidad	1948
Margaret Sanger	Un estudio sobre la vida sexual de 2.200 mujeres	1929
Katherine Davis	Manual matrimonial	
Marie Stopes	«Ideal marriage»	
Theodore Van de Velde	«Sexual behavior in the human male» «Sexual behavior in the human female»	1948
Informes Kinsey	«Human sexual response»	1953
W. H. Master y V. E. Jonhson		1966

Elaborado a partir de la recopilación de Navarro, G. J., 1989.

2. DE LA ORIENTACIÓN FAMILIAR A LA TERAPIA FAMILIAR

Algunos autores como Sager (1966), Broderick y Schrader (1981), Ríos (1984), Navarro (1989) o Garrido, Moreno y Sánchez (1996), consideran que anterior a la terapia de pareja es la orientación y asesoramiento matrimonial, actividad ésta que se desarrolló al margen de psiquiatría a cargo de profesionales como médicos, abogados y asistentes sociales interesados por resolver problemas estrictamente matrimoniales. En la siguiente tabla resumimos algunos de los hitos más importantes en el desarrollo de esta profesión.

Se podría afirmar que hacia 1963 la práctica del consejo matrimonial tenía una identidad razonablemente bien establecida.

En 1940 se atendía el 89% de las consultas de forma individual, en 1955 el 88%, en 1960 el 83%. Las entrevistas conjuntas se han ido incrementando, si bien no de forma espectacular, del 5% en 1940 al 15% en 1960, constituyendo de algún modo una de las principales señas de identidad de los consejeros matrimoniales (Navarro, 1987).

Tal y como recoge este autor (Tabla 2), es posible reconocer la evolución de la terapia marital a través del incremento en el número de publicaciones a lo largo del tiempo, que pasó de 5 antes de 1940 a un total de 415 en 1972 repartidas en, al menos, 50 revistas de diferentes materias: Psiquiatría, Psicología, Trabajo Social, Sociología, etc. Una de las conclusiones de tal revisión es que el autor encontró una gran dispersión en el campo observable por la falta de citas de los trabajos de otros autores en los nuevos trabajos. Entre 1931 y 1968 en una muestra de 178 artículos, el autor encontró que el 68% de los trabajos no eran citados por otros, y que sólo 15 eran citados tres o más veces. Parece que ha sido en la última década cuando se produjo un aumento progresivo de la cohesión en la materia.

TABLA 2
**HITOS PRINCIPALES EN EL DESARROLLO
 DE LA TERAPIA MATRIMONIAL**

AUTOR	HITO	AÑO
Paul Popenoe	Centros de Orientación Marital en Los Ángeles	1930
Abraham y Hannah Stone	Centro de Orientación Marital en San Francisco	1930
Emily Harsthorne Mudd	Centro de investigaciones matrimoniales	1932
Grupo de Médicos, Sacerdotes Metodistas y Asistentes Sociales	«The practice of Marriage Counseling»	1938
Herbert Gray y David Mace	«National Marriage Guidance Council»	1942
Asociación Americana de Consejeros Matrimoniales y el Consejo Nacional de Relaciones Familiares	Reanudación de la actividad	1948
	Requisitos a cumplir por los consejeros matrimoniales	1953
	Requisitos de los Centros de Consejo Marital	1959
	Normas para el entrenamiento de postgraduados	1976
William C. Nichols	Código deontológico	
	Journal of Marriage and Family Counseling	1975

Parte de culpa en esa dispersión y que constituyó un obstáculo para el desarrollo del campo de la terapia marital fue, según Broderick y Schrader (1981) la ausencia de una revista por parte de la AAMCO. La aparición del *Journal of Marriage and Family Counseling* en 1975, rebautizado cuatro años después como *Journal of Marital and Family Therapy* a cargo de William C. Nichols contribuyó en gran medida a que la terapia marital se fuese estableciendo como un procedimiento psicoterapéutico independiente y bien definido.

En la actualidad, los campos de la orientación familiar y el consejo y asesoramiento marital se hayan muy diferenciados de la terapia familiar y la terapia de pareja, no ocurriendo lo mismo entre estas dos últimas que en ocasiones se confunden. Ello se debe según autores como Simon, Stierlin y Wynne (1984), a que el desarrollo de la terapia de pareja se produjo junto a la terapia familiar y a que desde el punto de vista de la terapia familiar, la pareja es un subsistema dentro del sistema familiar, por lo que el trabajo con el matrimonio no puede hacerse sin tener en cuenta el contexto familiar más

amplio.

TABLA 3
NÚMERO DE PUBLICACIONES EN TERAPIA MARITAL
EN PERÍODOS DE TIEMPO SELECCIONADOS

PERÍODO DE TIEMPO	NÚMERO DE PUBLICACIONES		FRECUENCIA ACUMULADA
	N	%	
Pre-1940	5	(1,2)	5
1940-1948	11	(2,7)	16
1949-1951	16	(3,8)	32
1952-1954	16	(3,8)	48
1955-1957	21	(5,0)	69
1958-1960	29	(7,0)	98
1961-1963	45	(10,9)	143
1964-1966	68	(16,4)	211
1967-1969	119	(28,7)	330
1970-1972	85	(20,5)	415
Total	415	(100,0)	

Fuente: Gurman (1973, pág. 49) en Broderick y Schraeder (1981, pág. 15).

Como se observa, la orientación familiar surge desde el interés de diferentes disciplinas por ayudar a la familia en crisis, lo cual ha influido en la ampliación de la terapia de pareja hacia muchos de esos contextos. Por otro lado, la orientación familiar se ha ido profesionalizando cada vez más, estando algunos de los campos de actuación en la frontera con la terapia de pareja, lo cual hace que algunos de los profesionales de la orientación familiar y el consejo matrimonial ejerzan asimismo como terapeutas de pareja.

3. EL PSICOANÁLISIS Y LA TERAPIA FAMILIAR

Si bien Freud no ejerció nunca como un terapeuta familiar en sentido estricto, sí puso las bases para la comprensión y desarrollo de la futura terapia familiar (Bowen, 1991; Framo, 1991; Garrido, 1995; Stierlin, 1979). Esta afirmación se sustenta en la aportación freudiana para la comprensión de la dinámica del enamoramiento y la creación de los vínculos de pareja. La descripción del complejo de Edipo, así como las aportaciones al desarrollo libidinal, supusieron un pilar básico para el entendimiento del crecimiento de la personalidad.

Una primera esquematización relativa a la elección adulta del objeto amoroso nos la ofreció Freud en *Tres ensayos para una Teoría Sexual* en 1905. En ella aludía al tipo de elección mediante apoyo en los modelos paterno y materno. Desde estas aportaciones se abrió un interesante campo de investigación que estudia las relaciones infantiles con los progenitores y su paso hacia la elección de objeto adulto. Freud afirmaba que «la inclinación infantil hacia los progenitores es ciertamente la huella más importante, si no única, que, renovada en la pubertad, señalará posteriormente el camino de la elección de objeto». Más tarde en su obra *Introducción al narcisismo* (1914), amplió el tema. Para Freud la elección del objeto es doble. Puede ser de tipo narcisista cuando la persona ama lo que ella es, lo que ella fue y lo que ella querría ser; o cuando ama a la persona que fue parte de su propio yo. Y puede ser del tipo «mediante apoyo», si ama a la mujer nutricia, al hombre protector y a la serie de personas que han hecho sus veces.

Como se puede observar, la aparición de la familia en la escena del psicoanálisis es muy temprana. El mismo Freud, ya en 1909, en el tratamiento de la fobia de *El pequeño Hans*, utilizó al padre del niño como intermediario en la terapia de Hans, y el caso Dora (1905) y en *Historia de una neurosis infantil* (*Caso del hombre de los lobos*) (1914-1918) presta gran atención a la influencia familiar en la evolución y formación de la personalidad de los individuos, aparte de que ya había

señalado la importancia de la familia en los problemas psicológicos a través del su concepto de complejo de Edipo. La Tabla 4 nos resume algunos de los hitos dentro del psicoanálisis que derivan en el modelo de terapia de pareja psicoanalítico.

En los años treinta del siglo xx la expulsión de un gran número de psicoanalistas de Europa debido en gran medida a su condición judía y su posterior establecimiento en Estados Unidos y Latinoamérica, supuso el encuentro de éstos con profesionales de ciencias como la Sociología y la Antropología que se encontraban en pleno desarrollo. Esto es señalado por Bueno (1985) como uno de los factores que ayudaron a introducir cambios y modificaciones en los presupuestos y concepciones teóricas del psicoanálisis.

TABLA 4
PRINCIPALES APORTACIONES DEL PSICOANÁLISIS
A LA TERAPIA DE PAREJA

AUTOR	HITO	AÑO
Freud	«Tres ensayos para una Teoría Sexual»	1905
	«Introducción al narcisismo»	1914
Flügel	«Estudio psicoanalítico de la familia»	1921
Clarence P. Obendorf	Primeros trabajos de tratamiento	1934
Bella Mittleman	psicoanalítico conyugal	1949
Victor Eisenstein	Neurotic Interaction in Marriage	1956
H. S. Sullivan	Teoría Interpersonal	1947
Ackerman	Diagnóstico y Tratamiento de las relaciones familiares	1958
Tehodore Lidz	Describe el Cisma y Sesgo Marital	1957
Martin Grotjahn	«Psicoanálisis y neurosis de la familia»	1960
H. Dicks	«Marital Tensions»	1967
Bowen, Framo	Terapia Familiar Transgeneracional	1972
		1976
A. Canevaro	Terapia de Pareja Trigeneracional	1982

«Ejemplos que pueden citarse son Erickson, Fromm, Harry Stack Sullivan, que fue el analista más orientado hacia el terreno de lo interpersonal, con influencia, entre otros, de H. Mead y Cooley, y que, a su vez, tuvo repercusión en terapeutas familiares como Jackson o Bowen. Otros, como Erickson, K. Horney o Fromm-Reichman permitieron un mayor entendimiento de la relación de la conducta de un paciente y sus experiencias e interacciones familiares» (Bueno, 1985. Pág. 29).

Un ejemplo de esa evolución la encontramos en Adler, que podría ser considerado como el primer terapeuta familiar de la historia de la psicoterapia, no sólo por su concepción interactiva y finalista del síntoma, sino también por ser el primero en establecer el tratamiento en el seno de la familia. Adler no trabajaba con toda la familia, pero siempre que trabajaba con alguna parte del sistema lo hacía teniendo en cuenta el contexto del individuo y sus prescripciones se orientaban a obtener cambios en ese contexto (Broderick y Schrader, 1991).

Algunos de los aportes de la teoría adleriana que han podido influir en el desarrollo de la terapia familiar son:

1. Planteó la desigualdad de los sexos como un factor importante para la inestabilidad matrimonial (Adler, 1967, pág. 213). Adelantándose de este modo a posiciones de la actual terapia feminista y a otros movimientos que han dado mucha importancia al tema del género.
2. Destacó el papel de la cooperación de los esposos y de los padres para el bienestar de los hijos (Adler, 1967, pág. 217).
3. Propició una visión estructuralista de la familia con sus concepciones con respecto a los límites, las triangulaciones y con respecto al papel de chivo emisario de los hijos (Adler, 1967, pág. 111).
4. Enfatizó el desarrollo de los vínculos extrafamiliares, tanto en la familia extensa como en la comunidad.
5. Abrió y desarrolló el campo de las relaciones fraternas en el núcleo familiar.
6. Se ocupó de familias marginales y de situaciones de abandono y maltrato.

Otro interesante ejemplo de la evolución del psicoanálisis a la terapia de pareja lo tenemos en H. S. Sullivan y su terapia interpersonal que desarrolla en 1947 a través de su obra *La teoría interpersonal de la psiquiatría*. En ella pone el acento claramente sobre la relación que el individuo «enfermo» mantiene con los otros. El desorden o trastorno mental obedece a la puesta en acción de patrones de relación interpersonal inadecuados e inapropiados, aprendidos en el contacto con las figuras significativas del entorno, particularmente la madre. Por lo tanto, para Sullivan, uno adquiere salud mental en la medida en que se vuelve consciente de sus relaciones interpersonales (Broderick y Schrader, 1991).

La ampliación del foco de intervención desde lo intrapsíquico a lo interpersonal, su papel como investigador en relaciones familiares muy perturbadas (permitiéndose incluso grabar sesiones) y en definitiva, su visión sistémica de las disfuncionalidades, son las mayores aportaciones que Sullivan realiza al campo de la terapia familiar y de pareja. Sus trabajos fueron de gran importancia para terapeutas familiares y de pareja como Framo o Stierlin (Stierlin, 1997).

Por último señalaremos la obra de Ackerman, otro psicoanalista culturalista, autor de la obra *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares* en 1958, un clásico dentro de los estudios sobre psicopatología familiar. En él hace un enfoque dinámico con perspectiva psicosocial y presenta interesantes aspectos clínicos tras 25 años de experiencia en la Clínica de Salud Mental Familiar de Nueva York y en la Clínica Psicoanalítica de Columbia. Ackerman ha sido considerado como uno de los autores que mejor ha sabido combinar las aportaciones psicoanalíticas y sistémicas. Señaló que la identidad de cada persona tiene varios aspectos: uno individual, otro como miembro de varios subsistemas familiares y otro como miembro de la familia como un todo. Las relaciones entre la identidad individual y la identidad familiar se caracterizan por el sutil interjuego de proceso de combinación y diferenciación. Para Ackerman la identidad individual requiere la identidad familiar, y la identidad familiar requiere a su vez el apoyo de la comunidad más amplia (Ackerman, 1954). El autor concede gran importancia a las emociones dentro del sistema familiar, y a los procesos de individuación, aspectos ambos que se han convertido con posterioridad en algunas de las señas de identidad de los modelos dinámicos y los modelos humanistas de terapia familiar.

En resumen, encontramos que dentro del psicoanálisis se produjo una apertura hacia la inclusión de las parejas y las familias como consecuencia de los fracasos de muchos de los tratamientos psicoanalíticos y también de su duración (Bowen, 1966). Esta apertura se tradujo en una incorporación progresiva de los conceptos derivados de la nueva corriente sistémica y la cibernética, siendo posible en la actualidad, identificar dentro de la terapia de pareja una corriente que ha trasladado los presupuestos psicoanalíticos al ámbito conyugal, desarrollando toda una teoría del emparejamiento y el conflicto matrimonial con un profundo arraigo psicoanalítico (Milmaniene, 1998; Puget, 1997) y otra corriente que, aun conservando el enfoque dinámico, se ha ampliado dando lugar a las llamadas terapias de tipo

experiencial (Greemberg y Jonson, 1988; Satir, 1964; Whitaker *et al.*, 1991) y los modelos intergeneracionales (Boszormanyi-Nagy, 1994; Canevaro, 1986; Framo, 1996). En definitiva, el psicoanálisis ha aportado a la terapia de pareja el interés por lo intrapsíquico y ha permitido realizar una interpretación dinámica de la relación de pareja (Pérez Testor, 2000), centrándose sobre todo en los aspectos disfuncionales de la relación y permitiendo una mejor comprensión de los aspectos dinámicos que mantienen los conflictos. Por otro lado, ha influido en la importancia de la figura del terapeuta en el contexto de la terapia y en la persona del terapeuta como recurso e instrumento clínico.

4. EL MODELO SISTÉMICO

La terapia familiar sistémica ha sido influida sobre todo por la teoría General de los Sistemas que surge, a su vez, como reacción de la visión reduccionista y mecanicista del modelo cartesiano y newtoniano. Es decir, de un rígido modelo causa-efecto que procede a través de sucesivas exploraciones analíticas de los objetos sometidos a examen, fragmentándolos en sus componentes sustitutivos, observándolos aisladamente y buscando entre éstos relaciones de causalidad lineal. La inadecuación de tal modelo se hace más evidente a medida que avanzamos en la ciencia e investigación biológica y física, y se hace más pronunciada cuando afrontamos el estudio del comportamiento humano y de los procesos mentales. Es en este momento cuando Bateson, recogiendo los nuevos instrumentos conceptuales desarrollados por Bertalanfy y su *Teoría General de los sistemas* (1968), y los planteamientos de Cannon sobre homeostasis, afronta el campo de la psicopatología de la esquizofrenia desde una perspectiva sistémica. El modelo desarrollado por Bateson ha propuesto una serie de conceptos que progresivamente han sido el fundamento de la terapia familiar posterior: totalidad, causalidad circular, equifinalidad y equicausalidad, regla de la relación, ordenación jerárquica, morfogénesis y morfostasis. Onnis (1991) ha resumido el modelo propuesto por Bateson concretando en tres los temas claves de su exposición:

a) La consideración del individuo como un sistema abierto, capaz de autorregulación en intercambio continuo con el ambiente, de modo que la unidad de estudio pasa de ser el individuo aislado a incluir además el ambiente.

b) El intercambio que se produce entre el individuo y su contexto no es un intercambio de energía, sino de información, lo que implica, en consecuencia, la norma de retroacción y por tanto, de circularidad.

c) La mente no se puede separar del soma sino que se identifica con la misma dinámica de la auto-organización sistémica, expresando así, la organización de todas las funciones y asumiendo el carácter de meta-

función que, a niveles de complejidad superior, adquiere la típica cualidad espacial y no temporal que nosotros atribuimos a la mente tradicionalmente entendida.

Sin embargo, las primeras aplicaciones del modelo sistémico a la terapia familiar asimilaron reductivamente la teoría sistémica a la cibernética de primer orden y se elaboró un modelo fuertemente centrado en los conceptos de «auto-corrección» y de «homeostasis» más que en la potencialidad evolutiva; más en la «pragmática» que en la «semántica» de las comunicaciones; alejándose en un primer momento de lo «mental» y pretendiendo una descripción «objetiva» de los sistemas más que una definición de la interacción co-participativa entre el terapeuta y el sistema mismo (Hoffman, 1993).

Poco a poco se fue cambiando a una visión evolutiva de los sistemas, que ya había sido avanzada por Maruyama a través de sus conceptos de «morfogénesis» y «morfostasis» (Maruyama, 1968) con los que subraya la tendencia sistémica no sólo a mantener, sino también a cambiar la propia forma de los sistemas. Quizá es la aportación de Prigogine (1978) la que ayuda a que la dimensión tiempo sea reintroducida en la concepción del modelo sistémico, indicando la dimensión evolutiva y que determina por tanto, su «irreversibilidad».

Las implicaciones de estas nuevas premisas epistemológicas han supuesto la superación de los últimos resquicios del reduccionismo mecanicista y han propiciado la reintroducción de la dimensión diacrónica del tiempo, recuperando el pasado, no como una visión causalística elemental de que el pasado «causa» el presente, sino más bien en el sentido de que el pasado «está» en el presente y se manifiesta a través de los mitos, creencias, valores y conjunto de significados que caracterizan la imagen que el sistema familiar tiene de sí mismo (Hoffman, 1993; Onnis, 1991; Papp e Imber-Black, 1996; Selvini-Palazzoli *et al.*, 1980). En la actualidad, la terapia de pareja sistémica ha surgido como una aplicación de los presupuestos sistémicos al campo concreto del matrimonio. Dado que la pareja es un subsistema dentro del conjunto familiar y se rige por las mismas leyes que éste, en ocasiones se ha utilizado el término terapia familiar para designar indistintamente el trabajo con el matrimonio o con todo el conjunto familiar. En el siguiente cuadro (Tabla 5) exponemos algunos de los hitos de la terapia familiar y de pareja que han servido de base a los modelos de terapia de pareja sistémica

actuales.

Autores como Haley (1963) y Satir (1964, 1972) sí han descrito un modelo sistémico de tratamiento de la desarmonía conyugal en grupos matrimoniales o de forma individualizada. En otros casos (la mayoría), la terapia matrimonial de corte sistémico no es diferenciada de la terapia familiar excepto por el hecho de aplicarse al subsistema conyugal, y el enfoque o las técnicas utilizadas no varían sustancialmente de cuando se aplican a la familia al completo o a individuos aislados (De Shazer, 1986; Haley, 1976; Hudson y Winer, 1993; Minuchin y Fishman, 1984). Es por ello que habitualmente no se habla de Terapia de Pareja Estratégica, Terapia de Pareja Estructural o Terapia de Pareja Centrada en Soluciones, sino que más bien se trata de centrar el foco terapéutico en la díada conyugal a partir de un determinado modelo.

Del mismo modo que desde la terapia familiar en su conjunto se considera irrelevante el diagnóstico y la psicopatología de cara al tratamiento o la resolución de los conflictos, en general se considera que la elección de quién acude a terapia es una cuestión que debe resolverse en función de las necesidades que se planteen a lo largo del tratamiento, y que los posicionamientos a priori basados en los modelos, más que ser una ventaja, pueden ser un inconveniente (Haley, 1980, 1974).

En definitiva, la terapia sistémica ha influido enormemente en la terapia de pareja al poner el foco de atención sobre la interacción y en el importante papel de la comunicación en el comportamiento humano, incluido el comportamiento anómalo o sintomático, así como el desarrollo de innumerables técnicas y estrategias de intervención derivadas del enfoque sistémico que se han ido estructurando a través de diferentes modelos que comparten una epistemología común.

TABLA 5
**APORTACIONES PRINCIPALES DE LA TERAPIA SISTÉMICA
A LA TERAPIA DE PAREJA**

AUTOR	HITO	AÑO
Griffin, Jonson y Litin	Utilización de conceptos intrapsíquicos en la descripción de las pautas de interacción	1954
Lidz, Cornelison, Fleck y Terry	Análisis de la relación perturbada entre esposos y el cisma marital	1957
Jackson, Bateson, Haley y Weakland	Equipo de Palo Alto	1958
Wynne	Introduce los términos «desviaciones de la comunicación» y «pseudomutualidad»	1958
Weakland	Estudio de la comunicación	1960
Haley	Estudio de la interacción entre los esposos	1959
Boszormanyi-Nagy	Complementariedad patológica de necesidades	1962
Satir	Terapia Conyugal Conjunta	1963
S. Minuchin	Enfoque estructural	1967
Watzlawick, Beavin y Jackson	Pragmatics of Human Communication	1967
Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata	«Paradoja y Contraparadoja»	1976
De Shazer	Terapia centrada en soluciones	1988
Hoffman	En su artículo «Constructing realities: An art of lenses», describe el cambio de la Terapia Sistémica a una perspectiva Constructivista y Construccionalista.	1990

5. LA TERAPIA DE CONDUCTA EN EL CAMPO DE LA TERAPIA FAMILIAR Y DE PAREJA

Desde la terapia de conducta se ha producido un progresivo acercamiento a los problemas conyugales, el cual a su vez, ha evolucionado del mismo modo que la corriente conductual. Los primeros modelos conductistas de intervención sobre las disfunciones conyugales se apoyaban fundamentalmente en los principios derivados de las teorías del aprendizaje y de la psicología social. Es por ello que en su formato más clásico se realizaba un análisis funcional de las conductas desplegadas por uno o ambos cónyuges, se estudiaban las contingencias que mantenían las conductas disfuncionales (conductas concretas y observables) con el objetivo de modificar los patrones de reforzamiento de dichos comportamientos. Autores como Jacobson (1979), G. R. Patterson (1972), R. B. Stuart (1980) y R. L. Weiss (Weiss *et al.*, 1973) fueron pioneros en esta área al establecer programas de intervención específicos para los conflictos maritales.

Con posterioridad, a medida que las teorías conductuales se fueron enriqueciendo de las aportaciones cognitivas, se fueron desarrollando otros enfoques en los que los aspectos relacionados con la cognición pasan a un primer plano. Autores como A. Beck (1990), A. Ellis (1989) o Epstein y Eidelson (1981) aplicaron los modelos cognitivos al ámbito concreto de la relación conyugal, con lo cual, los conflictos maritales pasaron a ser explicados como una consecuencia de los pensamientos automáticos, ideas irracionales, expectativas irrealistas, atribuciones falsas, etc., que surgen, se mantienen y desarrollan en la relación matrimonial. Lo que sí mantuvieron en cualquier caso, fue la sistematización de los programas de intervención y el rigor por la elaboración de instrumentos de evaluación eficaces.

Por último encontramos autores como Liberman (1987), Epstein, Schlesinger y Dryden (1988) y P. H. Bornstein y M. T. Bornstein (1992), que se encargaron en los años ochenta del pasado siglo de realizar una cierta confluencia entre las aportaciones de las teorías sistémicas y los modelos conductuales. Si bien mantienen la filosofía básica de los enfoques

conductuales teniendo en cuenta los aspectos ambientales y las ideas y pensamientos individuales de los miembros de la pareja, se centran en la interacción de ambos como un campo intermedio en el que aplicar los métodos y técnicas derivados de la modificación de conducta y de las terapias cognitivas.

En cualquier caso, durante la evolución de los modelos conductuales de tratamiento de las disfunciones conyugales, se ha mantenido una preocupación constante por determinar, de la manera más concreta posible, las dificultades conyugales de cara a conseguir técnicas válidas para afrontarlas. Es por ello que los modelos conductuales se caracterizan sobre todo por ofrecer un amplio repertorio de instrumentos de evaluación específicos de la relación conyugal, un programa concreto de intervención y una serie de estrategias y técnicas específicas.

En la siguiente tabla (Tabla 6) resumimos algunos de los momentos clave en el desarrollo de la terapia de pareja cognitivo conductual.

La mayor influencia de la terapia de conducta al campo de las relaciones conyugales se produce a través de la Terapia Marital de Conducta (TMC) de la que Goldiamond (1965) y Lazarus (1968) fueron pioneros. El lanzamiento definitivo de la TMC se produce sobre todo a partir de los trabajos de Liberman (1970) que en 1976 publica junto a Wheeler, de Visser y Huehnel, *Handbook of Marital Therapy*, del grupo de Oregón liderado por Patterson (Margolin, Christensen y Weiss, 1975; Weiss, 1978 y Weiss y Bichler, 1974) y el grupo de Stuart (1980).

Como veremos más adelante, los modelos derivados de la terapia de conducta y la terapia cognitiva son los que han recibido un mayor apoyo empírico en cuanto a su eficacia. En la actualidad son muy habituales los programas de terapia marital que combinan procedimientos derivados de las teorías del aprendizaje con las aportaciones cognitivas.

TABLA 6
**PRINCIPALES APORTACIONES DE LA TERAPIA DE CONDUCTA
 A LA TERAPIA DE PAREJA**

AUTOR	HITO	AÑO
A. Ellis	Aplicación de la Reestructuración Cognitiva en problemas matrimoniales	1958
Goldiamond y Lazarus	Primeras aplicaciones de las teorías del aprendizaje al conflicto marital	1965 1968
R.B. Stuart	«Operant interpersonal treatment for marital discord»	1969
Patterson	Entrenamiento conductual para padres	1965
Jacobson y Margolin Weiss	Programa de entrenamiento en técnicas de resolución de problemas y habilidades de comunicación	1979
Lieberman, Jacobson y Patterson	Desarrollo de la Terapia Marital Conductual (TMC)	1973- 1980
Lieberman	«Handbook of Marital Therapy»	1976
Margolin, Christensen y Weiss	Grupo de Oregón	1975
Epstein, Schlesinger y Dryden	Integración de las teorías cognitivas de Ellis y Beck	1988
Baucom y Epstein	Desarrollo del Modelo Cognitivo-Conductual	1990

En resumen, podemos decir que el desarrollo de los modelos cognitivo-conductuales ha tenido una gran influencia sobre la terapia de pareja, sobre todo en cuanto al interés por los procedimientos e instrumentos de evaluación, en la sistematización de la terapia y en la necesidad de poner a prueba su eficacia y detectar los componentes que influyen en el cambio (Fislinger y Lewis, 1981; Gurman y Kniskern, 1978; Jacobson y Margolin, 1979; López y Silva, 1982).

6. EL TRABAJO SOCIAL Y LA TERAPIA DE FAMILIA Y DE PAREJA

Tanto Nichols y Schwart (1998) como Broderick y Schrader (1981) conceden un apartado importante a la influencia del trabajo social en el desarrollo previo de la terapia familiar y marital, ya que desde los inicios los trabajadores sociales han estado implicados en el trabajo con las familias y algunos de ellos como Virginia Satir, Peggy Papp o Lynn Hoffmann han destacado como autores importantes dentro de la terapia familiar y de pareja. Por ello no podemos dejar de reconocer el aporte que desde el trabajo social se hace al interés por las relaciones de pareja, aunque en los últimos años las fronteras entre ambos se han ido delimitando cada vez más y hoy en día son consideradas disciplinas muy diferentes que exigen una formación específica. De este modo, si bien la terapia de pareja comparte con el trabajo social el interés por la familia y la búsqueda de fórmulas y recursos de ayuda a las familias, la terapia de pareja se ha ido desplazando hacia la parte más clínica de la psicología y hoy en día puede ser considerada como una disciplina independiente en el ámbito de la salud mental (Polaino-Lorente y García, 1993).

7. LAS PERSPECTIVAS ACTUALES EN LA TERAPIA DE PAREJA

El enorme desarrollo de la terapia familiar alcanzado en esta época hace que sea difícil clasificar las distintas maneras de enfocar las diferentes escuelas que es posible distinguir hasta ese momento. De todas las clasificaciones posibles, nosotros expondremos la de Nichols (1984) por parecernos una de las más completas, aunque no podemos olvidar el esfuerzo sistematizador de otros autores como Madanes y Haley (1977), Levant (1980) o Gurman (1981).

TABLA 7
CLASIFICACIONES DE TERAPIA FAMILIAR. Nichols (1984)

PSICOANALÍTICA	GRUPAL	FAMILIA EXTENSA	EXPERIENCIAL	ESTRUCTURAL	COMUNICACIÓN	ESTRATÉGICA	CONDUCTUAL
Ackerman Boszormenyi- Nagy Bloch Framo Sierlin Robin Skynner Epstein Grunebaum	Bell	Bowen Guerin Laqueur Speck Attneave	Whitaker Satir Kempier Dhul	Minuchin Montalvo Rosman Aponte	Jackson Haley	Haley Madianes Sehvi Hoffman Bodin Watzlawick Weakland Fish	Patterson Stuart Lieberman Weiss Jacobson

En los últimos años el desarrollo de la terapia familiar y de pareja ha seguido creciendo como consecuencia de las influencias de nuevas corrientes de pensamiento y como consecuencia de la aplicación a campos cada vez más extensos. En este sentido es importante señalar la influencia de la corriente feminista que señala la importancia del tema del género como un aspecto relevante en terapia de familia y de pareja, ligado a los temas de poder y control (Hare-Mustin R. 1978; Goldner, 1987; 1988; Rampage, 1998) y el desarrollo de los enfoques narrativos, el construccionismo social y el constructivismo, que han dado un nuevo impulso a la terapia familiar y de pareja con una concepción de la realidad vivida por las familias y los sujetos como una realidad construida en interacción con el medio y que toma la forma de historias susceptibles de ser narradas en el proceso terapéutico y por tanto modificadas (Anderson, 1999; Anderson y Goolishian, 1992; Eron y

Lund, 1998; Hoffman, 1996; MacCormack y Tomm, 1998; Watzlawick, 1994; White, 1991).

Por otro lado ha surgido también la inquietud por ofrecer nuevos modelos que permitan la integración de las distintas corrientes y faciliten la unificación de la terapia familiar y de pareja. Autores como Breulin (1992), Eron y Lund (1993) y Schwart (1987, 1994) son algunos de los que destacan en este esfuerzo integrador.

Al mismo tiempo se ha producido una diversificación importante de la terapia familiar y de pareja y en la actualidad encontramos modelos de terapia aplicados a temas muy concretos como divorcio y adopción (Isaacs y Montalvo, 1986; Visher y Visher, 1988; Gottman, 1994), adicciones (Friedman y Granick, 1990; Stanton, 1985; Stanton y Todd, 1990; Steinglass y cols., 1993), abuso sexual en la infancia (Barrett, Trepper y Fish, 1990; Durrant y White, 1990) o violencia familiar (Fishman, 1990; Navarro, 1997; Perrone y Nammini, 1997; Rosenbaum y O'Leary, 1987).

Tal y como afirma Haley, la terapia de pareja tiene su sentido no sólo en el tratamiento de las dificultades conyugales (Haley, 1980) ya que ese es uno de los modos de presentación del problema en el que la pareja acude a tratamiento a causa de una crisis matrimonial. Otros modos en los que la intervención marital es útil son los casos donde uno de los cónyuges presenta síntomas, en los casos en los que alguno de los hijos aparece como el paciente identificado, y en casos donde la demanda aparece a través de una crisis familiar grave.

La aplicación de la terapia de pareja a problemas individuales es una tendencia que ha aumentado progresivamente en los últimos 20 años, bien como la forma de tratamiento principal o como complemento en los programas de tratamiento multifocales donde se combina con el tratamiento individual y/o familiar. Esta tendencia se debe en gran medida a la mayor conciencia de la repercusión que los trastornos individuales tienen en el entorno social del sujeto y del efecto que ello supone para la mejora, el mantenimiento o las recaídas del sujeto «enfermo».

En este sentido, son numerosos los estudios que han encontrado que los síntomas depresivos se encuentran fuertemente ligados a los conflictos maritales y que las intervenciones conjuntas de terapia marital e individual son más efectivas que las intervenciones individuales en la reducción de la depresión y de los conflictos maritales ligados a ella (Baucom, 1998).

Los problemas sexuales son otra de las áreas en la que la intervención en

pareja se ha vuelto una práctica estándar en los años noventa del siglo xx , particularmente cuando los problemas sexuales afectan a otras áreas de la relación (Heiman, Epp y Ellis, 1995; Zumaya, Bridges y Rubio, 1999).

En los últimos años también se ha puesto de manifiesto la relación existente entre los conflictos maritales y la salud física y mental. Autores como Kiecolt-Glaser, Malrdey, Chee y Newton (1993) han encontrado relación entre los conflictos maritales y las separaciones matrimoniales con la supresión del sistema inmunitario. En general parece que la existencia de una conexión positiva con los otros actúa como un regulador efectivo de las emociones y como soporte resistente ante los acontecimientos estresantes (Burman y Margolin, 1992; Walsh, 1996).

También el foco de atención de la terapia de pareja se ha centrado en los últimos años en el tratamiento de traumas sufridos por los cónyuges y que afectan a la relación. En particular la TCE ha sido usada en clientes que habían sufrido abusos físicos y sexuales durante la infancia (Johnson y Williams-Deeler, 1998).

Por último, un campo de más reciente aplicación de la terapia de pareja ha sido en el tratamiento de la agorafobia y de los trastornos maniaco-depresivos (Lebow y Gurman, 1995).

En los últimos años la demanda de terapia de pareja ha aumentado considerablemente en proporción al aumento experimentado en la tasa de divorcios en los países desarrollados. Ello ha puesto de manifiesto una necesidad cada vez mayor de elaborar programas de formación especializados para profesionales y supervisión (Kniskern y Gurman, 1979; Navarro y Sánchez de Miguel, 1996^a, 1996^b y 1997; Sprenkle y Wilkie, 1993), por los problemas éticos derivados de la aplicación de la terapia de pareja (Margolin, 1982; Schneider, 1994) y acerca de la efectividad y eficacia de los tratamientos de pareja (Gurman y Kniskern, 1981; Sprenkle y Moons, 1996; Wynne, 1988), aspecto este último especialmente descuidado hasta no hace mucho. En el momento actual, tal y como afirman Johnson y Lebow (2000), podemos considerar que la terapia de pareja ha alcanzado la «mayoría de edad» y que el próximo paso para procurar una progresiva maduración de la terapia marital tendría que centrarse en el estudio de los procesos que facilitan el cambio durante la terapia y en los que intervienen en el desarrollo de los conflictos maritales.

A lo largo de los siguientes capítulos expondremos de manera resumida las

principales líneas directrices para cada uno de los modelos de terapia de pareja y nos detendremos especialmente en el modelo de terapia de pareja sistémico constructivista con equipo reflexivo.

Capítulo 2

PRINCIPALES MODELOS DE TERAPIA DE PAREJA

En el siguiente capítulo haremos un breve repaso de los diferentes modelos de terapia de pareja. Como vimos en el capítulo anterior, existen diversas clasificaciones de los tratamientos de familia y de pareja. Nosotros hemos optado por acercarnos a la terapia conyugal diferenciando entre las aproximaciones psicodinámicas, conductuales y sistémicas por ser éstas las utilizadas habitualmente en el contexto académico. En un capítulo aparte nos detendremos con mayor detalle en la terapia de pareja desde un punto de vista sistémico constructivista.

1. EL MODELO PSICODINÁMICO DE TERAPIA DE PAREJA

1.1. El enamoramiento y la formación de la pareja

Según la orientación psicoanalítica, ciertas conductas patológicas que tiene un miembro de la familia en relación con otros miembros y, recíprocamente, la de éstos con el primero, pueden comprenderse básicamente como resultado de perturbaciones intrapsíquicas de cada uno de los participantes en la relación. El énfasis se pone sobre todo en la dinámica intrapsíquica, y el instrumento terapéutico de mayor relevancia es la interpretación, que busca que el paciente alcance el *insight*. Los aspectos interpersonales son tenidos en cuenta pero el acento está en los fenómenos intrapsíquicos.

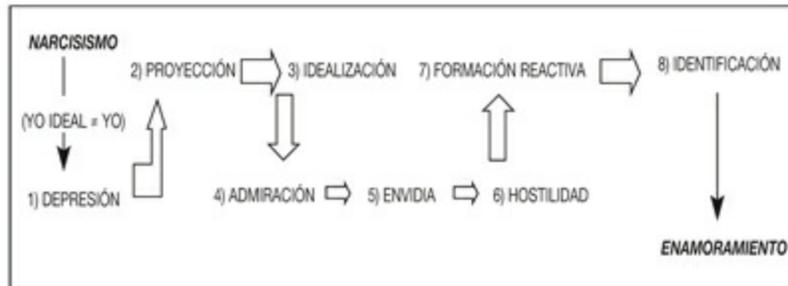
La formación de la pareja es definida desde el psicoanálisis como un fenómeno complejo en el que se ponen en juego toda una serie de experiencias vitales conscientes e inconscientes por parte de ambos sujetos. En esta experiencia, el enamoramiento, como punto de inicio de la relación amorosa, juega un papel primordial. Villamarzo (1993), siguiendo las aportaciones de T. Reik, describe este proceso con gran claridad:

«El punto de arranque del enamoramiento es el narcisismo. Cuando se produce la confusión entre el ideal del yo y el yo ideal, el sujeto lo tiene todo en sí mismo. Esta situación imposibilita cualquier experiencia amorosa. Entre narcisismo y enamoramiento se encuentra el proceso psicodinámico del enamoramiento que se puede dividir en ocho fases, cuatro de las cuales son experiencias sentimentales (admiración, envidia, hostilidad y depresión) y las otras cuatro son mecanismos de defensa (proyección, idealización, formación reactiva e identificación» (Villamarzo, 1993).

De lo anterior se extrae que el proceso de enamoramiento y por consiguiente el inicio de las relaciones de pareja, se puede leer como un intento de eliminar un estado de malestar que es inmanente al propio ser

humano. En cualquiera de los casos siempre se atribuye a la elección y el mantenimiento de la relación de pareja, el intento de compensar la existencia de una serie de necesidades más o menos inconscientes por parte de cada uno de los sujetos que componen la pareja (Bregio y Alejo, 1997; Milmanienne, 1998; Willi, 1975).

FIGURA 1
ESQUEMA DEL PROCESO PSICODINÁMICO
DEL ENAMORAMIENTO



No obstante, el mantenimiento de la relación exige primero un retorno a la realidad a través de la transformación del enamoramiento en amor:

«Se trata, sin duda, de un proceso de crisis que permite el reinvestimento afectivo del mundo externo, pero partiendo de la desilusión que ocasiona al sujeto (enamorado) la supuesta inadecuación del objeto, que parece no responder a todas las expectativas ni a todos los deseos» [...] Esta vuelta a la posición depresiva se resuelve a través de los mecanismos de integración, que permiten la elaboración del duelo y el paso progresivo a una posición que permite a los sujetos reencontrar su propia capacidad de juicio y de crítica para aproximar paulatinamente la imagen interiorizada a la realidad efectiva del patner» (Cusinato, 1992, págs. 106-107).

En este sentido, Dicks (1967) plantea que en la elección de pareja hay que tener en cuenta tres aspectos: el individuo con sus características personales, los factores socioculturales que gravitan en torno a la pareja y los factores inconscientes con los vínculos de amor-odio. Una vez constituida la pareja, existirían tres niveles en la relación:

- a) Áreas de cooperación realista.
- b) Áreas de las imágenes internas compartidas, que hace referencia a lo que se proyecta en el otro y lo que se introyecta de él.

c) Áreas de las polarizaciones, en la que uno se representa las posibilidades y funciones de las que carece en el otro.

En base a esto la elección de pareja podría ser de tres tipos:

1. Desplazamientos simples de las expectativas de roles fundadas en las identificaciones directas con las actitudes de los padres y las culturas familiares, es decir, buscar en la pareja una reproducción de la pareja de los padres o elegir en base a las características del padre amado.

2. Elegir lo opuesto al modelo de los padres o elegir en base a las características del padre amado (defensa contra los deseos edípicos).

3. Búsqueda en el otro de los aspectos propios reprimidos (lo que no acepto en mí, lo encuentro en el otro y lo vivo a través de él).

Este autor señala que en todas las parejas se produce un juego de identificaciones proyectivas e introyectivas en el que se depositan en el otro partes del «self» no toleradas. La elección del cónyuge está motivada por el redescubrimiento en el otro de aspectos reprimidos y perdidos del «self». Una vez constituida la pareja se forma, según Dicks, una personalidad conjunta e integrada que permite a cada unidad el redescubrir aspectos perdidos de las relaciones primarias escondidas o reprimidas, y que son re-experimentadas en la co-implicación con el cónyuge mediante identificación proyectiva (Diks, 1967).

Es en este punto donde Dicks hace referencia al término «colusión», término introducido por Laing en 1961 para explicar los distintos tipos de emparejamiento conflictivos y de lo cual nos ocuparemos brevemente en los siguientes apartados.

1.2. La pareja disfuncional o patológica

La teoría psicoanalítica postula que lo que hace que dos personas se atraigan sexual y psicológicamente se debe a profundas motivaciones inconscientes. En general, se considera que el sentimiento de amor y atracción sexual entre dos adultos no es sino transferir a un objeto nuevo emociones sentidas en el pasado, sobre todo durante la infancia.

En este sentido, los trabajos de Klein (1957) y Fairbairn (1952) fueron determinantes en la comprensión de la relación de pareja. Desde estos autores, la relación conyugal será una reproducción de una relación pasada

percibida en los padres o tenida con uno de ellos y la elección de pareja se basará más en las características del otro, en el tipo de relación objetal que se desea establecer y el vínculo más que el individuo.

Aunque no todos los autores comparten la idea del narcisismo primario, sí se reconoce casi universalmente la importancia de la relación primaria con la figura materna. Esta relación, determinante para la constitución de la identidad personal, pone las bases para la formación de todo lazo afectivo y, por consiguiente, también para la capacidad de establecer relaciones en la edad adulta (Lachkar, 1992).

Según Lemaire (1974), en la elección conyugal —entendida ésta como la elección específica que corresponde a un deseo de larga duración de la relación y de profundo compromiso emotivo— se seleccionan las características del cónyuge de modo que permitan al sujeto mantener su unidad, estabilidad y seguridad ante las amenazas internas ligadas a la persistencia de corrientes pulsionales removidas, pero que permanecen activas. Por consiguiente, el sujeto busca en el futuro cónyuge no sólo la capacidad de satisfacer sus expectativas conscientes, sino, también, la de participar en su organización defensiva, a fin de no despertar los conflictos no resueltos, sino de reprimirlos aún mejor.

Es preciso señalar la reciprocidad de tal elección. Cada uno de los dos cónyuges realiza su propia elección esperando algo del otro y, para que la pareja funcione, es preciso que tales expectativas sean complementarias y que ambos miembros de la pareja obtengan beneficios de la relación. Uno de los mayores bienes es el de reforzar el propio yo y el de asegurarlo frente a aquel conjunto de pulsiones nunca controladas del todo a causa de las dificultades nacidas en la evolución histórica del sujeto.

Baldaro-Verde y Pallanca (1984) han ilustrado algunos tipos de elección de pareja basándose en la identificación de las características situacionales frustrantes que hacen resonar en el niño señales de peligro.

Elección ilusoria.

La elección objetal por apoyo.

La elección objetal de tipo narcisista.

Elección de la realización simbólica del incesto.

Elecciones de defensa de los deseos edípicos.

La elección objetal mixta.

La elección objetal centrada en el vínculo con el objeto.

Según los diferentes autores de orientación analítica, el tipo de elección

realizada en la pareja determinará el tipo de conflicto posterior. De este punto hablaremos a continuación.

1.3. El conflicto conyugal desde un punto de vista psicodinámico

Es quizá la aproximación de J. Willi al conflicto en la relación de pareja, la que ejemplifica mejor cuál es la posición psicodinámica en relación con este tema.

Desde este punto de vista, en los conflictos conyugales se da una temática fundamental y común a los dos esposos que forma un inconsciente común. El juego conjunto de los cónyuges a causa de este inconsciente común es denominado colusión. Este concepto introduce la idea de contemplar los conflictos conyugales como una perturbación neurótica común de los cónyuges que se encuentran en conflicto (Willi, 1975).

Teniendo en cuenta esto, se considera que la conducta matrimonial de un individuo está notablemente determinada por su prehistoria personal, la actitud del cónyuge y el fondo desde el que parte esta actitud. Sin embargo, para comprender el conflicto presente es imprescindible volver hasta la elección de esposo, ya que el agravamiento del conflicto tiene su raíz en el desencanto respecto a los ideales e ilusiones que mutuamente, novio y novia ponían en el casamiento. Digamos que cada uno de ellos acude al matrimonio con la «esperanza» de que el otro le libere de sus propios conflictos. Ambos creen estar asegurados por el consorte en la defensa contra sus propias angustias, hasta el punto que creen posible y accesible una satisfacción de la necesidad en una medida jamás alcanzada hasta entonces. En esta simbiosis prolongada fracasa el intento colusivo de curación individual a causa de la vuelta de lo desplazado. Las partes transferidas al otro cónyuge acaban volviendo, incrementadas al propio Yo (Dicks, 1967; Puget, 1997; Puget y Berenstein, 1988).

Por lo tanto, el conflicto conyugal no es sino la expresión incrementada del intento fracasado de curación individual que cada miembro pone en el otro.

De forma resumida, la colusión se compone de varios elementos:

1. Un conflicto básico semejante no resuelto por los cónyuges les lleva a realizar un juego relacional secreto.
2. El conflicto común les lleva a repartirse los roles opuestos que forman un todo.

3. Uno de los integrantes de la pareja intenta autocurarse ejerciendo un rol progresivo y el otro un rol regresivo.

4. Estas conductas progresivo-regresivas favorecen la atracción y el aferramiento en la pareja, pues esperan que el otro les libere de su conflicto básico y les satisfaga en sus necesidades.

5. Si la convivencia es duradera, el intento de curación colusiva fracasa reapareciendo en uno mismo lo depositado en el otro.

En este sentido, según Willi (1975), existirían cuatro tipos básicos de colusión, que se corresponden con las etapas que Freud propone en el desarrollo psicosexual del niño hasta llegar al complejo de Edipo: Colusión Narcisista, Colusión Oral, Colusión Anal-Sádica y Colusión Fálico-Edipal.

En las relaciones sanas también se da un juego entre la parte progresiva o «adulta» (fortaleza, competencia, acción, etc.) y regresiva o «infantil» (necesidad de protección, amparo, dependencia, ternura, etc.), pero existe un intercambio flexible en el que ambos pueden jugar los dos roles, alternándose en el desarrollo de las actitudes progresiva y regresiva.

Como hemos visto, en gran medida las aportaciones psicoanalíticas al ámbito de la relación conyugal han tenido que ver con una extrapolación de las teorías sobre el conflicto intrapsíquico hacia la díada. Como veremos a continuación, en el aspecto terapéutico, el curso seguido ha sido también similar, en el sentido de tratar de ampliar los recursos terapéuticos hacia la pareja sin perder el enfoque dinámico fundamentalmente.

1.4. El proceso psicoterapéutico

Tal y como señala Nicolò (1995), los instrumentos de trabajo en la psicoterapia familiar son compartidos con las otras opciones psicoterapéuticas y de orientación psicoanalítica. No obstante, el trabajo en la psicoterapia familiar exige una adaptación tanto de las premisas como de los instrumentos. Con independencia de la mayor o menor ortodoxia con la que se aplican los instrumentos derivados del psicoanálisis, lo que sí permanece en general es la idea de que el terapeuta, a través de las entrevistas conjuntas, puede extraer el significado oculto que el conflicto tiene para ambos cónyuges, y que la conciencia (o *insight*) de estos significados se traducirá en un cambio a nivel intrapsíquico y relacional.

El encuadre

Del mismo modo que en el psicoanálisis tradicional, el encuadre es un

aspecto fundamental del proceso terapéutico y es reconocido como uno de los instrumentos para el cambio profundo. En terapia de pareja psicoanalítica, éste se establece al inicio del tratamiento y permanece invariable: fijación y mantenimiento de horarios, honorarios, interrupciones regulares, etc. Habitualmente las sesiones se desarrollan una vez por semana con una duración fija de hora y media y con una interrupción para las vacaciones acordada de antemano. Normalmente el contrato terapéutico no tiene un límite prefijado, como ocurre en otros enfoques de terapia familiar, sino que depende de los logros ocurridos en el proceso terapéutico.

□ La figura del terapeuta

En la misma línea y a diferencia de otros modelos psicoterapéuticos, el modelo psicodinámico otorga gran importancia a los procesos internos del psicoterapeuta por lo que en el trabajo con familias y parejas, del mismo modo que en la terapia individual o de grupo, la formación del psicoterapeuta incluye, habitualmente, el trabajo personal como una parte importante de la misma. Y es que tal y como señala Nicolò (1991), la postura mental del psicoterapeuta, su orden mental, forma parte de ese marco que permite el desarrollo del proceso terapéutico. Hay que tener presente que desde este punto de vista, la relación terapéutica se considera en múltiples niveles, teniendo en cuenta que, a diferencia de la terapia individual, en la sesión con la pareja existe la presencia real de los dos miembros. Ello conlleva que, sobre la escena terapéutica, se asomen también las relaciones reales de los cónyuges en el aquí y ahora además de las relaciones pasadas (Nicolò, 1995; Pérez Testor, 2000).

Por tanto, las relaciones con el terapeuta son consideradas experiencias potenciales de cambio:

«... así las familia, viviendo una relación diferente en el aquí y ahora, podrá tener experiencia de un cambio relacional. En tal sentido creemos determinante, también en el respeto de la abstinencia analítica, la capacidad del terapeuta para compartir un clima emotivo de calor en las sesiones, de expresar un sentido afectivo de participación en los problemas de la familia, que nos parece cercano a aquella cualidad que se define como capacidad de empatía» (Nicolò, 1991, pág 49).

Empatizar, desde este punto de vista, significa «compartir los sentimientos

y las emociones contemporáneamente, es decir, de cada uno de los miembros al mismo tiempo» (*op. cit.*). Esta postura permite mantener, por un lado, la neutralidad terapéutica, pero además implica tal y como afirma Kremberg (1989), «la capacidad para demostrar empatía por lo que el paciente no puede tolerar de sí mismo».

Es además un paso previo indispensable para promover y crear una buena alianza terapéutica. En este sentido, la creación de una relación afectiva es fundamental. El terapeuta establece una relación con cada uno de los miembros de la pareja, pero también con ambos al mismo tiempo y con la interacción que se da entre ellos, la cual puede considerarse sana o enferma, deseable o perjudicial y hacia la cual, además, no podrá dejar de experimentar algún tipo de sentimientos (Puget y Berenstein, 1988).

Este papel de participante afectivo que tiene el terapeuta es de suma importancia para que se produzca un clima emocional positivo que ayude al crecimiento afectivo. La aceptación del terapeuta tiene un doble papel: frente a los sentimientos negativos, la aceptación es justificadora y neutralizadora y el proceso para el paciente es de catarsis. Frente a los sentimientos positivos, la aceptación refuerza los sentimientos, y la vivencia de esa aceptación favorece el crecimiento de los mismos (Dicks; 1967; Livinston, 1995).

❑ Las sesiones conjuntas

Para el psicoanálisis, la terapia conjunta ofrece la posibilidad de desarrollar *in situ* el conflicto y al mismo tiempo, una posibilidad de que ambos cónyuges tengan una vivencia inmediata de la dinámica inconsciente y recíproca de las conductas que despliegan en la relación. Más que sobre el síntoma, trabaja sobre la conducta actual, no sólo del conflicto intrapsíquico, sino también del conflicto interaccional. A su vez el terapeuta tiene que tener en cuenta la circularidad de la situación terapéutica. Cada uno de los miembros de la pareja establece una relación con la pareja y al mismo tiempo, entre sí; y se relacionan, además, con el terapeuta como conjunto, presentando la imagen que están acostumbrados a dar como pareja, como paso previo al descubrimiento de la relación latente más profunda y más conflictiva (Livinston, 1995; Speir, 1978).

Tal y como afirma Abbate (1978), todo este intercambio en la entrevista produce una serie de emociones nuevas: necesidad de aceptación individual, rivalidades y alianzas, que el terapeuta debe aprender a percibir y manejar equilibradamente. Ya que si bien en la terapia individual el terapeuta queda impactado y envuelto emocionalmente, en la terapia conjunta se produce una

amplificación de la emoción. El terapeuta no puede permanecer impasible, debe entrar en la emoción, debe poder participar afectivamente en la misma, sin quedar, sin embargo, envuelto de forma personal.

De este modo, buena parte del proceso terapéutico se cumple a través de esta interacción en la entrevista misma en la cual se va desarrollando a la inversa el proceso del pasado que fue progresivo en la incrementación de la distancia y de los mecanismos negativos. Es precisamente esta interacción acumulativa que se reestructura en un nuevo equilibrio (Snyder y Wills, 1989).

Aunque esta interacción se desarrolla casi espontáneamente entre los integrantes de la pareja, el terapeuta durante la sesión estimula el intercambio y participa afectivamente, con una tácita comprensión y aceptación para ambas partes. Ya hemos señalado que esta actitud funciona en sí misma como receptora de la catarsis y neutralizadora de los afectos negativos. El proceso catártico es dual en cuanto cada una de las partes está en relación con el terapeuta, y es circular, en cuanto que la intervención del terapeuta hace posible que se acepte y comprenda mejor los sentimientos del otro, de modo que el intercambio violento se convierte en catártico y no resulta acumulativo como en la vida diaria (Abbate, 1978).

De nuevo vemos el papel que tiene tanto la postura terapéutica como el conocimiento de los procesos internos que ocurren. La capacidad del psicoterapeuta para elaborar y comprender todo lo que está ocurriendo y de convertirlo en palabras a través de la interpretación determina la posibilidad de que lo comunicado durante la entrevista, adquiera un nuevo significado para la pareja y pueda ser integrado y aceptado (Nicolò, 1991; Puget y Berenstein, 1978).

En este sentido, la interacción en el aquí y ahora, induce una movilización más rápida y más actual porque, como en todo proceso grupal, se produce una pérdida más rápida de las defensas, lo cual favorece el proceso terapéutico. También favorece una vivencia más intensa, que ayuda a la catarsis y a la resolución e integración a un nivel emocional más profundo.

Otros factores de la interacción que promueven una rápida reestructuración y cambio son la vivencia del otro y el nuevo intercambio en la comunicación. La interacción permite que cada uno de los consortes perciba al otro de manera distinta y al mismo tiempo obtiene una imagen de sí mismo diferente también.

Además se produce un nuevo equilibrio en la comunicación, lo cual

significa lograr la capacidad de una expresión clara de los propios sentimientos y la capacidad de escuchar y comprender el mensaje profundo del otro.

El aspecto clave de la terapia desde este punto de vista consiste en la elaboración conjunta del tipo de interacción que se produce entre la pareja, que a menudo conlleva también una parte de elaboración intrapsíquica individual.

1.5. Los instrumentos del cambio

Tal y como hemos señalado más arriba, la entrevista conjunta se considera una situación potencial de cambio al introducir una experiencia conjunta a la pareja que permite la vivencia del otro de manera distinta a la habitual. Junto a esto el terapeuta dispone de una serie de instrumentos que facilitan el cambio terapéutico.

A menudo se observa que estimulando el libre interjuego entre la pareja se elaboran muchos procesos de reestructuración de la percepción, de defensa recíproca, liberación del «chivo emisario», de modificación de la complementariedad. No obstante, existen aspectos que para que sean modificados, requieren otro tipo de intervenciones:

a) La interpretación

En la terapia de pareja la mayoría de las intervenciones se dirigen ante todo y fundamentalmente a la interacción, aunque esto no excluye la interpretación intrapsíquica individual. Es más, se trataría de conseguir que el señalamiento y la interpretación de la interacción alcancen un nivel más profundo llegando al nivel intrapsíquico individual y a las motivaciones y necesidades efectivas individuales involucradas en la interacción recíproca.

Se darían sucesivamente tres pasos. Primero, se interpreta la interacción, a continuación las motivaciones intrapsíquicas individuales y se induce a una elaboración individual que puede abarcar o no a ambos cónyuges en una misma entrevista. Por último se vuelve a la relación analizando la interdependencia de las motivaciones a nivel profundo en la pareja y de repercusión en la interacción. De esta manera el terapeuta tratará de poner en contacto al individuo con aquellos aspectos de su propia historia individual que forjaron los esquemas de relaciones e imágenes de familia y que transporta a la familia actual.

Así se trabaja constantemente en dos sentidos, el horizontal de la

interacción y el vertical de la elaboración individual.

b) El reflejo

El reflejo se utiliza principalmente para promover una expresión fluida, pero también como modo de ayudar a profundizar en la vivencia afectiva y lograr una elaboración emocional intensa, que evita el manejo intelectual del problema y favorece un cambio y una integración más profunda.

c) Los señalamientos

Otro aspecto es el señalamiento a los mensajes no verbales. Normalmente se utilizan cuando se encuentran unidos a sentimientos a punto de aflorar y que son evitados sin que lleguen a vivirse más intensamente.

d) Análisis de la transferencia y de la contratransferencia

Con respecto a la transferencia y la contratransferencia, en general se considera que no es útil realizar interpretaciones transferenciales, o al menos hacerlas teniendo en cuenta que la relación creada es sustancialmente distinta de la que se crea en la terapia individual. A menudo el terapeuta puede explicitar de forma moderada los contenidos latentes de la relación con el fin de aclarar resistencias y fortalecer el sentimiento de aceptación; en otras ocasiones puede ser útil vivenciar la relación junto a la pareja pero sin explicitar sus implicaciones.

1.6. Finalidad de la terapia de pareja

Como se puede suponer, el objetivo de la terapia de pareja desde un punto de vista dinámico no es salvar a toda costa el matrimonio, sino sacar a la pareja del estancamiento colusivo en el que se encuentra inmersa, hacer conscientes los conflictos y que cada uno pueda reintroyectar lo depositado en el otro, pudiendo de este modo, dejar unos roles estereotipados y volviendo su relación más flexible y variada. La terapia debe conducir a la clarificación en la relación aunque esto en ocasiones pueda conducir a la separación de los consortes (Willi, 1975).

2. EL MODELO DE TERAPIA DE PAREJA COGNITIVO-CONDUCTUAL

En líneas generales podemos decir que el enfoque conductual tiene por objeto el estudio de las variables contingentes que condicionan las respuestas futuras. Se trata sobre todo de detectar las relaciones entre situaciones y comportamientos, indicando las relaciones que se dan ante las condiciones de estímulo y de respuesta, y exigiendo el mínimo posible respecto a los aspectos no observables (Cusinato, 1992). Esto no ha impedido, sin embargo, que se hayan tenido en cuenta cada vez más las aportaciones derivadas de las teorías de la comunicación y las teorías sistémicas, incidiendo cada vez más en la relación como «objeto de trabajo» (Bornstein y Bornstein, 1992).

Por otro lado, las terapias cognitivas se han sumado al carro de la posmodernidad y han adoptado progresivamente una postura impregnada por las teorías constructivistas y las teorías derivadas por el construccionismo social. Ello ha llevado a desarrollar a los diferentes autores una postura epistemológica que contrasta con los presupuestos tradicionales derivados de la modificación de conducta y que han derivado en nuevas perspectivas del trabajo cognitivo como son la terapia cognitivo-narrativa (Gonçalves, 1995), la psicoterapia constructiva (Mahoney, 1998) o al desarrollo desde la nueva perspectiva de orientaciones menos novedosas como la terapia de los constructos personales (Feixas, 1995; Feixas y Neimeyer, 1997).

2.1. Variables explicativas de la relación conyugal

Como se puede imaginar, los modelos cognitivos conductuales explican el fenómeno del amor y del enamoramiento en términos de conductas específicas desplegadas por los miembros de la pareja. Como afirman Costa y Serrat:

«El amor es un término que describe un comportamiento complejo, susceptible de ser practicado mediante conductas específicas de tipo cognitivo, emocional y motor» (Costa y Serrat, 1993, pág. 13).

Lejos de explicaciones más o menos románticas del fenómeno amoroso, la elección del cónyuge desde un punto de vista conductual tiene una respuesta general muy simple: amamos a esta persona y la preferimos a las demás porque la relación ganancias-inversiones es superior. En pocas palabras, nuestra atracción está en función de las ganancias que reporta. Cuando se dice que una pareja «está enamorada» nos estamos refiriendo al hecho de que el intercambio de conductas que se establece entre ambos es reforzante o gratificante en algún nivel.

Para los modelos conductuales, el modo en que se inicia una relación y los factores que lo determinan tienen una importancia relativa, no tanta como en el psicoanálisis por ejemplo, donde el inicio de la historia de la pareja es una guía de los conflictos posteriores. Es por ello que las explicaciones acerca del modo en que se inician las relaciones conyugales han sido recogidas desde los estudios realizados desde psicología social (Jiménez Burillo, 1981; Newcomb, 1961).

La base de las investigaciones y del análisis del fenómeno del «enamoramiento» ha estado sujeta a poder determinar las variables que facilitan o dificultan el intercambio de reforzamiento entre dos personas maduras sexualmente. Variables del sujeto tales como la raza, la religión, la clase social, la localización de residencia, los ingresos, la edad, el nivel de educación, etc., están relacionadas con la elección que el individuo realiza de la pareja y parece que las parejas que terminan por consolidarse son muy similares en cuanto a los niveles en que comparten estas variables (Winch, 1966).

La proximidad física de los individuos y la posibilidad de contacto social son también variables que facilitan el intercambio y por lo tanto son variables que permiten un mayor conocimiento del otro y el establecimiento de una relación más estable (Festinger, Schachter y Back, 1950). Parece pues obvio que el contacto frecuente facilita el descubrimiento de puntos comunes, lo que favorece el desarrollo de la interacción y ésta el de la atracción (Thibaut y Kelley, 1959; Zajonc, 1968).

Otros factores de cierta importancia según los estudios en psicología social se refieren al atractivo físico. Según algunos estudios, parece que en los encuentros iniciales entre dos personas, las personas son atraídas por aquellas de apariencia física agradable, así como de que se eligen parejas de atractivo físico considerado similar al que uno supone que posee (Jiménez Burillo, 1981).

Otro aspecto que ha sido estudiado es el de la semejanza y/o la complementariedad como factores que favorecen la atracción y/o facilitan el mantenimiento de la relación de manera más o menos estable. Más que la semejanza de personalidad, parece que los individuos se sienten atraídos por las personas que perciben como semejantes en actitudes, valores y creencias, ya que parece que la percepción de semejanza funciona como un potente reforzador al proporcionar un apoyo a la propia forma de valorar las normas y percibir el mundo (Newcomb, 1961).

Con respecto a la personalidad como factor determinante de la atracción interpersonal, los estudios a este respecto son relativamente nuevos. Así, se ha descubierto que se suele dar una homogeneidad en los rasgos de personalidad de ambos miembros de la pareja. Desde la teoría de la personalidad propuesta por Eysenck, los individuos eligen parejas con índices similares en los rasgos de Psicoticismo (P). Los peores matrimonios, los más conflictivos, se dan cuando hay diferencias sustantivas en Extroversión (E) y Psicoticismo, pero no se encontraba mayor índice de conflicto si había diferencias sustantivas en Neuroticismo (N). En cuanto a la elección de la pareja, se encontraron en las parejas valores similares en N y P, pero no en E. Parece que las parejas tienden a elegirse con similares rasgos de P (García *et al.*, 1993).

TABLA 8
**VARIABLES QUE INTERVIENEN EN LA FORMACIÓN
DE LA PAREJA**

Homogamia	Raza, nivel de educación, edad, ingresos, clase social, etc.
Proximidad física	Mayor probabilidad de encuentros, más posibilidad de intercambio de reforzamiento.
Contacto social	Descubrimiento de puntos comunes.
Atractivo físico	Físico agradable y evaluado como similar al propio.
Complementariedad	Complementariedad de las necesidades actúa como un atractor importante.
Semejanza actitudinal	La semejanza en actitudes y valores como reforzador del propio punto de vista.
Características de personalidad	Índices similares de psicoticismo.

Elaborado a partir de Bueno Belloch, 1992.

Como se observa, uno de los aspectos más interesantes del enfoque conductual es que evita, en la medida de lo posible, recurrir a aspectos internos y difícilmente «observables» para explicar el fenómeno de la atracción. Otro tanto ocurre, como veremos a continuación a la hora de explicar el fenómeno del conflicto conyugal.

2.2. Factores explicativos del conflicto conyugal

Son numerosos los estudios que han intentado identificar los factores que diferencian las parejas sanas de las parejas en conflicto (Birchler *et al.*, 1979; Gottman *et al.*, 1977; Jacobson, 1979). En el inicio de la relación, Jacobson (1979) enumera una serie de variables que son determinantes en esa atracción inicial y que explicarían la aparición o no del conflicto, tales como la elevada tasa de intercambios reforzantes, el carácter restrictivo de la relación al inicio, la ausencia de toma de decisiones importantes, la novedad en la comunicación sexual y las expectativas idealizadas de cada miembro. Cuando la pareja comienza a vivir junta surge una mayor posibilidad de conflicto al cambiar estas condiciones.

Desde el punto de vista conductual una pareja sana se caracterizaría por mantener una relación en la que predomina el intercambio de conductas gratificantes frente a las conductas castigadoras y por poseer suficientes habilidades de comunicación y de resolución de problemas, así como por poseer expectativas realistas sobre la relación y realizar interpretaciones atribuyendo las conductas positivas a factores internos y las negativas a los externos (Bornstein, P. y Bornstein, M., 1992).

La aproximación al estudio de los conflictos matrimoniales desde el punto de vista cognitivo-conductual no se diferencia de la que se realiza de cualquier otro comportamiento humano desadaptativo y causante de malestar para el individuo. Se considera por tanto que está determinado por una serie de determinantes tanto ambientales como cognitivos. Tal y como afirman Jacobson y Margolin (1979), la relación de pareja se produce en un contexto determinado donde las conductas de uno y otro de los cónyuges tienen efectos mutuamente controladores de la conducta del otro. Este control ocurre por la presencia o ausencia sistemática de conductas de ambos miembros de la pareja, gratificantes o aversivas, estableciéndose así un proceso de influencia y control mutuo, recíproco y circular de conductas y consecuencias.

La insatisfacción matrimonial ocurre según Liberman (1987) cuando se intercambian escasas conductas agradables entre los esposos, cuando las interacciones placenteras están limitadas a un solo área, o cuando uno de los miembros de la pareja da muchas más «gratificaciones» de las que recibe.

No obstante, esto sería tan sólo una de las variables que contribuyen al deterioro de la relación. La Tabla 9 nos ofrece un resumen de los aspectos a considerar en la comprensión del conflicto conyugal desde este punto de vista.

Desde un punto de vista más preciso y detallado, la relación de pareja se percibe como una inversión en la que se evalúan los costes y los beneficios de modo inmediato y a largo plazo. La satisfacción de esa relación es un factor clave para el mantenimiento futuro de la misma (Winch, 1958).

TABLA 9
VARIABLES EXPLICATIVAS DEL CONFLICTO CONYUGAL

Intercambio de reforzamiento	Tasa de refuerzos baja Tasa de castigos alta Tasa de refuerzos baja y tasa de castigos alta
Reciprocidad	Impulsividad Castigo recíproco como forma de control Ausencia de paridad en el intercambio
Comunicación	Déficits o inhabilidad en el Emisor, el Receptor o el Mensaje Déficits interpersonales Afecto intenso Creencias interferentes
Resolución de problemas	Déficits en algunos de los componentes básicos para la resolución de los problemas
Errores cognitivos	Creencias distorsionadas Expectativas irreales Atribuciones erróneas

El modelo de intercambio social referido a la relación de pareja presupone que las personas constituyen una pareja y permanecen en ella sólo si esa relación es suficientemente satisfactoria desde una perspectiva de costes y beneficios. Desde este punto de vista, el conflicto de pareja remite a las tasas de refuerzo y de castigo existentes en una determinada relación. De este modo, la teoría del intercambio social postula como premisa que las personas buscan aumentar la satisfacción y reducir la insatisfacción (Werchler y

Piercy, 1996).

❑ La reciprocidad

La reciprocidad se refiere a la tasa de refuerzo que uno recibe con respecto a la que uno emite en la relación de pareja, tanto desde una perspectiva actual como desde una perspectiva a largo plazo. Son varios los factores de reciprocidad a los que hay que prestar una cierta atención. En primer lugar, en el análisis de la secuencia contemporánea de acontecimientos, la norma de reciprocidad predice que uno va a recibir lo que va a dar. Y, en concreto, las parejas en conflicto reaccionan de forma más impulsiva a los comentarios y conductas del otro cónyuge que las parejas bien avenidas (Bornstein, 1992). En segundo lugar, esta reactividad inmediata surge con más frecuencia en el área de las interacciones negativas, en donde recurren más a menudo que las parejas sin conflictos graves a la utilización del castigo recíproco como forma de control de la conducta (Gottman, Markman y Notarius, 1977; Jacobson, Waldron y Moore, 1980). En tercer lugar, los cónyuges manifiestan una gran paridad de conductas positivas y negativas en los intercambios recíprocos que se establecen diariamente (Will, Weiss y Patterson, 1974).

Por último, esta paridad en el tipo de intercambios queda nítidamente reflejada cuando se analizan períodos extensos de tiempo. De hecho, presuponen, desde una perspectiva muy amplia, la naturaleza equilibrada de las relaciones de pareja. Los «ingresos» de buena fe, sin nada a cambio (siguiendo la analogía de la cuenta bancaria) facilitan a las parejas bien avenidas el avance en la relación sin necesidad de obtener una reciprocidad inmediata a cambio (Gottman *et al.*, 1976).

Las parejas en conflicto sin embargo, no han desarrollado la confianza recíproca necesaria para relacionarse con tanta efectividad como las parejas que tienen una historia de «ingresos» positivos realizados positivamente.

❑ Déficits comunicacionales

La comunicación desde el punto de vista cognitivo-conductual no debemos entenderla como un concepto vago que pudiera definir una mezcla más o menos misteriosa de transacciones de, también difícil concreción, sino, más bien, como un conjunto especificable de intercambios de conductas verbales y no verbales. Ambos miembros de una pareja se comunican entre sí en una variedad de formas para transmitirse sentimientos, emociones, peticiones, elogios... Hablan, tocan, sonrían, lloran, etc., siendo cada uno de ellos al mismo tiempo emisor y receptor de mensajes. Para que ese intercambio de mensajes personales fluya de un modo adecuado, se requieren una serie de

habilidades tanto en la parte del que los emite (habilidades de expresión) como en el que los recibe (habilidades de reacción) que a veces no han sido aprendidas o caen en el descuido por parte de los componentes de la pareja. El aprendizaje de esas habilidades de comunicación o bien su reactivación son parte fundamental de la terapia de pareja cognitivo-conductual (Liberian, 1987; Beck, 1988).

❑ Déficits en la resolución de problemas

Otro aspecto estudiado en la aparición del conflicto conyugal tiene que ver con la incapacidad para resolver problemas. Muchas parejas con conflicto muestran una gran dificultad para manejar sus problemas de modo efectivo y originar cambios en la conducta del otro miembro de la pareja cuando tales cambios son deseables. Al parecer suelen utilizar tales parejas tácticas de control basadas en el castigo y el reforzamiento negativo (Jacobson, 1979), es decir, intentan influir en el otro mediante la coerción o la estimulación aversiva del tipo críticas, amenazas, regañinas, chantajes, etc., lo cual a la larga crea insatisfacción, relaciones tensas y evitación mutua.

También suele ocurrir que cuando tales parejas intentan resolver un problema específico, mezclan sus discusiones con toda una serie de problemas secundarios e irrelevantes que son fuente habitual de conflicto. En general se puede decir que las dificultades se originan debido al déficit de los miembros de la pareja en algunos de los componentes básicos necesarios para la resolución de problemas.

❑ Errores cognitivos

Los aspectos cognitivos son otro factor que ha sido tomado cada vez más en consideración. Tal y como afirma Beck (1988), la valoración y estimación que cada cónyuge realiza de la conducta del otro puede venir matizada por hábitos cognitivos erróneos ya adquiridos por uno o ambos miembros de la pareja. Estos errores cognitivos facilitan el desarrollo de suposiciones inadecuadas que no sólo interfieren en la comunicación en la relación, sino que además dan lugar a estados de ansiedad y/o depresión en cada uno de los componentes de la misma (Baucom y Epstein, 1990; Costa y Serrat, 1993; Jacobson y Christensen, 1996).

Dattilio y Padesky (1995) describen como errores cognitivos más frecuentes las creencias irracionales sobre la relación, las expectativas irreales y las atribuciones causales y erróneas como factores altamente determinantes de las conductas que inician y mantienen los conflictos conyugales.

2.3. El modelo de cambio en la terapia de pareja cognitivo-conductual

El modelo de terapia de pareja cognitivo-conductual parte del presupuesto de que mantener la satisfacción en la relación de pareja requiere esfuerzo y entrega por ambos miembros, así como el desarrollo de ciertas habilidades para asegurar una comunicación sincera y constructiva (Beck, 1988). El modelo supone, de forma muy resumida, que la relación se deteriora por un descenso de las conductas gratificantes entre los cónyuges, carencia de ciertas habilidades por parte de uno o ambos miembros y existencia de errores cognitivos. Por lo tanto, mantiene que la satisfacción matrimonial se producirá en el momento en que los miembros de la pareja aprendan y desarrollen todo un conjunto de habilidades.

De ahí que se proponga una actitud fundamentalmente directiva por parte del terapeuta que tiene un cariz educativo, destinado a mejorar las destrezas de cada miembro del matrimonio más que a elicitar *insight* de por qué el matrimonio está equivocado (Lieberman *et al.*, 1987). El papel del terapeuta es el de un técnico que evalúa los déficits y habilidades de ambos esposos y que organiza un programa destinado a proveerlos de aquellos recursos de que están carentes y potenciar las habilidades potenciales. En este sentido, el terapeuta o consultor se asemeja a un maestro artesano que ha adquirido y domina las destrezas básicas de su arte, en nuestro caso la terapia (Golfried y Padawer, 1982). Desde este punto de vista, si bien las características individuales determinan una particular expresión de la aplicación de la terapia, lo que realmente caracteriza al terapeuta es su condición de experto, de dominador de las técnicas más complejas de la psicoterapia (Cormier y Cormier, 1994). Aún así, la consideración de la persona del terapeuta ha evolucionado considerablemente enriqueciéndose de las aportaciones de otras corrientes como la psicología humanista y la psicología existencial e incluso desde el psicoanálisis. Aspectos como el conocimiento del sí mismo, autoimagen, han pasado a tener cierta importancia en el desarrollo del terapeuta cognitivo-conductual.

No obstante estos aspectos personales tienen importancia en cuanto proporcionan una mejora en las habilidades y suponen el conocimiento de una serie de estrategias que facilitan la relación terapéutica, no como en el caso del psicoanálisis donde esta información es fundamental para el trabajo con la transferencia, concepto éste que sin ser desechado totalmente, no se

considera de importancia en el trabajo desde el modelo cognitivo conductual (Cormier y Cormier, 1994).

En este sentido, la evaluación de la relación conyugal se convierte en el primer e ineludible paso en la intervención como corresponde al enfoque del que se deriva este modelo. El proceso de evaluación en la terapia cognitivo-conductual comprende la realización de entrevistas conjuntas e individuales, así como la utilización de inventarios y cuestionarios. El proceso de evaluación es continuo, de manera que en ocasiones el rumbo de la terapia puede cambiar si durante el desarrollo de la misma aparecen nuevos datos o si se plantean nuevas dificultades que no aparecen al principio de la terapia. El objetivo de la evaluación sistemática del conflicto de pareja es mejorar la efectividad del tratamiento, pero también establecer las bases empíricas para valorar la eficacia terapéutica (Lieberman *et al.*, 1987).

Durante el proceso de evaluación se trata de conocer la problemática específica de la pareja para diseñar un tratamiento «a medida» y además se debe verificar si las estrategias y recursos técnicos utilizados en la intervención posibilitan los objetivos marcados. Es por lo que habitualmente se incluyen tanto entrevistas conjuntas como individuales con el objeto de recopilar la mayor cantidad de información útil para el tratamiento como impresiones acerca del modo de interactuar la pareja, evaluar el grado de compromiso de ambos cónyuges para el trabajo en común, comprobar si el único problema que presenta la pareja está en la relación o por el contrario alguno de ellos o ambos presentan algún trastorno psicológico (depresión, alcoholismo...) que obligue a un tratamiento específico antes de proseguir con la terapia, etc.

Para ello los programas de intervención se sirven de diferentes tests y cuestionarios que permiten la identificación de problemas comunicacionales, detección de conductas desagradables y agradables, detección de pensamientos disfuncionales y creencias distorsionadas acerca de la relación, e identificación de áreas sanas y áreas de especial conflicto en la relación. Un ejemplo de la enorme producción que se ha realizado en este campo lo constituye el manual de Touliatos y sus colegas (Touliatos *et al.*, 1990) en el que recogen 976 instrumentos que miden diferentes aspectos de la vida familiar y conyugal.

De la información recogida en la fase de evaluación depende la posterior intervención a cargo del terapeuta. En general, los programas de entrenamiento en terapia cognitivo- conductual incluyen de forma habitual el

entrenamiento en habilidades de comunicación (Baucom y Epstein, 1990; Jacobson y Margolin, 1979), la resolución de problemas (Bornstein y Bornstein, 1992), la planificación del tiempo libre (Cáceres, 1994; Liberman *et al.*, 1987), reestructuración cognitiva (Baucom y Epstein, 1990; Fallon, 1991; Jacobson, 1991) o el control de conductas específicas a través de los métodos derivados de la modificación de conducta («*time out*», retiro de atención, etc.) (Costa y Serrat, 1993; Jacobson, 1979; Liberman, 1987); técnicas cuyo desarrollo se ha producido en la terapia del sujeto individual y que han sido convenientemente adaptadas al contexto de la vida conyugal (Feliu y Güell, 1992).

En definitiva nos encontramos ante un modelo altamente estructurado que en la última década se ha visto enriquecido con las aportaciones posmodernistas del constructivismo y del construccionismo social y que entre sus aportaciones más importantes se encuentra el desarrollo de instrumentos psicométricos dirigidos a la evaluación de diferentes aspectos de la relación de pareja, el interés por buscar un apoyo empírico a las técnicas y estrategias de intervención, y la sistematización y estructuración de los programas de intervención que, entre otras cosas, han dado lugar a numerosos manuales de autoayuda y programas de mejora de salud conyugal autoaplicados.

3. EL MODELO SISTÉMICO DE TERAPIA DE PAREJA

3.1. La pareja funcional y disfuncional

El acercamiento al estudio de la pareja desde un punto de vista interaccional se realiza teniendo en cuenta que se trata de un subsistema que pertenece a otro mayor, el subsistema familia r. En realidad, los subsistemas son reagrupamientos particulares de miembros del sistema general que se realizan teniendo en cuenta las relaciones peculiares y vínculos específicos que mantienen los miembros entre sí. Por ello, se entiende que aun manteniendo relación con los demás miembros del sistema, éstos establecen un tipo de intercomunicación diferente o peculiar, al tiempo que ocasiona la organización en estructuras particulares. En el caso que nos ocupa, hablamos de subsistema conyugal para referirnos al integrado por los dos miembros de la pareja y que se establece a través de un vínculo afectivo que los ha unido para compartir intereses, metas, objetivos y aspiraciones (Ríos, 1994).

En el estudio de la dinámica y estructura del subsistema conyugal, así como para comprender cómo se derivan los conceptos de pareja o subsistema conyugal funcionales, se han tenido en cuenta los conceptos derivados de la teoría general de sistemas, de la teoría de la comunicación y del ciclo vital. Desde el punto de vista de la teoría de la comunicación, la pareja sana se caracterizaría por lo que Jackson (1977) denomina relaciones paralelas, ya que en ellas se presentan a su vez interacciones simétricas y complementarias. La pareja sana practica un tipo de interacción paralela en la que cada esposo determina áreas en las que se comporta habitualmente de una manera simétrica y otras en las que se comporta de una manera complementaria.

Durante el estudio de la relación de pareja se ponen de manifiesto una serie de aspectos que si bien no son exclusivos de la relación matrimonial, sí son de gran importancia para determinar lo característico de una relación sana de pareja. El primero de estos aspectos tiene que ver con el proceso de autodefinición que cada miembro hace ante el otro y el segundo con el

proceso de definición de la relación (Watzlawick, *et al.*, 1967; 1994). Durante tal proceso se decide conjuntamente qué tipo de conducta comunicativa ha de prevalecer en ella, seleccionando cierta clase de mensajes y poniéndose de acuerdo en su utilización. El acuerdo no es estático, sino que puede ir evolucionando conforme uno u otro de los miembros que componen la pareja, o las condiciones ambientales, introduzcan o impongan algún cambio en el sistema (Jackson, 1971). En el modelo de definición de la relación ideal, los dos miembros de la pareja estarían siempre de acuerdo en el tipo de relación que quieren mantener (simétrica o complementaria), su comunicación sería siempre correcta, es decir, coinciden en lo que dicen (nivel de contenido) y en cómo lo dicen (nivel de relación), y además se pueden metacomunicar, esto es, hablar acerca de su comunicación.

Íntimamente relacionado con lo anterior se encuentra el tema de las normas y de las reglas. En la pareja sana las normas regulan las relaciones dentro del sistema y constituyen el «contrato de interacción» (Sager, 1980). Para Sager, éste se refiere al conjunto de normas y reglas de conducta, de maniobras, tácticas y estrategias elaboradas conjuntamente a lo largo de la relación y que puede contener elementos positivos y negativos, es decir, que se ocupa de establecer de qué modo una pareja procurará satisfacer conjuntamente sus objetivos individuales. Las normas y reglas se encargan de favorecer el desarrollo de la relación y de los individuos que la forman. Su negociación más o menos explícita tendrá como resultado que se establezcan límites adecuados, que se haga un reparto adecuado de los roles a desempeñar, que se revisen los términos en que produce la relación a nivel de forma y de contenido, etc. En definitiva, la mejor manera de conocer la estructura de una relación conyugal (y familiar por extensión) es conocer las normas y reglas que lo regulan. Asimismo, modificar la estructura de una relación pasa por conocer y modificar las normas y reglas (Haley, 1974; Jackson, 1980).

El aspecto estructural que regula las relaciones familiares ha sido ampliamente descrito por Minuchin en distintos escritos en los que pone de manifiesto cómo el conocimiento de las reglas familiares dibuja un mapa en el que es posible conocer los límites y jerarquías que determinan las transacciones familiares. Para Minuchin, la pareja sana establece unos límites firmes con respecto a otros subsistemas y el poder queda claramente definido a través de la ausencia de coaliciones entre los miembros de distintas generaciones. Los diferentes momentos del ciclo vital ponen a prueba la flexibilidad del subsistema conyugal que debe conjugar el mantenimiento de

la integridad del sistema conyugal y la evolución y el desarrollo. En la medida en que la pareja resuelve las tensiones evolucionando hacia un sistema más desarrollado y sin hacer síntomas, estaríamos hablando de una familia sana. En este sentido las crisis pueden desembocar en un crecimiento y desarrollo del sistema familiar o en un estancamiento y tendencia al mantenimiento del *statu quo* (Minuchin y Fishman, 1985). La siguiente tabla (Tabla 10) resume las características de la pareja sana en contraposición a la pareja enferma o disfuncional:

TABLA 10
**PAREJA SANA VS. PAREJA DISFUNCIONAL SEGÚN
 LOS PRESUPUESTOS SISTÉMICOS**

	PAREJA SANA	PAREJA DISFUNCIONAL
LÍMITES	Claramente definidos hacia el interior y el exterior	Excesivamente rígidos o permeables
HOMEOSTASIS	Tiende al equilibrio	Inestable
INTERACCIÓN	Paralela (simétrica y complementaria)	Simétrica o complementaria
AUTODEFINICIÓN	Confirmación o rechazo	Desconfirmación
DEF. DE LA RELACIÓN	Clara	Confusa
COMUNICACIÓN	Coincidencia del nivel de contenido y el nivel de relación	Paradójica (contradicciones en los niveles de relación y contenido)
METACOMUNICACIÓN	Sí	No
NORMAS y REGLAS	Favorecen el desarrollo del grupo y facilitan las relaciones fluidas	Impiden la fluidez en la relación y dificultan el desarrollo del grupo

En sus comienzos, la Escuela de Palo Alto describió el síntoma familiar como una manera de salvaguardar la identidad del grupo familiar frente a la amenaza de la desintegración, amenaza que podría sobrevenir ante la dificultad del sistema familiar para hacer frente a los cambios propios del ciclo vital a los que se ve expuesta la familia, enfermedades, muerte de algún miembro de la familia, cambios de residencia, etc. El síntoma era pues una manera de mantener la integridad del sistema y el individuo portador del mismo (paciente identificado) no es más que la señal inequívoca de que el sistema se encuentra en peligro (Watzlawick, 1976; 1980).

En el caso de la pareja, el comienzo de la relación constituye todo un ciclo

vital en el que juegan un papel importante actitudes personales de los miembros integrantes de la misma, así como los estados emocionales que les envuelven. De la manera de afrontar y resolver los problemas que se generan y de cómo son utilizados para generar un desarrollo y evolución de la pareja dependerá en parte su capacidad para resolver situaciones conflictivas futuras (Ríos, 1994).

Otra fuente importante de conflictos en la relación conyugal puede explicarse desde el punto de vista comunicacional. Los síntomas pueden ser considerados mensajes de relación que tratan de desencadenar en el otro un cambio emocional que no se ha podido producir a través de la emisión de mensajes de contenido (Lieberman, 1976).

El ejemplo más importante acerca de esto es el descrito por la teoría del doble vínculo, que explica una experiencia comunicacional que se hace presente cuando en un mensaje determinado hay más de un nivel de comunicación, niveles que discrepan o son incongruentes (Satir, 1982). Esta situación, descrita por Bateson, Jackson, Haley y Weakland en 1956 durante el trabajo con esquizofrénicos, ha llevado a postular que los síntomas psicóticos y neuróticos eran la forma de respuesta aparecida cuando el individuo se ve sometido a interacciones comunicacionales de doble vínculo durante períodos de tiempo muy prolongados (Watzlawick, 1973).

De todo lo anterior se deriva que muchos de los conflictos conyugales son explicables desde los aspectos comunicacionales. Los modos y estilos de comunicación que los cónyuges emplean determinan en gran medida el grado de salud de la relación conyugal. Una interacción sana depende fundamentalmente de la capacidad de los cónyuges para relacionarse de manera directa. Cuando la capacidad para comunicarse se ve afectada por cualquier motivo, la relación comienza a empañarse de confusión y ambigüedad, dando pie a la interpretación libre y equivocada de las conductas del otro.

Esta situación ha sido descrita por Lidz (1958) que utilizó los conceptos de cisma y sesgo para referirse al correlato patológico de los estilos comunicacionales complementarios y simétricos que parecen caracterizar determinados tipos de relación marital con cónyuges esquizofrénicos y que han servido de modelo para comprender determinados tipos de interacción conyugal anómala. En el cisma marital la pareja está quebrada verticalmente. La lucha por la igualdad y la oposición permanente producen una fractura y la relación continúa en ese estado: dividida, disociada. Marido y mujer no se

acompañan en sus respectivas necesidades adultas, la interacción así configurada incrementa los respectivos problemas emocionales; progresivamente, pueden privarlos de todo sentido de realización y transformar la pareja, a la postre, en un encuentro hostil en los que los dos resultan perdedores (González, 1986). En contraste con los matrimonios que exhiben un cisma abierto, estaría la relación sesgada, en la que predomina la complementariedad como ocurre por ejemplo en las relaciones sadomasoquistas (Abbate, 1978).

A modo de conclusión podemos decir que desde un punto de vista sistémico la disfunción conyugal puede venir dada por una «anómala» construcción en el sistema conyugal en su inicio o como una inadecuada respuesta a las condiciones evolutivas normales. Estas dificultades estructurales son «visibles» a través de la manera en que se manejan límites y normas dentro de la relación conyugal. Por otro lado y en relación con la dinámica conyugal, la observación del tipo de interacción que la pareja mantiene nos da una visión de la posición simétrica o complementaria, así como de los «juegos comunicacionales» en los que los cónyuges se ven envueltos.

Desde el punto de vista interaccional la relación emergente es lo patológico. Aunque no se descarta la posibilidad de una patología individual, se reconoce que la interacción que nace de dos individuos puede ser patológica siendo ambos «sanos» separadamente, y por lo tanto es el objeto de la terapia. La patología en uno de los miembros puede considerarse como un modo utilizado por unos de los cónyuges para reequilibrar el sistema ante la amenaza de desintegración.

Ahora bien, si por un lado en la terapia sistémica se comparten en mayor o menor medida lo dicho hasta el momento, diferentes autores han puesto el acento sobre unos aspectos en vez de otros, o bien han ampliado lo esencial, dando como resultado diversos modelos de terapia familiar sistémica y una gran variedad de estrategias y técnicas de intervención. De ello y de su relación con la terapia de pareja hablaremos a continuación.

3.2. Las Escuelas de Terapia Familiar Sistémica

En el siguiente apartado describiremos brevemente las principales escuelas de terapia familiar intentando trasladar esa postura general al ámbito concreto de la pareja, aun a sabiendas de que tal distinción puede resultar algo

artificial, ya que la pareja es considerada uno de los subsistemas dentro de la familia y por lo tanto, el acercamiento de las escuelas a la problemática conyugal no difiere sustancialmente del que se hace a los problemas familiares en su conjunto, variando tan sólo los contenidos de los temas de los que se ocupa la terapia y el número de participantes en la misma.

1. El Modelo del MRI (Mental Research Institute) de Palo Alto

El Modelo del MRI (Mental Research Institute) de Palo Alto se caracteriza, básicamente, por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas.

El punto de partida del grupo es que una dificultad se convierte en un problema (algo patológico), cuando se intenta resolver de manera equivocada y, después del fracaso, se aplica una dosis más elevada de la misma solución ineficaz. Por tanto es la persistencia en una solución intentada ineficaz, la que lleva al agravamiento y al mantenimiento del problema (Watzlawick, 1980; Watzlawick *et al.*, 1974). El objetivo de la terapia es conseguir cambiar el tipo de soluciones intentadas por la familia para de ese modo romper la secuencia sintomática y producir el cambio terapéutico.

Así por ejemplo, una esposa puede tratar de impedir que su marido beba a través de reproches, enfados, intentos de control, etc. Ante lo cual el marido reacciona buscando estrategias cada vez más hábiles para escapar al control y bebiendo para «evadirse» de las «broncas y problemas en casa».

Las aportaciones principales del Grupo del MRI a la terapia de pareja se relacionan sobre todo con el desarrollo de un gran número de técnicas de intervención y en el desarrollo de un modelo muy estructurado y sistematizado, cuya eficacia se basa en la habilidad para desarrollar estrategias adecuadas que persuadan al matrimonio para que lleven a cabo las prescripciones del equipo. Éstas se realizan normalmente al final de la sesión y constan habitualmente de una redefinición de la situación problemática y de tareas para realizar en casa.

El «arsenal» terapéutico desarrollado por el MRI es muy amplio y comprende redefiniciones, tareas directas y paradójicas, técnicas de persuasión para que la pareja «compre» la tarea, metáforas, ordalías (pacto del diablo) y técnicas hipnóticas derivadas de la hipnoterapia de Milton

Erickson. El siguiente cuadro (Tabla 11) resume las estrategias de intervención más importantes.

El objetivo de todas las intervenciones del MRI es el mismo: romper la secuencia patológica, sustituir una secuencia por otra (cambio de tipo 2), ya que se considera un fracaso que cambien los papeles de un juego relacional pero persistiendo el mismo juego (cambio de tipo 1). Por lo tanto, la meta es bloquear la secuencia patológica y forzar la aparición de otras nuevas, lo que en su terminología significa el abandono de ciertas pautas de solución de problemas y el ensayo de otras (Navarro, 1985).

TABLA 11
PRINCIPALES TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN
DEL MODELO MRI

TIPO DE PROBLEMA	TECNICAS DE INTERVENCIÓN GENERALES	TECNICAS DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICAS
Forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente	NO APRESURARSE PELIGROS DE UNA MEJORÍA UN CAMBIO DE DIRECCIÓN CÓMO EMPEORAR EL PROBLEMA	Provocar el síntoma deliberadamente
Dominar un acontecimiento temido aplazándolo		Adoptar una postura de inferioridad
Llegar a un acuerdo mediante coacción		Paradojas
Conseguir sumisión mediante libre aceptación		«Interferencias» o «Confusión de señales»
Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa		No apresurarse
El paciente se esfuerza mucho por superar el problema		
Pacientes pasivos		
Siempre que hay cambios y mejorías		
El paciente no realiza la tarea		Peligros de una mejoría
Ansiedad		
Fracaso de las intervenciones anteriores		Un cambio de dirección a través de la opinión de un «experto» Cómo empeorar el problema Ordalías

Fuente: Ochoa de Alda, 1995, pág. 49-53.

El trabajo del MRI ha influido enormemente en el resto de los modelos de terapia sistémica y ha aportado a la terapia de pareja una gran cantidad de

estrategias de intervención para detener el conflicto conyugal.

2. El modelo estructural

Por otro lado se encuentra el modelo de Salvador Minuchin, centrado principalmente, en la estructura familiar. Según este enfoque, los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en sus estructuras que se ponen de manifiesto a través de dos variables sobre todo: los límites, que implican reglas de participación; y las jerarquías, que encierran reglas de poder. Los conflictos maritales serían la consecuencia de una alteración de estos dos aspectos en el ámbito de la pareja como consecuencia de la dificultad para el matrimonio de reestructurarse a medida que avanza por las diferentes etapas del ciclo vital. Para Minuchin, la transición de una etapa del ciclo vital a otra puede producir un alto nivel de estrés, al que muchas parejas responden de manera disfuncional aferrándose a pautas adaptativas antiguas que son inservibles en el momento vital presente y produciendo síntomas que impiden la evolución natural del sistema familiar (Minuchin, 1977). De este modo el síntoma se mantiene por la tendencia homeostática del sistema conyugal a permanecer en el *statu quo*.

Las relaciones conyugales se consideran patológicas cuando existe un patrón de desviación del conflicto y cuando se crean coaliciones intergeneracionales permanentes (Minuchin, 1977). En el primer caso se observa una triangulación de desviación, de forma que dos padres manifiestan ausencia de conflicto entre ellos y se muestran sólidamente unidos contra un hijo individual o una sub-unidad a los que utilizan como «chivo expiatorio». En el segundo caso, se observa una triangulación en la que dos miembros de distintas generaciones se unen en contra de un tercer componente de la familia.

Siguiendo a Navarro (1985), el esquema de actuación que sigue la terapia estructural puede resumirse en la Tabla 12. Esta descripción tiene únicamente un fin pedagógico, ya que como el mismo autor señala (Minuchin, 1977; Minuchin y Fishman, 1981), en la práctica las distintas fases ocurren casi simultáneamente.

TABLA 12

FASES DEL TRATAMIENTO EN LA TERAPIA ESTRUCTURAL

FASES DE LA ACTUACIÓN	ELEMENTOS IMPLICADOS
1) Establecimiento de una relación (« <i>joining</i> »)	Estrategias de relación: – Unión – Mimetismo – Coaliciones – Acomodamiento – Mantenimiento – Rastreo
2) Evaluación – Focalización en los padres – Focalización en una pauta	Variables de evaluación: – Momento del ciclo evolutivo que atraviesa la familiar, fuentes de estrés familiar – Recursos de afrontamiento del momento del ciclo vital, fuentes de apoyo familiar – Tipo de comunicación – Pautas transaccionales – Tipos de límites intra y extrafamiliares, flexibilidad del sistema – Subsistemas, alianzas y coaliciones familiares
3) Intervención – Cambio « <i>in situ</i> » de una pauta – Finalización y tareas	Técnicas: – Reestructuración del espacio – Alianzas – Humor sobre una pauta disfuncional – Exageración de la pauta – Ridiculización – Represión – Sustitución por otra – «Tareas para casa»

Fuente: Navarro, 1985, págs. 215-216; y Ochoa de Alda, 1995, pág. 128.

El objetivo terapéutico que persigue la terapia estructural es cambiar la organización del sistema conyugal, los límites entre subsistemas y dentro del propio sistema conyugal, y las jerarquías, introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida de la familia que sustituyan a las pautas de rigidez y rutina crónicas que caracterizan un sistema patológico. Ello traerá consigo, un funcionamiento conyugal y por ende familiar diferente que posibilite la adaptación a las nuevas exigencias evolutivas o contextuales y por tanto la desaparición o disminución del síntoma, ya que se considera que muchas de las disfunciones familiares desaparecen cuando la organización en el subsistema conyugal mejora (Minuchin, 1977; Minuchin y Montalvo, 1967).

La terapia estructural ha aportado a la terapia de pareja un mayor esclarecimiento de la dinámica conyugal y ha puesto desarrollado conceptos como los límites y el poder de amplia repercusión en la práctica clínica, además de darle una gran importancia al papel del terapeuta y el uso de la entrevista como momento privilegiado para desarrollar el cambio terapéutico.

3. El modelo estratégico

Otro de los modelos fundamentales es el modelo estratégico desarrollado por Jay Haley y Cloé Madanes, es un tipo de terapia familiar y de pareja muy influida por la terapia de Milton Erickson. Este modelo propone que el terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una terapia específica que permita resolver los problemas del cliente, siendo uno de los principales objetivos del tratamiento ayudar a las familias a superar las crisis que enfrentan en su devenir vital (Ochoa de Alda, 1995). El término estratégico hace referencia a la necesidad de prever, permitir y bloquear mediante tareas las secuencias de la familia tendentes a conservar su secuencia disfuncional (Haley, 1980, 1977).

La conducta sintomática es considerada una señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema (que incluye no sólo en la familia, sino la red social más amplia) es confuso y de que existe una lucha de poder entre sus miembros. La organización del sistema se vuelve patológica cuando se establecen coaliciones permanentes entre personas que pertenecen a diferentes niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretas.

Desde este punto de vista, todas las parejas deben compartir el poder y organizarse de tal forma que el control y la responsabilidad se repartan equitativamente entre ambos. A veces la lucha por el poder en la pareja se resuelve generando un síntoma a costa de instaurarse una incongruencia jerárquica en la pareja, ya que el miembro sintomático se haya en una posición inferior, pero domina al otro a través del síntoma al negarse a ser ayudado y cambiar. Los síntomas, por tanto, son considerados actos comunicativos analógicos que ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones interpersonales, por lo que uno de los objetivos del terapeuta es encontrar la especificidad del síntoma, es decir, las razones por las que se ha elegido (Madianes, 1984).

No obstante, el objetivo del tratamiento no se limita al problema presentado en la primera sesión, la concepción del cambio es más amplia. En

palabras de Haley: «El cambio terapéutico es aquel que se produce en los actos reiterados de un sistema autorregulante, preferiblemente que da un paso a un sistema más diversificado» (Haley, 1980).

En la Tabla 13 se resume el formato de primera entrevista que ha sido ampliamente desarrollado por Haley (1976).

De las cinco partes de la entrevista, la primera se dedica a la orientación (definición del contexto) y el establecimiento de la relación. Ahora bien, esa relación no es para que la pareja protagonice su cambio; Haley define el contexto de su terapia y cuida la relación para asegurarse una posición de meta-complementariedad, desde la que permite tanto las maniobras de enfrentamiento como de sumisión (Navarro, 1985).

El control (entendido como una definición clara de la jerarquía) es fundamental en este modelo, donde la eficacia del mismo depende del cumplimiento de las tareas. El objetivo de la terapia sería conseguir una mayor coherencia en la definición del poder dentro de la pareja, de forma que los cónyuges no recurran a los síntomas como método para contrarrestar la pérdida de poder dentro de la pareja (Madanes, 1984).

El protagonismo dado a las implicaciones clínicas derivadas del ciclo vital, la sistematización y la postura comprometida del terapeuta, son algunos de los aspectos más importantes que el modelo estratégico ha aportado a la terapia de pareja.

TABLA 13
**ESQUEMA DEL PROCESO EN LA ENTREVISTA SEGÚN
 LA TERAPIA ESTRATÉGICA**

MOMENTOS DE LA ENTREVISTA		OBJETIVOS
Evaluación	1. Etapa social	Definición del contexto terapéutico Presentación
	2. Definición del problema	Definición clara y conductual del problema Observación de las discrepancias en la forma de ver el problema
	3. Etapa de interacción	Observación del patrón de interacción familiar: Establecimiento de la secuencia familiar
Intervención	4. Definición de cambios	Establecimiento de los objetivos y metas
	5. Finalización de la entrevista	Restaurar la coherencia en la definición del poder: – tareas directas – tareas paradójicas – tareas metafóricas

4. El modelo de Milán

Por último encontramos el modelo paradójico de Milán que surge de las aportaciones realizadas por el grupo compuesto por Selvini Palazzoli, Cecchin, Prata y Boscolo, autores de orientación dinámica que a finales de los años sesenta del pasado siglo adoptan el enfoque de Palo Alto y comienzan a tratar familias con pacientes anoréxicos y psicóticos. Según este modelo, las familias con un paciente identificado en su seno están sujetas a patrones de interacción recursivos, regidos por una causalidad circular. Las secuencias conductuales susceptibles de ser observadas están gobernadas por las «reglas del juego familiar» que incluyen: el mapa de relaciones familiares (alianzas y exclusiones), la regla que parece presidir esas relaciones (lo que está y no está permitido) y la forma en que se define la relación a partir del impacto del síntoma en el sistema familiar.

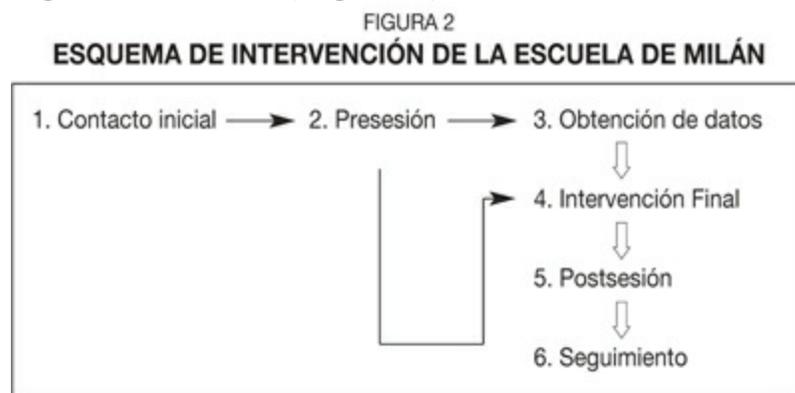
El objetivo terapéutico es modificar la visión epistemológica que la familia tiene de sus propias relaciones y conductas, ya que se supone que el cambio en el sistema de significados y creencias conlleva la desaparición de los síntomas y la instauración de un juego familiar más «sano».

De un modo resumido, en el ámbito conyugal, el cambio se produce cuando se reemplaza el juego de la pareja, esto es, el modo particular en que los cónyuges se relacionan entre sí y con los demás (juntos y separadamente) por otro juego menos perjudicial, ya que toda pareja necesita de un juego que regule su vida como sistema que va aumentando la complejidad a lo largo de su evolución. Aunque afecta a los dominios afectivo, cognitivo y conductual, el cambio más profundo se produce en las percepciones y creencias de la pareja acerca de sí misma como subsistema, sobre los miembros que la integran y sobre los tipos de relación que puede establecer o no con otros subsistemas.

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

Una de las preocupaciones del modelo de Milán ha sido construir instrumentos sistémicos con los que evaluar (diagnosticar) e intervenir, es decir, recursos con los que forjarse una idea del grupo familiar como grupo y con los que impactar al sistema por entero (intervención) o, como sería en nuestro caso, a una parte de él.

Para ello, el grupo desarrolló un esquema de trabajo que podemos ver resumido en el siguiente cuadro (Figura 2):



En el esquema desarrollado por el grupo observamos que antes de la primera entrevista con la familia, el grupo ya ha desarrollado una hipótesis en base a la información recogida en el contacto inicial. Sin esta hipótesis no se comienza la entrevista con la familia. A partir de ahí se desarrollan las entrevistas posteriores que obedecen a los principios de hipótesis, neutralidad, circularidad, territorialidad y temporalidad y que persiguen confirmar o falsear las hipótesis. Precisamente la circularidad define esa

capacidad terapéutica de establecer diferencias y conexiones a través de las preguntas, de forma que confirmen o falseen las hipótesis establecidas. Al explorar distinciones y nexos relacionales en las conductas y creencias de los miembros de la familia se hace explícita información implícita, lo cual puede ayudarles a elaborar el problema y a encontrar por sí mismos soluciones eficaces.

Hacia el final de las sesiones se suele producir una pausa que marca la fase de intervención. En ella el equipo elabora alguna intervención con el ánimo de introducir un cambio en la situación presentada por la pareja y a continuación le es transmitida. Habitualmente las intervenciones suelen incluir connotaciones positivas, redefiniciones, prescripción del síntoma, rituales y metáforas.

No obstante los recursos terapéuticos propuestos para el cambio han ido variando paralelamente a la evolución histórica del grupo, así por ejemplo la intervención paradójica diseñada para anular el doble vínculo patológico, se ha ido abandonando progresivamente a favor de intervenciones ritualizadas. La separación de los miembros originarios del grupo ha dado también lugar a que en la actualidad dentro del mismo formato se pone el acento en distintos aspectos (Ocho de Alda, 1995).

En el ámbito de la terapia de pareja, quizá lo más destacable del grupo de Milán ha sido el interés por desvelar y cambiar los juegos inconscientes que regulan la interacción conyugal en un formato de intervención muy estructurado y que entre sus desarrollos técnicos más importantes se encuentran la utilización de las connotaciones positivas, las tareas paradójicas y el uso de rituales como algunas de las estrategias de intervención de mayor relevancia.

3.3. El proceso del cambio

Tal y como afirman Wittezaele y García (1994), la psicoterapia se ha asociado tradicionalmente con el descubrimiento de sí mismo, con la toma de conciencia de los propios determinismos psicológicos, y con la superación o canalización armoniosa de las pulsiones inconscientes. La terapia sistémica en cambio, propone una visión bien distinta del cambio, hasta el punto de haber sido tachada en múltiples ocasiones como un método superficial y que no trata verdaderamente los problemas psicológicos.

En un primer momento la terapia sistémica trataría de solucionar el bucle

de retroalimentación que mantiene la conducta sintomática, modificar la homeostasis patológica en la que está atrapada la interacción conyugal y transformar los patrones que la mantienen. En definitiva, modificar la forma en que los miembros de la pareja interactúan en el presente, lo cual, a un nivel superior, implica un cambio en las reglas del sistema conyugal (Jackson y Weakland, 1980). Más tarde esta idea se amplía con la noción de que es necesario que las antiguas reglas sean sustituidas por otras nuevas que definen una nueva forma de interacción (Watzlawick, 1984).

La aparición de la diferenciación entre cambio 1 y cambio 2 trajo una nueva consideración de los tratamientos. El cambio 1 es el que tiene lugar dentro de un determinado sistema, que permanece inmodificado. Supone la aparición de un amplio repertorio de comportamientos dentro de los posibles combinados en diferentes secuencias, pero dando siempre lugar a resultados idénticos. Sin embargo, en el cambio 2, cambia el sistema mismo, es un cambio del cambio y conduce fuera del sistema. Este tipo de cambio se da cuando se produce un desplazamiento del punto de observación del sujeto, que pasa a tener una perspectiva elástica, no rígida y con más posibilidades perceptivo-reactivas (Nardone y Watzlawick, 1995). Como comenta Sluzki (1981), «los síntomas y los patrones de mantenimiento constituyen el conflicto», de ahí que el cambio no consista en una resolución de los supuestos conflictos subyacentes, sino en la interrupción y el bloqueo de los patrones que mantienen el síntoma.

Fuertemente ligado al tema de las reglas, pero de un mayor grado de abstracción, es el de «juego», que se infiere a partir de la redundancia de las reglas dentro de un sistema de interacción. Una vez instaurado por ensayo y error, el «juego familiar» funciona como un patrón homeostático, de modo que cada conducta de un participante es una maniobra que tiende a perpetuar el juego. Así, la conducta sintomática de un miembro puede entenderse como una jugada más, como una maniobra que forma parte del juego familiar y a la vez contribuye a mantenerlo inalterado (Selvini-Palazzoli *et. al.*, 1982). En estrecha relación al tipo de juego relacional que desarrolla la familia, se encuentra la noción de epistemología, es decir, el conjunto de creencias que constituye la visión que de sí misma tiene la familia y/o cada uno de sus miembros, algo así como los «mapas cognitivos» que mantienen las personas en sus relaciones (Bateson, 1993).

Autores como Minuchin, señalan además, que el objetivo del cambio no es sólo la desaparición del síntoma, sino cambiar la estructura sistémica

subyacente que suele ser disfuncional a nivel de fronteras entre los subsistemas, de las alianzas y coaliciones, y de las jerarquías (Minuchin y Fishman, 1984).

Para la consecución de esos objetivos la terapia sistémica ha desarrollado una abundante fuente de técnicas de intervención dirigidas a modificar la estructura y la dinámica de las relaciones familiares, y la propia entrevista se ha convertido en un instrumento de intervención (Tomm, 1988a, 1988b).

Por último y para concluir este capítulo, podemos decir que los diferentes modelos de terapia de pareja, si bien tienen muchos aspectos que les diferencian, parten del supuesto de que existe una realidad «objetiva» a la que el terapeuta es accesible a través de su formación y su técnica. El terapeuta puede establecer a priori, una serie de parámetros que definen la «familia normal» y que diferenciaría de la familia anormal o problemática, ya sea teniendo en cuenta los aspectos inconscientes que provocan el conflicto relacional, la reciprocidad en cuanto a las conductas reforzantes o las alteraciones en los límites intergeneracionales o la incapacidad para negociar nuevas reglas de funcionamiento familiar. El terapeuta es, en estos casos, un experto que tratará de modificar el sistema familiar en busca de un acercamiento a esos modelos de normalidad a través de toda una serie de estrategias y técnicas terapéuticas.

En el siguiente capítulo expondremos la base epistemológica de la que surge la terapia sistémico constructivista y las diferencias con respecto a otros enfoques psicoterapéuticos, y se describirá la técnica del Equipo Reflexivo como una estrategia terapéutica que encaja con este enfoque y persigue aumentar la potencia terapéutica a través de la ampliación de alternativas y nuevas perspectivas de la realidad.

Capítulo 3

EL MODELO DE TERAPIA DE PAREJA SISTÉMICO-CONSTRUCTIVISTA

1. DE LA TERAPIA SISTÉMICA A LA TERAPIA DE PAREJA SISTÉMICO-CONSTRUCTIVISTA

Tras lo visto en el capítulo anterior, podríamos decir que los modelos sistémicos aparecieron para cubrir un espacio poco atendido por los modelos psicológicos derivados del psicoanálisis y la terapia de conducta, poniendo de manifiesto la gran importancia que los aspectos resultantes de la interacción tienen para comprender los grupos humanos, y abriendo de este modo, una nueva manera de enfrentar los conflictos que presenta la especie humana en su intento de relacionarse de manera «sana». Sin embargo, en esta lucha para comprender al individuo-en-relación, paradójicamente el sujeto quedó, digámoslo así, difuminado y diluido quedando el sujeto individual excluido del interés científico al no poder accederse a la «caja negra». Es ahí donde la aparición del movimiento constructivista introdujo una nueva visión de la realidad al posibilitar un novedoso acercamiento a lo intrapsíquico, lo cual vino a sumarse a una evidencia cada vez mayor de que en el trabajo con las familias uno no tiene más remedio que echar mano de lo intrapsíquico en lo interaccional. De ello resulta que los modelos sistémicos se han ido ampliando en un intento de completarse para abarcar al individuo junto al conjunto hasta el punto de que en la actualidad muchos modelos sistémicos tratan individuos solos o díadas en vez de a toda la familia (Fish, Weakland y

Segal, 1984).

Es a partir de los años ochenta del siglo xx sobre todo, cuando muchos terapeutas sistémicos (Hoffman, 1993; Onnis, 1991; Sluzki, 1985) han ido adoptando progresivamente una perspectiva constructivista, lo cual implica un cambio de énfasis importante: de las secuencias de conducta a la co-creación del significado. Si bien en sus inicios el enfoque sistémico de la terapia familiar y de pareja se centró en la circularidad de las conductas de los distintos miembros de la familia, en la actualidad el interés ha pasado más bien al plano de los significados familiares compartidos de dichas conductas (Feixas, 1989).

Poco a poco el constructivismo se ha erigido en una nueva postura epistemológica que propone que el sujeto (observador) construye activamente el mundo externo, y que la realidad puede ser interpretada de muchas formas distintas, de modo que la idea de adquirir un conocimiento «verdadero» de las cosas se convierte en una ilusión. La posición constructivista contrasta con la tradicionalmente planteada por el objetivismo, posición epistemológica que ha influido de manera principal en el pensamiento occidental y que sostiene que la realidad se representa directamente en la mente del sujeto que recibe, pasivamente, los estímulos del medio (Feixas y Villegas, 1993; Neimeyer y Mahoney, 1998; Von Glasersfeld, 1994; Watzlawick y Krieg, 1995). La posición constructivista supone por tanto un proyecto posmodernista, que abandona casi todos los aspectos desarrollados por la psicología moderna, preocupada por el desarrollo de métodos lógicos y empíricos para descubrir hechos objetivos y verificables respecto a sus materias de especialización (Kvale, 1992). En el campo psicológico, la revolución constructivista ha renunciado a hacer una ciencia que refleje la realidad psicológica sin distorsiones, a cambio opta por el reconocimiento de realidades divergentes, constituidas socialmente y situadas históricamente cuya comprensión no es posible hacerla en términos objetivistas (Neimeyer, 1998). El lenguaje constituye realmente la estructura de la realidad social (Maturana y Varela, 1986) y se convierte en la herramienta a través de la cual el ser humano «construye» la experiencia en un contexto social. Esta perspectiva ha propulsado la aparición de nuevos enfoques en el estudio de la experiencia humana como el hermeneúutico, narrativo, deconstruccionista, retórico y discursivo (McNamee y Gergen, 1996).

La postura planteada por el constructivismo no es nueva. Los orígenes de dicho enfoque se remontan a la antigua Grecia y posteriormente fue

desarrollado de un modo u otro por autores como Vico, Kant y Vaihinger. Lo que resulta novedoso en su emergencia actual es la confluencia que en esta postura encontramos de diferentes campos como la física, la biología, filosofía de la ciencia, cibernética y psicología (Feixas, 1998; Feixas y Villegas, 1993; Watzlawick, 1993).

Ahora bien, dentro de la posición constructivista, es posible distinguir dos corrientes en función de la radicalidad con la que se colocan frente a la existencia real o no de una realidad en sí misma. Para Maturana (1996, 1997), por ejemplo, la realidad no existe independiente del observador, sino que se trata de una «proposición explicativa» o de una hipótesis, mientras que para Kelly, aunque el ser humano sólo puede establecer conjeturas acerca del mundo a través de la percepción, el pensamiento y la ciencia intersubjetiva, éste (el mundo) existe, de manera independiente de la conciencia, de manera estructurada y conexcionada. Estas diferencias ontológicas han dado lugar a dos corrientes dentro del constructivismo denominadas «radical» y «trivial» por Von Glasersfeld (1994) y han influido en el desarrollo posterior de las posturas clínicas planteadas por la corriente sistémica (influida por el constructivismo radical) y la teoría de los constructos personales (constructivismo trivial o crítico) (Mahoney, 1988).

Líderes destacados del movimiento sistémico como Watzlawick, Sluzki, Keeney, De Shazer, Tomm, Hoffman, Penn, Cecchin y Boscolo entre otros, han contribuido notablemente y de manera diversa al desarrollo de una perspectiva constructivista de la terapia de pareja y familia. Sin embargo, el constructivismo no se presenta como una alternativa al modelo sistémico, sino como una perspectiva que surge de una reflexión epistemológica que abarca el uso de muchas de las intervenciones sistémicas. Esta reflexión, iniciada por el propio Bateson, sugiere que el conocimiento humano no resulta de una representación mental e individual de la realidad, sino que es activamente construido por el individuo en un contexto familiar y sociocultural concreto. Bateson se interesó particularmente por el estudio de las premisas implícitas que guían la adquisición del conocimiento y nuestra conducta (Bateson, 1972, 1979). Los biólogos Maturana, Varela y el biocibernético Von Foerster han ejercido también una influencia notable en los terapeutas constructivistas al destacar la naturaleza auto-organizativa de los seres vivos, cuya conducta no resulta directamente de las influencias ambientales, sino de su interpretación o puntuación (Maturana y Varela, 1986; Von Foerster, 1981).

Pero el desarrollo de una postura constructivista en la clínica se debe sobre todo a la obra de Kelly (1955). La teoría de los constructos personales (TCP) es expuesta por el autor en 1955 y en ella expresa una nueva concepción del ser humano tal y como había sido considerado hasta entonces. En ella el autor propone una visión del hombre como un ente que continuamente revisa sus consideraciones acerca de la realidad y, con ello, su manera de actuar ante ella. Todo ser humano dispone de la capacidad para establecer hipótesis acerca del mundo que le rodea y se comporta en base a ellas, cambiándolas si no le son útiles para explicar los acontecimientos en los que se ve envuelto cotidianamente. Esto deriva en la idea de Kelly de que nuestra concepción de la realidad o el modo en que la conocemos varía en función de las interpretaciones que hacemos sobre ella (constructivismo) y cuando las cambiamos sustituimos las anteriores por otras completamente nuevas (alternativismo). A lo anterior Kelly suma la idea de que las personas actúan considerando la realidad como si fuera como ellos creen que es, o sea, se actúa sobre la realidad en función de las ideas previas que mantenemos sobre ellas.

La manera en que el ser humano construye la realidad viene determinada por su sistema de constructos personales que son las dimensiones de conciencia a través de las que conocemos nuestro mundo interno y externo y al mismo tiempo esta construcción determina la forma particular de percepción del mundo que cada individuo hace.

Este axioma central es completado por 11 corolarios o extensiones de dicho axioma que ayudan a completarlo: corolario de la construcción, individualidad, organización, dicotomía, elección del polo del constructo, radio de acción de los constructos, corolario de la experiencia, modulación de los constructos, fragmentación del sistema, corolario de comunalidad y de sociabilidad.

En definitiva, Kelly sostenía que cada individuo dispone de una serie de constructos personales que se organizan de manera peculiar y original para cada uno de ellos, propiciando de este modo una visión particular de la realidad interna y externa. La realidad por tanto, en la medida que es «construida» de manera activa por el sujeto, puede ser interpretada de diferentes formas, postura que es compartida por muchos pensadores constructivistas (Bateson, 1993; Kenny y Gardner, 1988; Mahoney, 1988; Maturana y Varela, 1987; Von Foerster, 1981; Watzlawick, 1984).

No obstante, aunque existan notables diferencias entre la TCP y las

terapias sistémicas (Anderson y Goolishian, 1988; Kenny y Gardner, 1988), ambas posturas coinciden en ver el conocimiento como el resultado de un proceso de construcción en vez de como una representación directa de la realidad y, tal y como enfatizan los defensores del construccionismo social (Berger y Luchman, 1966; Gergen, 1985), el conocimiento se produce en el contexto de una interacción social influida por el lenguaje, la cultura y el ambiente familiar, y el proceso de determinar su validez es un proceso social en sí mismo. Esta posición ha sido adoptada por un número cada vez mayor de terapeutas sistémicos a pesar de que muchos de ellos consideran centrales las primeras formulaciones sistémicas en las que se analiza el problema en el contexto de una secuencia-conducta de los miembros de la familia. Desde este punto de vista, el síntoma tiene una función homeostática en relación con todo el sistema, bien relacionada con coaliciones trigeneracionales (Canevaro y Garrido, 1995; Framo, 1996; Minuchin, 1972), bien relacionada con la solución intentada por la familia para resolver el problema y que perpetúa el problema (Watzlawick, Weakland y Fish, 1974).

En la misma línea, pero desde otra posición, muchos terapeutas de los constructos personales han elaborado un enfoque constructivista para las intervenciones sistémicas (Feixas, 1991; Feixas, Procter y Neimeyer, 1993; Procter, 1981). De ese aspecto precisamente nos ocuparemos a continuación.

2. EL POSMODERNISMO Y LAS RELACIONES FAMILIARES

Tal y como señalan Papp e Imber-Black (1996), antes de que las palabras «constructivismo» y posteriormente «narrativa» ingresaran en el vocabulario de la terapia familiar, los terapeutas ya se venían enfrentando con las historias que las familias

traían a la consulta y con el modo de vivirlas, su «ideología» particular acerca de lo que les pasaba. Ese sistema de significados había sido descrito y usado por una amplia variedad de terapeutas como por ejemplo Ferreira (1963), que acuñó la expresión «mito familiar» y que describe el foco principal alrededor del cual los procesos de la familia se desarrollan; Bagarozzi y Anderson (1996), que describieron el modo en que las mitologías personales de dos individuos se unen para desarrollar un único mito marital que juega un papel fundamental en el desarrollo de las relaciones de pareja; Reiss (1981), que utiliza el término «paradigma familiar» para describir las percepciones de la familia acerca del mundo que le rodea y el lugar de la familia dentro de ese mundo; Feinstein y Krippner (1989), que trazaron un mapa tratando de integrar los mitos personales, los mitos familiares y los mitos culturales, proponiendo los «contra-mitos» como una manera de expandir prerrogativas; Bennett, Wolin y McAvity (1991) publicaron un trabajo en el que mostraban el impacto de los mitos familiares en la selección del consorte y la conducta prematrimonial. Presentaban un modelo de influencia familiar intergeneracional que envolvía la realidad familiar, los mitos familiares y las transacciones interpersonales; Watzlawick (1989, 1993) usó el término «imagen del mundo» y Boszormenyi-Nagy y Sparks «lealtades invisibles» (1994) para describir las mitologías conductoras que guiaban las vidas de las personas.

Otros terapeutas como Steinglass (1978), Papp (1983) o Sluzki (1983) han escrito acerca de los «sistemas de creencias familiares» y de la función adaptativa de las ideologías familiares, cuya dimensión histórica ha ocupado un lugar especialmente importante en los trabajos de Framo (1996), Stierlin (1973) y Selvini-Palazolli y sus colegas (1982). Simbólicamente, las

«premisas» significativas han inspirado la inmensa cantidad de rituales creativos en el trabajo de Imber-Black, Roberts y Whiting (1991), Imber-Black y Roberts (1992) y Andolfi y sus colegas (1985) entre otros.

Sin embargo, probablemente ha sido Lynn Hoffman la autora que mejor ha descrito la evolución del movimiento sistémico hacia una postura sistémico-constructivista. Ya en 1985 la autora manifestaba que su obra de 1981 *Foundations of family therapy*, considerada para muchos el mejor compendio sobre el enfoque sistémico, se encontraba obsoleta en el momento de su publicación al no recoger las aportaciones de la corriente constructivista. En trabajos posteriores, la autora recoge su propia evolución hacia una posición constructivista (Hoffman, 1985, 1988), destacando sobre todo el cambio terapéutico resultante de poner el énfasis sobre los significados compartidos por la familia en vez de en las secuencias de conductas, es decir, a estudiar cómo construyen la conducta diferentes miembros de la familia. Los problemas son explicados como mitos familiares, premisas o sistemas de creencias familiares que son coherentes con las conductas sintomáticas, recogiendo de este modo una tendencia que ha sido desarrollada de manera paradigmática por el equipo de Milán formado por Boscolo y Cecchin (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987) y que ha quedado plasmada en la noción de «sistemas determinados por el problema» de Goolishian (Anderson y Goolishian, 1992) y en multitud de aplicaciones clínicas.

La misma autora destaca los puntos coincidentes del enfoque sistémico y constructivista (Hoffman, 1988):

- a) No hay una creencia en la realidad objetiva. Los problemas existen en el reino de los significados.
- b) Cambio del foco de conductas a ideas.
- c) El problema crea el «sistema». En este punto se postula la inexistencia de una unidad de tratamiento absoluta como el «sistema familiar», sino que se tiene en cuenta al grupo de personas que conversan acerca del problema.
- d) El terapeuta está por todos y para todos. Desde esta posición el terapeuta trata de encontrar el sentido a todas las posturas encontradas en el sistema conversacional por encima de las posturas personales que tenga, adoptando una postura de neutralidad, pluralidad o multiparcialidad.
- e) Relativa ausencia de jerarquía. La posición acerca de la ausencia de

una interpretación de la realidad más verdadera que otra hace que el terapeuta se coloque como «otro más» en la conversación.

f) Decremento en el énfasis sobre aspectos del poder y del control. Más bien se opta por aquellas posturas terapéuticas que propician un reparto equitativo del control y del poder que a menudo se atribuye al terapeuta y a la terapia.

g) Tendencia a inhibir la intencionalidad. La tarea del terapeuta es la de crear un contexto comunicacional donde se puedan producir sistemas conversacionales menos patologizantes más que aplicar determinadas técnicas que propulsan el cambio.

En cualquier caso, la nueva perspectiva señalada por Hoffman (1988) apunta a una serie de aspectos que diferencian este modelo psicoterapéutico de otros con mayor tradición. En los siguientes apartados profundizaremos precisamente en esos aspectos o cualidades del enfoque sistémico y constructivista que le diferencian y pueden ser considerados como las aportaciones más importantes al campo de la psicoterapia.

2.1. Una segunda observación: cibernética de la cibernética

Como se ha señalado, la ciencia clásica se había propuesto como misión investigar el mundo en su realidad objetiva, independiente de lo humano. Eso significaba que para llegar a ese mundo objetivo, sin sujeto, debía ser alejada de ese mundo toda contaminación subjetiva, por lo tanto también el observador. Sin embargo, desde comienzos del siglo pasado, se multiplicaron las dudas sobre la posibilidad de realización de ese propósito. Se comenzaba a comprender que un universo del que se había expulsado todo lo subjetivo, precisamente por esa razón dejaba de ser observable (Watzlawick, 1991). Von Foerster ha desarrollado profundamente las implicaciones de esta posición. En su artículo «Cibernética de la cibernética» (1979) pone de manifiesto que la búsqueda de la objetividad no tiene sentido dada la imposibilidad de abstraer al sujeto de la propia observación y de la inevitable tendencia del observador a incluir en las descripciones que hace sus propias propiedades, proponiendo un marco conceptual que se ocupa no sólo de lo observado, sino también del observar (Von Foerster, 1991).

Estas argumentaciones son de gran repercusión para la práctica

psicoterapéutica. En el desarrollo de la psicoterapia la relación terapéutica ha sido concebida como una situación privilegiada para la observación y manipulación de las variables que rodean a los pacientes, siendo el terapeuta un técnico provisto de un marco teórico que le permitía manipular el sistema que observaba como un agente «externo», no «contaminado» y en definitiva «objetivo».

Autores como Watzlawick, han desarrollado en profundidad las implicaciones de estas premisas. Expresiones como «la observación determina el sistema» o los continuos ejemplos en los que las expectativas y creencias del observador determinan (o más bien resaltan) los resultados, han derivado en una profunda reflexión acerca del papel de la psicoterapia y del psicoterapeuta (Watzlawick, 1991).

El dilema que plantea la imposibilidad de separar las propiedades del observador de su propia observación es una de las razones que lleva a plantear a Von Foerster la necesidad de desarrollar un método para medir precisamente esa influencia y al mismo tiempo plantear que la verdadera psicoterapia debe incluir el contexto psicoterapéutico pasando de una cibernética de primer orden (o de los sistemas observados) a una cibernética de segundo orden (o de los sistemas observantes) (Von Foerster, 1996).

De la conciencia del terapeuta de su posición en el sistema creado surge la posibilidad autorreferencial del terapeuta y la posibilidad de jugar un papel «autónomo» con el sistema con el que interactúa, estipulando de este modo su propio propósito:

«... parecería claro que la cibernética social debiera ser una cibernética de segundo orden —una cibernética de la cibernética— de modo tal que el observador que entra en el sistema pueda estipular su propio propósito: el es autónomo. Si no lo hacemos así, algún otro determinará un propósito para nosotros... (y) daríamos excusas a aquellos que quieren transferir la responsabilidad de sus propias acciones a otros» (Von Foerster, 1979, pág. 92).

La postura con respecto al contexto terapéutico parece bastante clara. Una postura terapéutica en la que no se tengan en cuenta la posición del observador dentro del contexto terapéutico lleva, inevitablemente, a una descripción «engañosa» de la «realidad» del sistema observado, donde el observador (terapeuta) queda incluido dentro del sistema que pretende

describir y donde las descripciones de la realidad del paciente son más bien «construcciones» del terapeuta determinadas por sus modelos. Por supuesto que la introducción de un observador que observa la observación no resuelve la esencia del problema, pero sí permite agregar perspectivas de los problemas esencialmente diferentes a las que el observador del sistema pueda tener.

Las implicaciones de esta postura también han invitado a los terapeutas que han ido adquiriendo una postura constructivista a desarrollar una postura profundamente reflexiva en la que uno mismo pasa a ser objeto de observación y revisión, y a llevar a los clientes a adoptar esta postura con respecto a las historias que viven (narrativas) (Lax, 1997).

En definitiva, la terapia sistémico-constructivista puede ser considerada, por un lado, como la derivación «natural» de los presupuestos de las formulaciones de la cibernética de los sistemas observantes, aspecto éste apuntado por el mismo Bateson durante sus primeros trabajos pero que no han sido desarrollados hasta más recientemente. Y por otro, como una corriente en la que el terapeuta huye de una concepción determinada de la realidad y que asume que ésta es construida activamente por el sujeto, tomando la idea de que el terapeuta participa de esa construcción en una u otra dirección. Por último, las últimas consecuencias de las formulaciones de este modelo llevan incluso a plantear la renuncia a los modelos teóricos como posturas que determinan la posición del terapeuta y el cambio a una mayor flexibilidad (Cecchin, *et al.*, 1992), aspectos éstos que desarrollaremos a continuación.

2.2. El papel del terapeuta en la terapia sistémico-constructivista

La perspectiva posmoderna, arropada por los enfoques constructivistas, narrativos y del construccionismo social, ha derivado en un cambio radical en la postura tradicional del terapeuta. Los modelos tradicionales en psicoterapia, incluidos los enfoques en terapia familiar, presuponen en el terapeuta la capacidad técnica de «traducir» los problemas planteados por los clientes en términos explicables por los modelos teóricos que manejan los terapeutas. Esta concepción de «experto» por parte del terapeuta es uno de los aspectos que ha sido ampliamente criticado y considerado incompatible con una postura posmoderna que plantea que en la comprensión no hay punto de

vista privilegiado, y que el conocimiento, las experiencias previas o ciertas verdades formadas teóricamente, no pueden convertirse en una limitación para nuestras interpretaciones o para la comprensión de la realidad de los clientes. Esta postura que propugna la «ignorancia» como posición del terapeuta: «implica una actitud general en la que las acciones del terapeuta comunican una abundante y genuina curiosidad» (Anderson y Goolishian, 1992, pág. 49), aspecto este que recuerda enormemente al enfoque desarrollado por Kelly en su terapia de los constructos personales y anteriormente por Rogers y su enfoque centrado en el cliente. No obstante, esta actitud del terapeuta ha sido interpretada por algunos autores como una posición ingenuamente neutral (Efran y Libretto, 1997). Como Tomm (1987) ha señalado, la postura «neutral» nos introduce en una paradoja. La neutralidad como actitud se traduce necesariamente en una conducta (por ejemplo, no influir) que como tal influye sobre el curso de la interacción y que por lo tanto, lo que sí se podría, es manejar diferentes tipos de neutralidad que el terapeuta utiliza para facilitar la conversación terapéutica (Tomm, 1987) o bien podríamos estar hablando más bien de multiparcialidad en la que el terapeuta tiene en cuenta todas las partes (incluida la propia) y trabaja desde todos los puntos de vista simultáneamente (Anderson y Goolishian, 1988):

«Para nosotros, esto es neutralidad, y ésta no significa el no tomar una posición, sino más bien un continuo desarrollo de posturas interpretativas nuevas como resultado de un acto comunicativo dialógico que da lugar a realidades cambiantes» (Anderson y Goolishian, 1988, pág. 61).

Es lo que Glasersfeld (1986) ha apuntado como una disposición del terapeuta para cuestionar los prejuicios propios y tomar en serio las llamadas de atención que aparecen de los clientes, y arriesgarse a ver los propios puntos de vista expuestos, desafiados y cambiados.

Cecchin ha denominado a esta postura como actitud «irreverente» del terapeuta hacia sus propias «verdades»:

«... el terapeuta es un buen ejemplo de una sensibilidad posmoderna en la que se reconoce que el contexto relacional proporciona las posibilidades y las restricciones terapéuticas. Éstas no pueden

predeterminarse en virtud de la validez o la superioridad teórica de un modelo (...) El terapeuta, al igual que los clientes, acude a la terapia provisto ya de ciertas versiones de la realidad. El desafío está en la negociación y en la construcción de maneras de ser viables y sostenibles, que convengan a la familia, al terapeuta y a las formas de obrar culturalmente aceptadas» (Cecchin, 1986, pág. 119).

Desde una postura posmoderna se considera que la gente vive y entiende su vida a través de realidades narrativas construidas socialmente que dan sentido a su experiencia y la organizan (Anderson y Goolishian, 1992):

«... el terapeuta tiene el papel de “artista de la conversación” cuya pericia se manifiesta en el campo de la creación de un espacio de creación que facilite la conversación dialogal. El terapeuta es un participante-observador y un participante facilitador de la conversación terapéutica» (*op. cit.*, pág. 47).

Desde este posicionamiento, la terapia se convierte en un desafío que consiste en demoler lentamente la vieja historia y avanzar hacia una nueva historia, construida en colaboración, que abra nuevas posibilidades para los clientes. Lo original desde este nuevo punto de vista es la actitud del terapeuta que avanza en la construcción de la nueva realidad simultáneamente con la familia y no con una idea preconcebida del cambio terapéutico, sino que es la propia conversación con los clientes la que propicia nuevas posibilidades y aperturas conversacionales. Precisamente de este punto hablaremos a continuación.

2.3. La construcción de narrativas o la importancia de los significados

La terapia sistémico-constructivista ha supuesto un punto de confluencia para dos orientaciones psicológicas de gran importancia. Por un lado ha recogido las aportaciones del constructivismo kelliano y por otro del desarrollo de los planteamientos sistémicos. Ambos enfoques, tal y como señala Feixas (1991), guardan varios puntos en común:

— Los sistemas de constructos personales pueden ser descritos en términos de las propiedades cibernéticas de totalidad, *feedback*, equifinalidad y jerarquía que caracterizan los sistemas abiertos.

— Ambos enfoques reconocen el valor central de la anticipación en la organización de la conducta.

— Ambos enfoques reconocen el papel de la etiquetación (o diagnóstico) en la creación y mantenimiento de los problemas.

— Ambos enfoques aconsejan insistentemente la comprensión y la utilización del lenguaje y la visión del mundo del cliente, aun cuando se transmite una visión o construcción alternativa.

— Ambos enfoques ven la «resistencia» como una construcción del terapeuta en respuesta a los movimientos de los clientes para conservar su organización sistémica.

— Ambos enfoques pueden utilizar las sugerencias pragmáticas como vía para experimentar significados alternativos.

— Ambos enfoques ven la terapia como un proceso orientado hacia la reconstrucción de los significados atribuidos a los acontecimientos.

La integración de ambos modelos y su ampliación ha sido desarrollada profusamente por Ugazio (1998). Para esta autora, la conversación en las familias se organiza en polaridades de significados antagonistas, siguiendo de este modo la posición avanzada por Kelly y ampliada por Procter. Sin embargo, la autora desarrolla este aspecto aún más y nos clarifica la posición del individuo en el panorama de las semánticas familiares del siguiente modo:

1. Cada miembro de la familia construye la conversación dentro de una estructura semántica relevante compartida, que normalmente está formada por algunas polaridades semánticas.

2. Es imposible no definirse —o mejor, no «com-ponerse» con los demás — respecto a una dimensión semántica relevante en el propio contexto relacional.

3. Cada participante en la conversación, «com-poniéndose» respecto a las dimensiones semánticas relevantes de su propio grupo, incrusta su propia identidad en la de los otros miembros del grupo, garantizando así, desde el principio, la «intersubjetividad» (Ugazio, 1998, págs. 53-55).

Con estos principios la autora resume el paso hacia una posición sistémico-constructivista. Desde este punto de vista la familia, como cualquier otro contexto intersubjetivo, se distingue (y adquiere en consecuencia una identidad y especificidad propias) en cuanto que sus miembros construyen la

conversación y, por tanto, la realidad social de un modo distinto a otras familias. Ello conlleva además que a cualquier participante en ese proceso comunicativo le resulta imposible no definirse (o «com-ponerse») respecto a las polaridades semánticas relevantes en su propio contexto de referencia, de modo que todo esto tiene como resultado el que las identidades de los miembros de la familia se hagan interdependientes en la medida en que la organización del significado se hace según polaridades antagonistas:

«Se podría afirmar que cada cual, definiendo su propia posición en el interior de las polaridades semánticas destacadas en su grupo y “com-poniéndose”, por tanto, con los otros participantes de la conversación, da vida a aquel conjunto de procesos a los que tradicionalmente se hace referencia con el término identidad y, al mismo tiempo, incrusta su propia identidad en la de los otros participantes conversacionales» (Ugazio, 1998, pág. 56).

Según la autora, en el transcurso de la conversación, los individuos definen sus relaciones recíprocas, creando así posiciones conversacionales dotadas de relativa estabilidad. Asumir una posición en un contexto conversacional significa disponer de una gama de estrategias o hábitos comunicativos verbales y no verbales, así como de un conjunto de premisas, esquemas, sistemas de creencias y objetivos coherentes con esa posición. Dado que cada cual ocupa una posición en un contexto conversacional, ciertas historias le serán posibles, mientras que otras le resultarán difíciles, inasequibles o incluso «prohibidas» (Ugazio, 1998) y el lenguaje se convierte en el substrato a través del cual se forman las estructuras y roles sociales (Anderson y Goolishian, 1988).

La aplicación de estos conceptos a la clínica sugiere que, en la terapia, se producen una serie de relatos que son el producto de campos lingüísticos que están en interacción (del terapeuta y de los clientes). Y que los sistemas, por tanto, no existen en una realidad externa o determinada unilateralmente, sino que existen en las interacciones a través del lenguaje y en la narrativa teórica y metafórica de las teorías del terapeuta. Es por ello que el sistema a tratar debe incluir a todos aquellos que participan de un mismo contexto donde se comparte un lenguaje común para referirse a un problema determinado (Anderson y Goolishian, 1988).

«El objetivo del tratamiento son aquellas personas que se encuentran en el contexto problemático, aquellas personas que comparten un determinado lenguaje para referirse a lo que ellos definen como el problema, las personas que constituyen el sistema social. El lenguaje que se usa en el ámbito de un problema es el que distingue al sistema, y no el sistema quien distingue al problema [...] es el hecho de hablar del problema lo que constituye el sistema» (Anderson y Goolishian, 1988, pág. 52).

En definitiva, esta postura encaja con lo señalado por Hoffman (1985) en la que afirma que los problemas no existen «dentro» de la familia, o en cualquier otra unidad espacial o socialmente definida, sino que los problemas se hallan en las mentes intersubjetivas de todos los que se encuentran en un intercambio activo de comunicación.

2.4. La terapia como conversación terapéutica

El cambio terapéutico, desde la nueva perspectiva constructivista, se produce como efecto de una nueva narrativa y de la consecuente oportunidad de una nueva gestión de los problemas. El poder transformativo de las narrativas reside en su capacidad de re-narrar los acontecimientos de nuestras vidas en el contexto de un significado nuevo y distinto. Según Anderson y Goolishian (1992), vivimos en y a través de la identidad narrativa que desarrollamos en el diálogo con los demás. Desde el punto de vista hermenéutico, el cambio en psicoterapia exige la creación dialógica de nuevas narrativas. A medida que el diálogo se desarrolla se van construyendo nuevas historias no contadas.

En la medida en que el lenguaje constituye la matriz de cualquier comprensión, la psicoterapia se puede construir como una actividad lingüística en la que la conversación da paso al desarrollo de nuevos significados. Tal y como afirma Villegas (1992), la psicoterapia se puede concebir como un proceso semiótico de construcción de significado a través de un discurso colaborativo en el que se anima a los pacientes a asumir el papel de autores privilegiados de sus propias historias de vida y a los terapeutas se asigna el de coautores o escribas.

En esta misma línea se expresa Sluzki (1997). Para este autor, la actividad como terapeutas consiste en facilitar conversaciones que favorezcan

transformaciones cualitativas en las narrativas que contienen y mantienen los problemas o dilemas o comportamientos sintomáticos que motivan la consulta por parte de los pacientes/familias y que les restringe la posibilidad de evolucionar, resolver o disolver dichos problemas.

A lo largo de las entrevistas que el terapeuta mantiene con los pacientes se producen una serie de conversaciones cambiantes que dan como resultado un grupo organizado que «crea el problema» y que en su continuo desarrollo explora conjuntamente diferentes descripciones (narraciones) no explicitadas hasta ese momento:

«Los discursos de los pacientes son frecuentemente patológicos no por sus condiciones de textualidad, sino por su reiteración infructuosa, por su incapacidad de evolucionar hacia un discurso alternativo y vivificante» (Villegas, 1992, pág. 12).

Las narrativas acerca de la naturaleza del problema que nos trae la familia son sistemas relativamente estables y coherentes (Sluzki, 1997) y es la actitud del terapeuta la que promueve la colaboración necesaria para la construcción de nuevas posibilidades al mundo discursivo del paciente, activando, en lenguaje «vygotskyano» la zona de desarrollo potencial del sujeto en sus diversas dimensiones expresivas: pensamientos, acciones y emociones (Villegas, 1992).

Para Sluzki, la entrevista, y tal vez la terapia en su conjunto, consta de un grupo de actividades que ocurren tanto secuencial como simultáneamente y que permiten al terapeuta incorporarse al sistema conversante:

«(esas actividades)... nos permiten primero, incorporarnos como miembros legítimos de la red que mantiene la historia original (a través de explorar respetuosamente, sin descalificarla, la historia que nos es traída) para luego, progresivamente, reducir la coherencia de esa narrativa, cuestionar su consensualidad, en resumen, desestabilizarla como sistema narrativo, a la vez que realzar o favorecerla para sembrar alternativas. Una vez legitimadas por los participantes, esas alternativas son consolidadas de modo que puedan ser reconocidas, reconstituidas o incorporadas como descripciones dominantes» (Sluzki, 1997, pág. 205).

Desde esta perspectiva, el trabajo en terapia se caracteriza por una continua

exploración que pone de manifiesto los distintos puntos de vista y las historias que dominan en el «sistema consultante» (Cecchin, 1987) y a través de las preguntas se genera nueva información que favorece elementos, ángulos, lógicas y prioridades novedosas en la relación entre historias. El objetivo, para Sluzki, es generar nueva información que desestabilice progresivamente la trama/estructura lógica de las historias dominantes o la dominancia de esas historias en la trama compleja de historias que configuran la realidad de la familia y, además, favorecer la transformación de las historias basadas en el problema en historias mejor formadas que no contienen el problema tal cual ha sido descrito, o contienen soluciones o alternativas constructivas, o desplazan la centralidad de la historia original (Sluzki, 1997, 1992).

La metodología utilizada para producir información e introducir cambios en las historias narradas es muy amplia. A continuación exponemos algunos métodos sugeridos por los principales autores que trabajan desde esta perspectiva.

2.5. El arte de favorecer nuevas historias en las familias

Carlos Sluzki ha sido el autor que quizá ha descrito mejor la forma en que se instrumenta el cambio terapéutico desde una perspectiva sistémica y constructivista. Sluzki considera que un encuentro es terapéutico cuando a lo largo de éste se produce una transformación de los relatos dominantes de la familia, de tal manera que permiten incluir nuevas experiencias, significados e (inter)acciones, y una reducción de la cohesión temática del conjunto de historias sobre los comportamientos problemáticos-sintomáticos (Sluzki, 1992).

Por lo tanto, la labor del terapeuta es la de facilitar cambios en el consenso sobre las historias compartidas por la familia. En el curso de la conversación terapéutica, el terapeuta explora la organización de los relatos colectivos sobre la problemática familiar y, a través de preguntas y comentarios, favorece ciertos tipos de transformación en la naturaleza de los relatos, en la manera de contarlos, y/o en la relación entre ellos. El siguiente cuadro (Tabla 14) recoge las dimensiones principales sobre las que el terapeuta puede actuar para que se operen transformaciones en los relatos ofrecidos espontáneamente por la familia (Sluzki, 1992):

TABLA 14
**DIMENSIONES Y CAMBIOS TRANSFORMATIVOS
 EN LAS NARRATIVAS (Sluzki, 1992)**

TRANSFORMACIONES	
Dimensiones	Cambios
En el tiempo	Estático/Fluctuante Nombres/Verbos Ahistórico/Histórico
En el espacio	No-contextual/Contextual
En la causalidad	Causa/Efecto
En las interacciones	Intra/Interpersonales Intenciones/Efectos Síntomas/Conflictos Roles/Reglas
En los valores	Buena/Mala Intención Sano/Enfermo Legítimo/Illegítimo
En el contar	Pasivo/Activo Interpretaciones/Descripciones Incompetencia/Competencia

Por lo tanto, el terapeuta durante la entrevista, utiliza toda una serie de recursos como la entrevista circular (Tomm, 1987a; 1987b), redefiniciones en positivo y metáforas, connotaciones positivas, externalización (White, 1991), etc., que propician la introducción de elementos de contradicción y ponen de manifiesto todas esas situaciones excepcionales, acontecimientos, ideas, sentimientos e intenciones que los componentes de la familia eligen no tomar en cuenta en la narración de la historia problemática (Galluzzo, 1994). Así pues, la percepción de la diferencia se convierte en el elemento esencial para la formulación de nuevas preguntas y nuevas respuestas que a su vez exige a los miembros de la familia que perciban una contradicción entre dos o más descripciones, convirtiéndose de ese modo en un mecanismo altamente desestructurante de las narrativas ligadas al problema.

De manera simultánea a la desestructuración de las narraciones, el terapeuta realiza una reelaboración de las historias que ésta presenta. La reestructuración puede ser entendida como la propuesta por parte del terapeuta de una reelaboración de las historias que presenta la familia, que tiende a recuperar un valor evolutivo a menudo aprisionado por los mitos familiares, y a «reorganizar» el pasado, permitiendo redefinir aquellos nudos

que con frecuencia se reencuentran en el presente como obstáculos insuperables (Galluzzo, 1995):

«Frecuentemente son nudos anclados en vivencias emocionales intensas que reactivan situaciones de apego/pérdida y que mediante generalizaciones se expanden hasta caracterizar los relatos que se convierten cada vez más en “objetivos” y determinísticos, perdiendo incluso la construcción narrativa a favor de una descripción más rica en atributos y, como tal, pobre en informaciones» (Galluzzo, 1995, pág. 76).

Las nuevas historias propuestas deben de respetar la subjetividad de los individuos y permitir al mismo tiempo la posibilidad de una multiplicidad de interpretaciones, por lo que las metáforas (Selvini, 1982), los rituales (Imber Black *et al.*, 1991) o el Equipo Reflexivo (Andersen, 1996, 1994) son estrategias que introducen un elemento evolutivo en una situación caracterizada por la prevalencia de la homeostasis.

2.6. Los enfoques narrativos

Ahora bien, el enfoque constructivista que hemos presentado hasta el momento se corresponde con el defendido por autores como Neimeyer (1998) cuya posición ha derivado progresivamente hacia un enfoque principalmente narrativo. Para este autor, las narrativas son relatos que implican una secuencia de hechos significativos. La tarea terapéutica consiste en ampliar el discurso narrativo poniendo de manifiesto significados que se habían mantenido ocultos hasta el momento. Neimeyer defiende la idea de que los clientes utilizan las narrativas para organizar y reorganizar su sentido del *self*, es decir, para establecer una continuidad del significado de la experiencia vivida. De este modo, si el terapeuta utiliza las narrativas del cliente, puede facilitar la coherencia personal del mismo. La posición de Neimeyer con respecto a las narrativas puede considerarse similar a las características de un paisaje, siendo el proceso terapéutico el modo en que facilita al cliente la exploración de nuevas características de ese paisaje.

En una posición diferente se encuentra Efran (1994), para el que ofrecer nuevos relatos, abstracciones o «reencuadramientos» es sólo una parte de las posibilidades del cam bio. El objetivo para Efran es el desarrollo de unas

meta-abstracciones útiles, es decir, narrativas y abstracciones sobre la narrativa y la abstracción. Para Efran, siguiendo el símil del paisaje, las narrativas del cliente serían la lente a través de la que se observa el paisaje.

Por último, encontramos otro enfoque en la corriente narrativa defendida por autores como Howard, Nair y Sarbin, que apoyan la postura de que es posible considerar todo el pensamiento humano desde una perspectiva narrativa, sujetándola a los medios de análisis y a la terminología desarrollada para el estudio de la narrativa (Howard, 1991; Mair, 1988; Sarbin, 1986). Desde este punto de vista, la narrativa no es considerada como una categoría subordinada del pensamiento humano, sino como una categoría supraordenada del mismo y por lo tanto las perspectivas defendidas por Efran y Neimeyer pueden ser consideradas diferentes narraciones que emergen de una perspectiva particular de considerar el pensamiento humano que sería la narrativa (Vogel, 1996). Por decirlo de otra manera, el pensamiento humano se traduce en diferentes narraciones, así es posible obtener una narración «psicoanalítica», «conductual» o «constructivista» del ser humano. Por lo tanto, cada una de esas perspectivas no dejarían de ser sino diferentes narrativas de una misma realidad.

Las consecuencias que se derivan de lo anterior es la aparición de dos corrientes básicas que amplían los planteamientos constructivistas a través de la reciente tradición narrativa. Por un lado se encontrarían dos grupos de terapeutas: los que tratan de propiciar una modificación del sistema de constructos de la persona a través de la ampliación de la corriente de significados en las narrativas prototípicas o fundamentales, y los terapeutas que persiguen a través de la terapia una comprensión de las redes de significados que producen las narrativas con problemas, aportando nuevas perspectivas con las que enfocar las historias de vida. En el otro lado se encuentra un enfoque que persigue un cambio epistemológico en el individuo, que abandona no sólo las narrativas anticuadas y problemáticas, sino también el modo en que construye su experiencia.

La terapia sistémica constructivista con Equipo Reflexivo trata de combinar ambos aspectos. Por un lado, la estrategia de entrevista que se utiliza (entrevista circular) propicia la desestructuración y reestructuración en los términos sugeridos por los terapeutas que persiguen una ampliación en los significados atribuidos a los problemas que trae la familia. Por otro lado, la posición de observador del Equipo Reflexivo le permite actuar sobre las reglas que gobiernan el funcionamiento de dos sistemas interactuantes (el

terapeuta y la familia), facilitando una comprensión de la compleja red de significados que surgen de la interacción terapéutica e introduciendo una nueva «epistemología» de la construcción de la experiencia familiar.

3. LA PAREJA DESDE LA PERSPECTIVA CONSTRUCTIVISTA

El establecimiento de un vínculo como el de la pareja humana permite extraer la idea de considerarla como un grupo humano en el que cada miembro comparte con el otro un conjunto de constructos (significados y predicciones) que pertenecen al ámbito de la relación de pareja y que determinan el modo en que ambos miembros se relacionan entre sí y con respecto a los demás como pareja. Este sistema de constructos grupal (de la pareja) se correspondería, en definitiva, con la visión compartida del mundo que tienen ambos miembros y que se asemeja a las premisas de Bateson (1979) en las que habla del conjunto de ideas abstractas y profundas que dirigen la conducta de la pareja como sistema humano.

El sistema de constructos de la pareja se va estableciendo a lo largo de la relación de manera negociada sobre la base de los sistemas de constructos preexistentes individuales, familiares y culturales, y una vez constituido, se regula y organiza de la misma manera que uno individual. Los conflictos conyugales pueden ser entendidos como el resultado de ese proceso negociador. Neimeyer y Hudson (1985) han desarrollado un modelo de las relaciones de pareja basado en la teoría de los constructos personales, y en él sugieren que tanto el desarrollo como el mantenimiento (así como los posibles conflictos) de una relación de pareja se subordinan al principio kelliano de la búsqueda del aumento de la capacidad comprensiva y anticipatoria del sistema. De esta forma, también la elección de pareja se rige por la expectativa que tiene el individuo de elaborar su propio sistema al estar en relación con el otro, por lo que tal elección tiene que ver con «los aspectos del *self* que una persona quiere elaborar».

Procter (1985) también ha trabajado en este sentido dando forma a un modelo teórico basado en el sistema de constructos personales aplicado al esquema familiar. En este sentido, el autor considera que el Sistema de Constructos Familiares (Procter, 1981) se inicia desde el momento en que la pareja comienza la negociación para vivir juntos. A partir de ese momento y en el contexto de la relación, cada miembro ejerce un control sobre el otro de

manera que guía o regula el modo de construcción de la realidad de la pareja. Cada miembro de la pareja cumple su rol en la medida en que el otro le orienta para construirlo, introduciéndose de este modo la relación circular y sistémica entre los miembros de la pareja.

La incorporación de las premisas constructivistas sirve de este modo para enriquecer los planteamientos sistémicos que hasta el momento ayudaban a explicar los parámetros sobre los que se sostiene el funcionamiento del vínculo conyugal, pero aportaban poco al modo en que se gestaba dicho vínculo.

Tal y como señalan García, Garrido y Rodríguez (García, J.; Garrido, M. y Rodríguez, L., 1993) un individuo elige como pareja a aquel o aquella persona que tiene, entre otros factores, un sistema de constructos similar o complementario del suyo, lo que explicaría que le sea fácil iniciar una relación de rol (noviazgo, matrimonio, unión) con esa persona.

«... las personas que se involucran con otra en una relación de rol tan intensa como esta (de pareja), lo hacen porque el marco de concepción de la vida del otro es considerado como compatible o deseable por el primer miembro de la pareja, si no pasaríamos a una relación de amistad y a una distancia mayor entre los sistemas de constructos pudiera no haber ningún tipo de relación de rol» (García *et al.*, 1993, pág. 67).

Vemos pues, que la consideración de la pareja en términos constructivistas introduce la posibilidad, no sólo de conocer la dinámica relacional que establece la pareja como grupo humano, sino además comprender en términos de significados el modo en que dicha relación se estructura y se mueve.

Un paso importante introducido por los planteamientos constructivistas ha sido señalar la enorme transcendencia que tiene el «lenguaje» (constructos) que utilizan las familias cuando hablan de sí mismas. El trabajo con la familia pasa no sólo por comprender la forma en que se relacionan, sino que además conlleva la necesidad de entender los contenidos con que cada uno interpreta (construye) la relación, como señalan Papp y Imber-Black (1996):

«... los temas y creencias existen en un nivel ideológico de funcionamiento y tienen un funcionamiento simbólico más que literal.

El modo en que los temas mitológicos y creencias subverbales influyen en la vida de las personas ha atraído el interés de teóricos y terapeutas a lo largo del tiempo. Este interés ha surgido desde una toma de conciencia de que el camino en el que la ideología familiar regula los procesos internos de la familia, determina sus traiciones, reglas y valores, y configura la calidad de las relaciones interpersonales» (Papp e Imber-Black, 1996, pág. 1).

4. LA TERAPIA DE PAREJA Y EL TRABAJO EN EQUIPO

Las ideas de Kant acerca de la imposibilidad de conocer la naturaleza exacta de la realidad entendida como algo independiente del sujeto han impregnado el campo de la psicología en todos los aspectos, desde las teorías psicoterapéuticas hasta la práctica clínica (Feixas y Villegas, 1993). Del mismo modo, esta particular forma de entender la realidad ha servido de base a lo que se ha denominado como «la nueva epistemología» o constructivismo que a su vez ha influido enormemente en las últimas décadas en la terapia de pareja y de familia.

La revolución epistemológica derivada del constructivismo tiene su importancia, no sólo en cuanto a la ampliación de la realidad que traen los pacientes. Esta nueva epistemología cuestiona también la propia concepción del proceso terapéutico y del papel del terapeuta. La aparición en escena de la llamada «cibernética de segundo orden» según la terminología de Von Foester (1981) y los estudios biológicos de Maturana y Varela (1986) sobre la auto-referencialidad de los sistemas, explicitan de modo directo la «circularidad constructiva» entre observador y sistema observado, concepción extremadamente alejada de la posición tradicionalmente aceptada hasta hace poco por el propio movimiento sistémico y otros modelos psicológicos, en la que se sostiene la posibilidad de un observador externo, separado y neutral, respecto al objeto observado (en nuestro caso la pareja matrimonial).

Desde la nueva perspectiva, el terapeuta es inevitablemente partícipe de la propia observación con lo que el sistema terapéutico es, a todos los efectos, un sistema auto-observante y auto-referencial. En realidad, el terapeuta entra a formar parte del sistema que observa en el momento en el que comienza a observarlo y por otra parte, paradójicamente, no podría observarlo si no formara parte de él. De ahí que la representación que el terapeuta ofrece del sistema no podrá ser del todo objetiva, en cuanto que contribuye el mismo a «construir» la realidad descrita (Onnis, 1990; Onnis y Galluzzo, 1990).

Esta nueva perspectiva conlleva la idea implícita de que existe un

«multiverso» más que un «universo» y que por tanto no tiene sentido perseguir la captación de una objetividad inalterable. La postura terapéutica persigue enriquecer las narraciones de los pacientes a través de la inclusión de nuevas historias que progresivamente desplazan o descentralizan las historias patologizantes. La inclusión de nuevas historias conlleva un aumento de las perspectivas desde las que los pacientes enfocan el problema, se vuelven más tolerantes y la manera de ver el mundo se flexibiliza (Sluzki, 1997).

Sin embargo, el desarrollo científico no sólo depende de la puesta en marcha de determinados planteamientos filosóficos. Tal y como señalan Navarro y Beyebach (1995):

«... la aparición y el desarrollo de nuevas modalidades terapéuticas van estrechamente ligados al contexto cultural y social en que se producen, así como a los medios materiales y tecnológicos que en un momento dado están a disposición de los profesionales que las practican. Así, las condiciones materiales del contexto tendrían una influencia considerable no sólo sobre los aspectos prácticos del trabajo clínico, sino también sobre los propios postulados teóricos de esa nueva orientación, contribuyendo así a configurarla». (Navarro y Beyebach, 1995, pág. 109).

La terapia familiar no escapa a esta idea, sino que, por el contrario, aparece asociada casi desde su origen, a un aspecto tecnológico innovador y controvertido: la utilización del cristal unidireccional (Broderick y Schrader, 1981). La posibilidad de realizar una supervisión en vivo de las sesiones, además de poder grabar las mismas en vídeo, supuso una verdadera revolución en la psicoterapia y abrió nuevas vías de difusión y de posibilidades en el entrenamiento y formación de los terapeutas, así como nuevos problemas éticos derivados de la «pérdida de la intimidad y la privacidad» de los clientes (Navarro y Beyebach, 1995).

Además, la supervisión en vivo de las terapias tuvo también hondas consecuencias técnicas y conceptuales. Por una parte, llevó a la constitución de verdaderos «sistemas terapéuticos» (incluyendo aquí al terapeuta o conductor de la sesión y a los integrantes de todo un equipo de supervisión), abriendo un nuevo campo de posibilidades técnicas de evaluación e intervención. Por otra, la experiencia de observar en directo la interacción de

un terapeuta con sus clientes constituyó el contexto material desde el que surgió la noción de la «terapia como sistema» y, en un sentido más amplio, la aplicación a terapia de la cibernética de segundo orden (De Shazer, 1991; Navarro y Beyebach, 1995).

La inclusión de un grupo de observadores en la sesión ha dado lugar a diferentes formatos de sistemas terapéuticos que trabajan en equipo:

a) *El equipo como «coro griego»*. Esta forma de trabajo fue desarrollada por el Ackerman Brief Therapy Project (Papp, 1980). El equipo está formado por un número variable de profesionales que observan la sesión a través de un espejo unidireccional. El equipo puede enviar mensajes a la familia llamando al terapeuta durante la entrevista, aunque por lo general actúa reuniéndose con éste, que transmite después el comentario a los clientes. Este comentario se elabora en conjunto por el equipo y el terapeuta, así como la posición que el terapeuta adoptará ante el mismo. Se tiene gran cuidado en que el equipo mantenga la máxima autoridad posible ante los clientes. El coro griego tiene, entre otros, los siguientes usos:

- Elogiar o apoyar ciertos aspectos de la familia que necesitan refuerzo.
- Presentar dividida la opinión del equipo, bien como una discrepancia en la forma de ver las cosas, bien en forma de votación o de «apuesta» sobre el proceso del cambio.
- Introducir confusión o sorpresa a través de algún mensaje críptico que despierte la curiosidad de los clientes, cree confusión o la lleve a desvelar información oculta.
- Creación del «triángulo terapéutico», donde el equipo asume una posición (habitualmente negativa o pesimista) y el terapeuta otra (del lado de la familia). De este modo se deja al equipo el «trabajo sucio» y el terapeuta preserva su posición privilegiada frente a los clientes.

b) *La técnica del «debate»*. Se trata de una variación del trabajo con el «coro griego» desarrollada en el Ackerman Institute for Family Therapy por la que el equipo se hace «visible» e interacciona directamente ante los ojos de la familia. En esta modalidad, el equipo está constituido por tres terapeutas que entrevistan conjuntamente a la familia a fin de desarrollar una hipótesis inicial. Una vez obtenida esta hipótesis, adoptan posiciones diferentes y claramente prefijadas:

- El terapeuta A representa el dilema de todo el sistema. Su tarea es

connotar positivamente el problema y la secuencia que lo mantiene, y luego prescribirlo.

— El terapeuta B habla acerca del dilema que se plantea al subsistema de los hermanos. Se manifiesta de acuerdo con la descripción que ha hecho el terapeuta A, pero discute la prescripción que ha dado, proponiendo algo más acorde con los intereses del subsistema fraterno.

— El terapeuta C representa al subsistema parental. Al igual que el terapeuta B, se muestra de acuerdo con la descripción de A, pero ofrece una prescripción diferente, desde el punto de vista de los padres.

Si bien el énfasis sigue estando en la ambivalencia ante el cambio, se pretende mediante el debate romper las explicaciones lineales del problema y facilitar una visión más circular.

c) *El trabajo en equipo del grupo de Helsinki*. Los finlandeses Ben Furman y Tapan Ahola han utilizado diversas formas de aprovechar el potencial del equipo que van desde invitar a los clientes a presenciar las discusiones del equipo, hasta enviar el vídeo de la entrevista a los miembros de la familia que no han acudido, pasando por las entradas de miembros del equipo durante la sesión para transmitir un mensaje a la familia, y por las llamadas a través del interfono para hablar directamente con los clientes. En cualquier caso, se trata de evitar toda connotación de secretismo o de misterio en torno al trabajo en equipo, lo que lo diferencia claramente del «coro griego». En definitiva se trata de una forma de trabajar que se acerca considerablemente a la terapia de redes (Speck y Attneave, 1974). El objetivo principal es la creación de un ambiente distendido, respetuoso e incluso divertido en el que se pueden poner en entredicho las explicaciones causales paralizantes, buscar explicaciones alternativas y sentar las bases para nuevas soluciones.

d) *El Equipo Reflexivo*. La modalidad de trabajo con Equipo Reflexivo parte, igual que los otros casos, desde una posición sistémica en el sentido que la forma de trabajo es la clásica de entender los procesos de interacción en los sistemas humanos como circulares y sometidos a las ya conocidas leyes de la cibernética, pero la técnica en sí contiene la filosofía que define al constructivismo aplicado a la psicoterapia. El Equipo Reflexivo (ER) es una modalidad de trabajo sistémico constructivista propuesta por Tom Andersen en su obra de 1991 *The Reflecting Team. Dialogues and Dialogues about Dialogues*. Básicamente consiste en un sistema de entrevista en el que un

grupo de terapeutas observa la sesión que otro u otros terapeutas mantienen con el o los pacientes en otra sala. Hasta aquí el formato es el que ha sido descrito más típicamente dentro del campo de la terapia familiar sistémica. Sin embargo, esta técnica introduce una variante importante: en un momento dado de la entrevista, el equipo que observa pasa, bien por requerimiento del sistema formado por los pacientes y el terapeuta (Sistema Fijo o SF) o a petición propia, a dialogar ante los pacientes acerca de lo acontecido durante la sesión.

La idea de invertir el proceso de observación surgió en 1985 durante el trabajo de Andersen y su grupo con una familia. A raíz del estancamiento observado en el proceso de tratamiento, surgió por parte de la familia la idea de escuchar lo que el equipo, al otro lado del espejo, pensaba de lo transcurrido durante la sesión. La aceptación de este movimiento espontáneo del interés de la familia permitió introducir en la sesión nuevos puntos de vista y una perspectiva diferente del proceso terapéutico tanto para la familia como para los miembros del equipo y el terapeuta (Andersen, 1985).

A partir de ese momento, el diálogo del equipo ante las familias se convierte en un recurso frecuente que empieza a dar forma a un estilo de trabajo que lo diferencia claramente de otras estrategias de intervención sistémicas como en el caso de la Escuela de Milán (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989).

Desde entonces, el trabajo con pacientes individuales, parejas y familias, con la modalidad del Equipo Reflexivo se ha extendido no sólo dentro del campo de la psicoterapia, sino también dentro del campo de la formación y entrenamiento de futuros psicoterapeutas (Young *et al.*, 1989) y su filosofía se ha extendido incluso al tratamiento de los problemas derivados del estrés en los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental (Abeler, 1997).

La efectividad de esta estrategia psicoterapéutica parece clara para algunos autores (Andersen, 1990, 1991; Edwards *et al.*, 1995); para otros en cambio, no arroja diferencias significativas con respecto a otros modos de intervención sistémica (Hoger, 1994). En cualquier caso, aún queda por mostrar qué aspectos del trabajo con Equipo Reflexivo son una ayuda para los pacientes, aunque algunos trabajos ya se han realizado en este sentido

(Smith *et al.*, 1993). Por ello antes de seguir sería importante conocer cuál es la base en la que se puede sustentar la supuesta validez del Equipo Reflexivo como recurso psicoterapéutico.

En resumen, con respecto a los formatos de trabajo con equipo que se han expuesto, podríamos decir que los dos primeros acusan una influencia más clara del grupo de Milán (Selvini *et al.*, 1980), siendo este influjo menor en los dos últimos y que también se encuentran más impregnados de las ideas constructivistas que el «coro griego» y el del «debate». Otra diferencia reseñable es la importancia que se le da al mantenimiento de la «identidad» del equipo: mientras en el «coro griego» el equipo permanece oculto, en el grupo de Helsinki las barreras entre los clientes y el equipo desaparecen por completo. Simultáneamente esto propicia una posición mucho más igualitaria en estos últimos que en los primeros.

Por último, habría que decir que existen ligeras diferencias en cuanto a la finalidad que persiguen. Mientras el «coro griego» y el «debate» persiguen un efecto «amplificador» de las estrategias que siguen los terapeutas, el Equipo Reflexivo y el grupo de Helsinki persiguen hacer entender que existen una gran variedad de facetas, perspectivas y explicaciones desde las que son posibles entender los problemas y también las soluciones.

En definitiva, lo que parece claro es que junto a la evolución de la terapia familiar y de pareja, se ha producido una evolución en la forma de entender el trabajo terapéutico, propiciado no sólo por las revoluciones epistemológicas, sino por los avances tecnológicos. Por ello, en la actualidad, las posibilidades terapéuticas se han ampliado y los clientes tienen la posibilidad de ser incluidos en verdaderos «sistemas terapéuticos». La terapia de pareja ha sido, como la terapia de familia en general, una de esas disciplinas que se ha visto enriquecida por la evolución y el desarrollo de las diferentes escuelas que han ampliado su potencial terapéutico a través de la inclusión de otros terapeutas como miembros del sistema terapéutico.

A continuación describimos con mayor detalle la técnica del Equipo Reflexivo, los diferentes formatos que han sido descritos en la literatura y cómo es posible entender la potencia terapéutica que se deriva de su utilización, así como su aplicación en el contexto concreto de la terapia de pareja y en la adicción al juego.

5. EL EQUIPO REFLEXIVO

Como ya hemos señalado, prácticamente desde el comienzo del trabajo en terapia de familia, el trabajo con equipo observador se convierte en algo habitual, ya que se parte de la base que cuando se trabaja en terapia el conjunto formado por el terapeuta y la familia, se convierte en un sistema pudiendo quedar el terapeuta «atrapado» por el mismo. El trabajo con equipo permite al terapeuta introducirse de lleno en el sistema de la familia con la libertad que supone saber que uno podrá ser «rescatado» en el momento en que quede «atrapado» en el sistema familiar.

De una forma simplificada, la perspectiva constructivista defiende que es el sujeto (observador) quien activamente construye el conocimiento del mundo exterior, y que la realidad puede ser interpretada de distintas formas dependiendo de la experiencia de cada sujeto (Feixas, 1993). Tal y como señala Sluzki, cada uno de nosotros lleva consigo un mapa del mundo, una representación o una concepción que conduce a construir lo que se percibe de modo que pase a ser percibido como realidad (Sluzki, 1985). El conocimiento del modo particular en que cada uno de nosotros construye la realidad es el paso previo al cambio en ese modo de construir la experiencia humana, pudiéndose concebir la terapia como un proceso de co-construcción de nuevas perspectivas y visiones de la realidad.

Por lo tanto, el posicionamiento del Equipo Reflexivo como técnica dentro del marco de la terapia familiar viene a ampliar las conclusiones derivadas de la primera cibernética hacia la segunda.

Por hacerlo de una forma descriptiva, diremos que cuando un terapeuta se reúne con una familia conversa sobre una realidad, a menudo una realidad molesta y perjudicial para la familia o algunos de sus miembros. Según las premisas constructivistas, la realidad vivida por el sistema familiar es una realidad construida en función de las expectativas, mitos, percepciones e hipótesis de cada uno de los miembros de la familia en relación con los otros, dando lugar a lo que se ha llamado sistema de los constructos familiares (Procter, 1978). De una forma simplista, el terapeuta mediante la conversación pone de manifiesto la construcción de la realidad que la familia

hace del problema y de cada uno de los miembros y a continuación (o al mismo tiempo) va introduciendo variantes y matices en las explicaciones que hacen del problema, o poniendo a prueba la validez de dichas explicaciones mediante tareas terapéuticas, en definitiva con todas y cada una de las estrategias derivadas de la terapia familiar.

Sin embargo, esto plantea una «dificultad». El supuesto de que «la observación crea la realidad» es también aplicable a la situación terapéutica. Por lo tanto, el terapeuta se encuentra también limitado por su conocimiento y su forma de percibir e interpretar la realidad, de modo que a menudo la orientación, formación y creencias del terapeuta van a influir de forma determinante en la realidad que co-construye con la familia en las sesiones. La técnica del Equipo Reflexivo viene a paliar en cierta medida esta limitación, ya que se sitúa como un nuevo observador de un sistema interactuante, el sistema formado por la familia y el terapeuta en el contexto de la terapia. De modo que la observación de este sistema permite a los «nuevos observadores» percibir, por su posición, nuevas perspectivas (y por lo tanto nuevas realidades o matices de la realidad) de la realidad construida por el sistema terapeuta-familia.

El Equipo Reflexivo actúa entonces aportando nuevas versiones de la realidad propiciando de este modo la apertura a nuevas realidades igualmente plausibles pero menos perjudiciales (Sluzki, 1989). La posición del ER permite, asimismo, aportar soluciones a los problemas planteados por la familia, soluciones que parten de una perspectiva alejada del problema y que permite a los pacientes adentrarse en otras realidades que propician cambios de Tipo 2 (Watzlawick, 1974).

A continuación describiremos aquellos aspectos del Equipo Reflexivo que pueden actuar terapéuticamente.

5.1. La reflexión como elemento terapéutico

Reflexión puede ser definida como «la vuelta mental que puede hacer el sujeto hacia los actos mismos. Un cambio opuesto en la dirección de sus propios actos» (Plaza & Janes, 1978), y también puede entenderse como «algo que es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta» (Anderson, 1994). En principio se puede decir que la reflexión es un proceso cognitivo que facilita el aprendizaje de nuevas conductas. Como dice Bandura (1987), «la capacidad autorreflexiva» es la que permite a los

individuos analizar sus experiencias y pensar sobre sus propios procesos de pensamiento. La gente según Bandura, no sólo aumenta su conocimiento a través de la reflexión, sino que también evalúa y altera su propio pensamiento. Ahora bien, en el caso de la técnica del ER, las reflexiones son realizadas por los terapeutas miembros del ER, así que, ¿de qué forma esto facilita el aprendizaje en los pacientes?

La potencia terapéutica de ER podría venir dada por:

1. Los contenidos de las reflexiones

La familia es concebida como un sistema abierto que, desde el punto de vista sistémico, se rige por las mismas leyes que rigen el funcionamiento de cualquier otro sistema. La estabilidad y el mantenimiento del sistema se deben en parte a la capacidad que éste tenga para intercambiar energía (en nuestro caso «información») con el exterior (Bateson, 1972). Así que, según esto, el intercambio de información que el sistema realiza con el exterior es fundamental para su supervivencia y para mantener un equilibrio homeostático suficiente.

De esto se desprende que la posición terapéutica es una posición privilegiada para introducir en el sistema nuevas informaciones, facilitando de este modo cambios estructurales y dinámicos en él (Maturana y Varela, 1986; Von Foerster, 1981). Como Anderson y Goolishian (1988) han mostrado, el proceso terapéutico es un fenómeno lingüístico en el que terapeuta y paciente se involucran en una conversación estructurada con el fin de «perturbar» la estructura familiar y facilitar el cambio. Ahora bien, y aquí aparece la originalidad del ER, la familia se enfrenta a la situación de entrevista terapéutica poniendo de manifiesto ante el entrevistador su forma particular de ver la realidad, sus «defensas» o su manera de cooperar. La observación de esta información puede ser utilizada de manera hábil por el equipo para introducir una nueva/vieja información en el sistema fijo como si de una imagen «reformada» se tratase. Dada la vinculación del ER con los presupuestos sistémicos, su funcionamiento está relacionado con algunos aspectos de la terapia sistémica:

- Circularidad. Durante el transcurso de la entrevista se trata de facilitar la aparición de contenidos que permitan una construcción «circular», en el sentido que se pretende formular una visión «sistémica»

del problema.

- Neutralidad. Otra de las premisas de este formato es la de tratar de mantener tanto por parte de los entrevistadores como por parte del ER una posición neutral hacia los participantes y sus percepciones de la realidad.
- Complementariedad. El ER no actúa por su cuenta, sino que los contenidos de las reflexiones guardan alguna relación con los aspectos aparecidos durante la entrevista.

La importancia de la reflexividad en el cambio en psicoterapia ha sido ampliamente destacada por autores como Karl Tomm (1985^a, 1985^b), que han puesto de manifiesto que la facilitación de la reflexión en los pacientes en el marco de la entrevista terapéutica es en sí un medio que facilita la mejora. Esta particular propiedad de las reflexiones ha sido tratada por Bateson (1972), que postula una relación circular entre los seis niveles de significado en los que se organizan los sistemas de comunicación de los humanos. Como afirma Tomm:

«Las relaciones organizativas entre dos niveles cualquiera de significado —contenido e intervención, contenido y episodio, relación y guión de vida, patrón cultural y episodio, etc.— son circulares o reflexivas. El significado a cada nivel vuelve reflexivamente para influenciar al otro» (Tomm, 1985).

Es esta propiedad inherente a los sistemas comunicacionales la que permite que la actuación terapéutica sobre un determinado nivel de significado tenga un efecto importante a otros niveles.

Sin embargo, tal y como reconoce el propio Tomm, los efectos específicos de las preguntas están determinados por el cliente o familia, no por el terapeuta. El cambio se produce como resultado de las alteraciones en la organización y estructura del sistema de significados preexistentes de la familia, no en base al «*insight*» (aunque subsiguientemente los pacientes puedan hacerse conscientes de los efectos o consecuencias de los cambios reflexivos), sino en base a la reflexividad (Tomm, 1987^a, 1987^b).

Este mismo autor advierte que:

«(...) las preguntas reflexivas son, por definición, preguntas hechas

con la intención de facilitar la autocuración en un individuo o familia mediante la activación de la reflexividad entre significados dentro de sistemas preexistentes de creencias que permiten a los miembros de la familia generar o generalizar por sí mismos patrones constructivos de cognición y conducta» (Tomm, 1987).

2. Tipos de reflexiones

Hald describe dos tipos de reflexiones (Lax, 1989):

Reflexiones «reflejantes»: Haría referencia al tipo de reflexiones que se devuelven a la familia y que incluyen aspectos verbales y no verbales, incluida la postura que un miembro toma, informar sobre la actividad desplegada durante la sesión, asunción de posturas, gestos, tono y lenguaje de los diferentes miembros familiares.

Reflexiones «especulativas»: Se refiere a aquellas reflexiones que devuelven a las familias hipótesis, interpretaciones, metáforas, tareas terapéuticas y preguntas importantes que no han sido introducidas durante la sesión.

Sin embargo, esta clasificación es, desde nuestro punto de vista, insuficiente para abarcar la enorme cantidad de variaciones que se pueden dar en el discurso reflexivo. Una alternativa a la clasificación de Hald podría ser la que realiza Tomm (1987) en relación a las preguntas reflexivas:

- Reflexiones orientadas al futuro.
- Reflexiones que colocan en la perspectiva de observador.
- Reflexiones de cambio inesperado de contexto.
- Reflexiones con sugerencia implícita.
- Reflexiones de comparación normativa.
- Reflexiones que clarifican distinciones.
- Reflexiones que introducen hipótesis.
- Reflexiones que interrumpen el proceso.

En otro lugar hemos descrito una clasificación de los elementos terapéuticos de la intervención del ER (Garrido *et al.*, 1997). De los

elementos que tienen que ver con los contenidos de las reflexiones aparecen:

- Connotaciones al problema.
- Interpretaciones.
- Aperturas y búsquedas de soluciones.
- Dilemas y dudas.
- Formulaciones reflexivas.
- Analogías.
- Autorrevelaciones.
- Expresión de sentimientos y emociones.

En cualquiera de los casos, los intentos de clasificación y ordenamiento de los contenidos aparecidos en el discurso reflexivo se encuentra aún pendiente de la verificación de su eficacia como técnica psicoterapéutica, ya que si bien es coincidente con técnicas ampliamente utilizadas desde todos los modelos terapéuticos, el modo de empleo sí es sustancialmente distinto.

3. El Equipo Reflexivo como modelo conversacional

Los problemas que plantean los pacientes a menudo se relacionan no sólo con el contenido de dichos problemas, sino también en el modo en que los miembros de la familia se relacionan y «conversan» sobre el problema.

Desde la psicología social se ha puesto de manifiesto la importancia del aprendizaje por observación de modelos. Lejos de ser un modo de aprendizaje superficial, la complejidad e importancia de dicho fenómeno ha sido ampliamente discutida y demostrada hace tiempo (Bandura, 1971), así como las variables que regulan la eficacia de dicho aprendizaje.

Uno de los aspectos que añaden potencial terapéutico al ER es el efecto de modelado que puede ejercer sobre los pacientes a dos niveles:

a) Una de las riquezas de las intervenciones del ER radica en su capacidad de producir multitud de ideas y puntos de vista, incluso contradictorios, sin que derive en un conflicto emocional. Esto lo consigue adoptando siempre un tono tremendamente respetuoso ante las versiones de la realidad de los pacientes y de cada uno de los miembros del equipo de forma que todas las opiniones son consideradas como muy valiosas con independencia de su utilidad.

b) La forma en que el equipo expone sus ideas pretende trasladar una

manera particular de pensar acerca de los problemas, haciendo hincapié en los procesos internos que regulan el pensamiento y la búsqueda de soluciones y alternativas.

4. El efecto «espectador»

Relacionado con lo anterior se encuentra el hecho de que hay determinados estados disposicionales y atencionales que facilitan más o menos el aprendizaje de determinados comportamientos, así como el descubrimiento de soluciones a problemas complejos («*insight*»). Bandura (1974) señala que el primero de los aspectos necesarios para un adecuado aprendizaje por observación es la presencia de una atención bien dirigida.

De esto se derivan dos aspectos importantes. Por un lado el psicodrama ha señalado que técnicas como el «doble» o el «espejo» facilitan enormemente este proceso (Moreno, 1961). Como es bien sabido, la utilidad de esta técnica radica fundamentalmente en que permite al individuo colocarse en una posición de observador con respecto a sí mismo y a su problema, adquiriendo con ello una perspectiva distinta, menos impregnada de la emoción que liga al individuo angustiado por el problema (Rojas-Bermúdez, 1997).

En segundo lugar, ya desde el teatro clásico se señala el efecto «catártico» que sobre el espectador tiene la representación del drama. La dramatización en el escenario facilita la identificación del espectador con los protagonistas y de ahí su aspecto «curativo» (Espina, 1995). El rol de espectador coloca al individuo en un estado mental receptivo, de alerta, de apertura. Se trata de un estado de sugestión y en algunos casos descrito como parecido al trance hipnótico (Rojas-Bermúdez, *op. cit.*). Señalamos este aspecto para destacar la importancia que la aparición del ER tiene desde el punto de vista psicodramático, ya que los pacientes pasan instantáneamente del rol de protagonista al de espectadores de su propia vida, de ahí la importancia que desde nuestro punto de vista tiene la «puesta en escena» del ER a lo largo de la sesión.

5.2. Formatos de trabajo con Equipo Reflexivo

Si bien el formato original de trabajo con ER ha sido descrito en la obra de Andersen, los distintos contextos de aplicación de la técnica han obligado como señalan Garrido *et al.* (1997) a utilizar formatos de trabajo distintos que

producen variaciones en el proceso terapéutico. En concreto describen tres variaciones de trabajo con ER.

1. A través del espejo

Este formato es el original y se vale del uso de un espejo unidireccional. Mientras en una sala los clientes y el terapeuta (Sistema Fijo) conversan, en una sala contigua invisible para ellos, el ER observa con atención y en silencio el proceso de la entrevista. En cualquier momento de la entrevista el ER puede hacer llegar al sistema fijo, a través de un intercomunicador o a través de uno de sus miembros en persona, su deseo de intervenir en la sesión: «Cuando os parezca conveniente nos gustaría participar...» o cualquier otra expresión que indique que el ER no impone su presencia. De igual modo, el terapeuta o los clientes pueden pedir en cualquier momento escuchar al equipo. Cuando se da entrada al ER se produce lo que en la terminología técnica se denomina cambio, debido a que el centro de atención y acción cambia de lugar y de protagonistas.

La sala del ER se ilumina y la del SF se oscurece. Los miembros del ER reflexionan en voz alta, dialogan, comentan, etc., acerca de lo acontecido durante la entrevista con una clara intencionalidad terapéutica. Tras la intervención del ER se invierte nuevamente la iluminación y el SF recupera el protagonismo. En este momento el terapeuta conversa con los clientes acerca de las impresiones, sentimientos, ideas, etc., que la intervención del equipo pudo tener en ellos. La sesión continúa manteniéndose focalizada en la sala del SF hasta la finalización de la misma o hasta que se produzca un nuevo cambio.

Este formato permite una mayor comodidad para el ER que no necesita desplazarse y que puede intervenir casi inmediatamente. El espejo introduce una barrera física que ayuda a delimitar los espacios y confiere así al ER de un significado especial por parte de los clientes.

2. El Equipo que viene y va

Esta variación es descrita por Garrido y Fernández-Santos como la más común cuando no es posible contar con un espejo bidireccional que comunique visualmente los espacios del SF y del ER. Para suplir la ausencia de espejo, en la sala del SF una cámara fija mandará la señal de vídeo y audio

a un monitor de televisión situado en la sala del ER. Los miembros del ER siguen, por tanto la sesión a través de un televisor.

De cara a la intervención del ER podemos contar con al menos dos posibilidades: en la primera, el ER podría intervenir a su vez a través de otra cámara que envía la señal a un monitor situado en la sala del SF. En la segunda, el ER se desplaza a la sala del SF y allí en presencia del terapeuta y los clientes realiza sus intervenciones. Para solicitar la intervención o el cambio se utiliza un intercomunicador o bien un miembro del ER se desplaza a la sala y realiza la petición de la intervención. Estos autores describen este formato como el más adecuado y eficaz, ya que por un lado establece un límite claro entre el SF y el ER y el tránsito de una sala a otra establece un tiempo de espera que ayuda a remarcar aún más la puesta en escena del ER y permite que haya un «antes» y un «después» de las reflexiones que hace que la información sea asimilada por los clientes, que se ven «obligados» a esperar las reflexiones y a no contestar inmediatamente.

3. Todos cambiamos de lugar

Consiste en una permutación de la posición del SF con el ER. Según Selekman (1993), esta variante, al aumentar la movilidad física de todos los sistemas, facilita un aumento de la conciencia del «cambio de rol». Sin embargo, esta modalidad tiene en su contra el aumento considerable de tiempo que es necesario para el cambio , perdiendo de este modo inmediatez y por tanto funcionalidad.

4. Todos bajo el mismo techo

Es descrita esta variante como la menos aconsejable de todas. En este caso tanto el SF como el ER permanecen en la misma sala durante la sesión, tratando el primero de evitar el contacto visual con el segundo. La excesiva cercanía del ER hace que se desdibujen los límites entre el ER y el SF con lo que disminuye su potencial terapéutico, amén de que puede resultar incómoda para algunos clientes que se sienten observados o bien puede poner en marcha comportamientos exhibicionistas por parte de los pacientes.

Por otro lado, tiene la ventaja de que permite captar aspectos de la relación entre el terapeuta y los clientes y de los clientes entre sí, que se desvirtúan en la observación a través del espejo o del monitor. También facilita el

establecimiento de vínculos emocionales más intensos entre el ER y el SF lo que a la larga puede convertirse en un inconveniente, ya que puede darse el caso de que el ER quede incluido simbólicamente y afectivamente dentro del SF perdiendo de ese modo la distancia necesaria que facilita la toma de perspectiva respecto a la interacción entre el terapeuta y los clientes.

Sin embargo, en situaciones donde sólo se realiza una entrevista, por ejemplo de supervisión, la inclusión del ER dentro de la sala puede ayudar a que los clientes vivan la situación con menor desconfianza.

5. El grupo amplio como Equipo Reflexivo en el contexto formativo

Por último se describe una modalidad utilizada en contextos donde la familia acepta la observación de la entrevista por parte de un grupo numeroso de observadores. En este caso, el SF se traslada a la sala de observación y en ella asiste a las intervenciones del grupo de observación. El impacto que produce esta modalidad es muy amplio, ya que difícilmente la familia podría, en otros contextos de la posibilidad de contar con la opinión de un número tan amplio de expertos. No obstante, esta modalidad puede estar contraindicada en familias que muestran un elevado nivel de desconfianza.

Tiene como ventaja que los clientes pueden recibir información de un gran número de expertos, y que el impacto que reciben con respecto al interés de tantos profesionales puede potenciar las indicaciones terapéuticas. Por otro lado, la presencia de un gran número de personas puede provocar también sensación de confusión.

5.3. Hipótesis sobre el efecto del proceso terapéutico con Equipo Reflexivo

Tal y como se deriva de los presupuestos sistémicos, la creación de una diferencia, por mínima que sea, puede favorecer el cambio terapéutico (Andersen y Golishian, 1988; Cecchin, 1987; Watzlawick, 1993), de modo que, siguiendo las aportaciones de Bateson, gran parte de la actividad terapéutica ha ido dirigida desde los posicionamientos sistémicos a favorecer la aparición de diferencias en la percepción de los sujetos a través de preguntas que propician la comparación y permiten el establecimiento de relaciones entre los eventos y las cosas (Tomm, 1988^a, 1988^b), ya que de ese modo se favorece la conciencia de las diferencias y desde ahí es factible el

cambio, pues cabría la elección.

Sin embargo, el cambio terapéutico debe tener en cuenta en primer lugar el modo en que los sujetos construyen su propia realidad. Este aspecto ya fue puesto de manifiesto por Kelly cuando expone el peligro de pretender un cambio rápido en el sistema de constructos del sujeto, y de la necesidad de conocer con la mayor exactitud posible el modo en que la persona construye su propia existencia antes de pretender un cambio. Ante todo cambio que se avecina, existe una respuesta de alarma y una tendencia al aislamiento como un modo de conservar la integridad del propio sistema de constructos (Kelly, 1955).

La actitud terapéutica desarrollada por Andersen (1991) en su aplicación del ER tiene muy en cuenta el aspecto anterior. En el modo de trabajo que han desarrollado, favorecen la aparición de aspectos «inusuales», pero no demasiado «inusuales», en las que se tienen en cuenta:

- El medio en que se reúnen.
- Los temas o cuestiones que se tratan.
- La forma o manera de la conversación.

Ello permite conversar e intervenir adecuándose al ritmo de los clientes, permitiéndoles conservar su integridad al mismo tiempo que toman nuevas versiones (Garrido, 1995). Por otro lado, la actitud del entrevistador es de gran importancia dado que las preguntas que realiza el entrevistador determinan lo que puede ser observado y por tanto es el encargado de seleccionar en un primer momento los datos significativos a partir de los que se pueden establecer diferencias.

Desde esta perspectiva, se considera que todas las descripciones de la realidad son igualmente válidas, pero también se considera que la conversación con los clientes permite una visión evolutiva en vez de estática del problema y una ampliación de las perspectivas y matices con las que reviste la situación vivida. Ello es lo que para Andersen propicia el cambio de segundo orden (Andersen y cols., 1991).

La técnica del ER basa su presumible efecto terapéutico en la capacidad del Equipo (Sistema Fijo y ER) para producir alternativas de realidad igualmente plausibles a las mostradas por los pacientes pero mucho más adaptativas. Desde nuestro punto de vista, esto puede ser explicado desde dos posiciones complementarias:

1. Cambio en el sistema de los constructos familiares

El sistema de entrevista realizado con el uso de la técnica del ER es de tipo circular y persigue, como ya hemos señalado, poner de manifiesto los sistemas de construcción que la pareja hace de la realidad problemática o como señala Procter, los constructos familiares, también llamados mitos o creencias (Bagarozzi y Anderson, 1996; Ferreira, 1963; Ríos, 1984; Stierlin, 1973). La situación de terapia es considerada como un espacio en el que se ponen en constante prueba las hipótesis sobre la realidad que los clientes tienen. Kelly sostenía que la situación de terapia era un marco singular donde los constructos de la persona se ponen a prueba. Sin duda la terapia tiene una potencia significativa y se sitúa como una experiencia de especial significado para el paciente, es por ello que constituye un espacio donde el terapeuta aprovecha para someter a prueba las hipótesis erróneas del paciente a través de la conversación, tareas, juegos, dramatizaciones, etc., permitiendo de ese modo completar el «ciclo de la experiencia» y una reconstrucción de las anticipaciones (Landfiel y Leitner, 1987).

En este sentido, el ER introduce toda una serie de nuevas perspectivas (experiencias) que ponen a prueba el sistema de construcción de los clientes y en el mejor de los casos el cambio de un sistema de construcción por otro más adaptativo (Feixas, 1990). La introducción de nuevos constructos (significados) en el sistema de constructos familiares de los sujetos puede facilitar un reordenamiento de la manera en que los sujetos son evaluados en el contexto familiar y permiten de ese modo la aparición de nuevos reencuadramientos dentro de la historia familiar. Como algunos autores constructivistas han señalado (Sluzki, 1992; Ugazio, 1998; Vogel, 1996), las narraciones problemáticas de los clientes se caracterizan entre otras cosas, por un gran apego a los atributos y por contener una descripción estereotipada de los roles que desempeñan las personas que se incluyen, hasta el punto de que la percepción de cambios en el otro se antoja harto complicado. Entre otras cosas, la experiencia de la entrevista circular con Equipo Reflexivo permite destacar significados familiares ocultos en la historia narrada. A través de la privilegiada posición desde la que interviene el ER es posible devolver a la familia aquellos aspectos que gobiernan el modo en que organizan la experiencia los sujetos que narran la historia familiar e incluso ofrecen alternativas de construcción que sustituyen a las antiguas.

Por ejemplo, en el tema que trataremos de desarrollar más adelante, hemos

observado que los matrimonios con un miembro jugador organizan la experiencia familiar en base a un constructo de gran importancia «Jugar» *versus* «No Jugar». Una de las opciones terapéuticas consiste en mantener esa dicotomía y que el sujeto se identifique progresivamente con el polo «No Jugar», asociado habitualmente a constructos «buenos» y «adaptativos». Para ello es necesario que en su experiencia vital se reafirme esa posición constantemente a través de alguna actividad opuesta al «jugar» como por ejemplo ser «ex jugador». De este modo el sujeto mantiene intacto el sistema de constructos y únicamente cambia el polo en el cual construye su experiencia. Este ejemplo, con algunas variantes, serviría para la esposa, que comparte con el marido constructos como «responsable» vs . «irresponsable», o «mentiroso» vs . «sincero».

El cambio que se trata de facilitar a través de la terapia sistémico constructivista con ER no es únicamente un cambio en el polo de construcción, que son considerados inestables y poco duraderos (Feixas,1990; Neimeyer y Neimeyer, 1987), sino una revisión completa del sistema de construcción y en el mejor de los casos la creación de nuevos ejes de construcción, donde los antiguos sistemas quedan subordinados. En el caso anterior el yo podría ser definido en términos de «evolucionar» *versus* «no desarrollarse», con lo cual, la conducta de juego quedaría disuelta en una definición más amplia y más rica en significados.

2. Apertura de una «nueva» realidad conversacional

De manera complementaria a lo anterior, se puede decir que las intervenciones realizadas por el ER tienen, entre otros, el objetivo de promover en la entrevista nuevas realidades, igualmente plausibles, pero más adaptativas para las familias. La forma de trabajo del equipo permite introducir puntos de vista (nuevas realidades) que se espera encajen con la manera de ver la realidad de la familia (plausibles), pero lo suficientemente diferentes como para producir un cambio en la manera de construir la realidad vivida (narrada). Este enfoque, desarrollado por los teóricos constructivistas, considera que la realidad es construida en la medida en que es narrada (Gonçalves, 1988; Sluzki, 1990), de manera que propiciar cambios en los pacientes es permitirles, a través de la conversación terapéutica, construir nuevas realidades de su vida. Para ello el terapeuta se sirve de las preguntas como modos de introducir nuevas perspectivas en lo vivido y

acerca de lo presente y lo venidero, y desde el ER como alternativas de realidades latentes en las familias y no desarrolladas ante la ausencia de oportunidades para ser llevadas a la práctica. La conversación terapéutica desde esta perspectiva, consiste pues, en introducir modificaciones semánticas en el mundo de significados de las familias y de las parejas (Sluzki, 1992).

De acuerdo con la definición que hace Lowe (1991) de la psicoterapia como «arte de conversar», el constructivismo relacional enfoca la terapia como una forma de conversación colaborativa destinada a transformar las narrativas de identidad de los clientes, para lo cual el terapeuta puede preguntarse por lo aún no dicho, por las voces acalladas, las narrativas oprimidas, las nuevas posiciones y marcos de inteligibilidad a negociar con la familia (Pacheco y Botella, 2000). La actividad del Equipo Reflexivo encaja perfectamente con esta visión del proceso: introduce a lo largo del proceso terapéutico nuevos significados a las narraciones antiguas de los pacientes y destaca por lo tanto nuevas formas de construir (narrar) la experiencia de la familia de modo que los antiguos relatos quedan difuminados y diluidos en las historias «nuevas».

En definitiva, como se ha señalado, el Equipo Reflexivo es una técnica que puede ser muy útil como herramienta para el cambio terapéutico. De entre sus virtudes hemos destacado como la posición de observador privilegia el acercamiento a realidades familiares ocultas como consecuencia de un apego excesivo a perspectivas rígidas y estereotipadas (los árboles que no dejan ver el bosque). Las fórmulas de intervención (de profundo respeto, hipotéticas y condicionales) y su encaje dentro de un proceso de co-creación de nuevos significados facilitan la introducción progresiva de la idea de que existen infinitas realidades más que una sola realidad, y permite que los clientes «tomen prestados» los nuevos significados y construyan nuevas historias menos patologizantes y más creativas e impulsoras del crecimiento psicológico.

6. EL JUEGO PATOLÓGICO DESDE UNA POSICIÓN SISTÉMICO-CONSTRUCTIVISTA

Los abordajes terapéuticos más habituales (grupos de autoayuda, enfoques conductuales y cognitivos, etc.) consideran de forma secundaria la repercusión de la adicción del individuo en el núcleo familiar y escasamente se trabaja con el ambiente del sujeto como forma de mantener la mejora y prevenir la aparición de recaídas en el juego o la aparición de otras conductas problemáticas (Blaszczynski, 1993).

Desde un punto de vista sistémico, el juego puede ser entendido como un síntoma que desempeña una función homeostática en la red social del sujeto, guardando distintos niveles de implicación con los subsistemas en los que participa el individuo. La conducta sintomática implica el desarrollo de relaciones «atípicas» con los miembros significativos del individuo adicto, relaciones que acaban «normalizándose» y constituyen de ese modo patrones y reglas de funcionamiento familiar que perpetúan el problema y mantienen invariable la situación familiar. El modo en que esos patrones de relación son visibles es fundamentalmente a través de los discursos familiares, que dejan entrever el intrincado modo de relación que establecen los individuos entre sí y facilita el conocimiento de la extensa red de significados que los miembros de la familia atribuyen a la conducta patológica y a las relaciones que tienen entre ellos y en relación a los demás (Hammond, 1997).

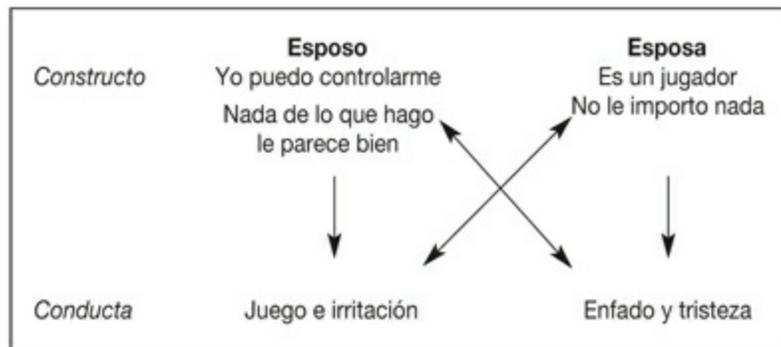
De este modo, la familia y más concretamente el matrimonio se acaba organizando en torno al manejo de la conducta sintomática y los miembros de la pareja se definen en torno a la misma. Como ya hemos señalado en otro sitio (García, Jaén y Garrido, 1998), la conducta adictiva, aunque disfuncional y problemática, define la posición de los individuos en el sistema familiar, aclarando los roles de funcionamiento y restringiéndolos en una dirección determinada, de modo que el sistema familiar adquiere gran coherencia dentro de la patología, impidiendo el cambio y con ello la evolución y el desarrollo familiar a cambio de aumentar la estabilidad.

En términos de la teoría de los constructos personales y sobre todo en su

extensión familiar, la familia dispone de una serie limitada de constructos que le permiten interpretar la experiencia familiar y cada uno de sus miembros se ve forzado a encajarse con este sistema de constructos familiares que comparte con la familia. Las posibilidades de los sistemas de construcción son limitadas y dependen de las capacidades de los miembros, de manera que en ocasiones son poco útiles para interpretar acontecimientos vitales a los que los sujetos se ven expuestos provocándose entonces respuestas de ansiedad y temor ante estas situaciones que ponen en crisis el sistema de constructos de la familia (Feixas,1990; Neimeyer y Neimeyer, 1989; Procter, 1988).

La siguiente figura recoge el esquema de relación que podría darse en un hipotético caso de un matrimonio con un esposo jugador patológico y que sigue la misma línea de un caso expuesto por Feixas (1990) para el alcoholismo. Este esquema nos puede ayudar a entender el modo en que la teoría de los constructos personales puede explicar el fenómeno del juego patológico recogiendo al mismo tiempo una perspectiva relacional:

FIGURA 3
**ESQUEMA DEL JUEGO RELACIONAL EN EL MATRIMONIO
 CON UN MIEMBRO JUGADOR PATOLÓGICO**



Lógicamente la construcción de la experiencia es mucho más compleja en la medida en que incluye a más miembros implicados en la secuencia. También hay que señalar que los constructos familiares no determinan solamente conductas más o menos conscientes como el caso que hemos señalado, sino que fundamentalmente determinan las posiciones vitales que cada uno de los miembros puede tener con respecto a los demás. Por ejemplo, el jugador puede haber sido construido por él mismo y por la familia como «irresponsable», de modo que en el constructo «Responsable» vs. «Irresponsable» el jugador queda en oposición a otros miembros de la familia como por ejemplo la esposa o el hijo mayor y cualquier conducta del padre jugador (y por extensión de los demás) queda sujeta a esta evaluación

anticipada y por lo tanto limita las posibilidades de actuación.

En términos narrativos, las familias que soportan una situación problemática como la vivida por la adicción de uno de los miembros, presentan una historia familiar saturada por el problema, y las narraciones de las personas han quedado definidas rígidamente, cargadas de atributos y pobres en acciones, constituyendo de este modo representaciones estáticas y redundantes y favoreciendo constelaciones sintomáticas que se cronifican tanto más cuanto más carecen de «trama» (Galluzzo, 1994).

De todo lo anterior se desprenden al menos dos conclusiones:

La primera, que el juego patológico es una conducta altamente destructiva para las relaciones familiares y concretamente para el matrimonio, que se organiza en torno a la adicción adquiriendo unos roles rígidos y estereotipados que en el caso de la esposa van dirigidos a tratar de contener la conducta disfuncional del jugador y a proteger a la familia de las consecuencias negativas del juego. Todo ello se traduce en un deterioro de las relaciones conyugales en distintos ámbitos de la relación de pareja.

La segunda, que se deriva de lo anterior, tiene que ver con el hecho de que la organización familiar en torno a la conducta patológica conlleva una pérdida de la identidad como pareja y el desarrollo de esquemas de relación basados en el control y la desconfianza. Y al mismo tiempo, una construcción de la identidad personal y como familia rígida y estereotipada que gira en torno al juego o su ausencia.

En el estudio que presentaremos en adelante pretendemos observar y medir la posible influencia de la terapia de pareja en matrimonios que están afectados en su relación por el fenómeno de la adicción al juego comparados con un grupo de parejas que no reciben ningún tratamiento específico dirigido a la mejora de la relación conyugal. Si tras la terapia se observase una disminución de la conflictividad en el matrimonio y un aumento de la satisfacción con el mismo, se podría concluir que la terapia fue efectiva en la mejora de la relación conyugal. Por otro lado, esa mejoría tendría que ir acompañada de un cambio cognitivo de los individuos en el sentido apuntado por la teoría que sustenta el modelo de terapia aplicado. El cambio conductual debiera de estar relacionado con un cambio en la estructura cognitiva de los sujetos, que debiera hacerse más compleja y por lo tanto con mayor capacidad para enfocar los problemas desde diferentes perspectivas. La consecuencia observable del cambio terapéutico (que simultáneamente es el requisito para que se produzca) sería la aparición de nuevas narrativas que

incluyen mayor diversidad de significados aplicados a las situaciones vividas principalmente en los aspectos relativos a la relación conyugal.

7. EL EQUIPO REFLEXIVO COMO TÉCNICA CONSTRUCTIVISTA EN EL ÁMBITO DE LA ADICCIÓN AL JUEGO

Como hemos señalado ya, según los presupuestos constructivistas, el matrimonio desarrolla una construcción propia de la relación conyugal que determina el modo de relación entre los cónyuges (Procter, 1988). En el caso concreto de los matrimonios con un miembro jugador, esta construcción de la relación conyugal se realiza sobre la base de la adicción, ya que en un porcentaje muy importante, los jugadores se vuelven adictos con posterioridad al matrimonio (Becoña, 1991; Irurita, 1993). Por ejemplo, muchas esposas descubren que sus maridos jugaban antes del matrimonio y que esto había sido ocultado deliberadamente por la familia de origen del jugador, que incluso ha continuado con la «complicidad» tras el matrimonio por miedo a que el jugador fracasase en su relación, lo cual da una idea de la carga intergeneracional en los términos planteados por Framo y Stierlin que el matrimonio lleva a su relación (Jaén, 2001).

El trabajo en terapia de pareja tendría que permitir restablecer, y en algunos casos establecer, una dinámica relacional más funcional y menos dañina para ambos. Las aportaciones del equipo, en los términos sugeridos por Andersen (Andersen, 1994) como creador de alternativas de realidad, puede propiciar un cambio en la manera en que los cónyuges se relacionan e integrando la relación anterior dentro de su historia individual y como pareja y como un aprendizaje efectivo en el desarrollo de nuevas habilidades comunicacionales y maneras de entender la relación conyugal.

Como ya hemos señalado, las posibilidades terapéuticas del Equipo Reflexivo surgen gracias a la posición de «profundo respeto» desde la que se plantean las visiones proporcionadas por el equipo que tienden a «normalizar» las dificultades planteadas por la familia, presentando y ampliando aspectos de la relación que pasan a un segundo plano tras la irrupción de la adicción (Andersen, 1991). Pero no sólo eso, sino que además las intervenciones del equipo, activan, desde una posición de privilegio (como observadores de dos sistemas interactuantes) aspectos «sanos» de la

relación, convergiendo así su posible eficacia, con la filosofía de las escuelas de terapia familiar breve en las que la intervención pasa por aumentar las soluciones y dejar a un lado las conversaciones sobre problemas (De Shazer, 1982; 1985), planteando nuevos significados a las narraciones ofrecidas por los clientes (Neimeyer, 1985), externalizando el problema (White, 2000), introduciendo nuevas perspectivas a través de metáforas, connotaciones, etc., y ampliando el discurso narrativo a través de la introducción de variantes en la temporalidad, las atribuciones, el contexto, etc. (Sluzki, 1992).

Capítulo 4

LA EFECTIVIDAD DE LA TERAPIA DE PAREJA

Hasta el momento hemos descrito los principales modelos de terapia de pareja tanto en su desarrollo histórico como en los formatos más actuales. Sin embargo, también hemos podido comprobar que un obstáculo importante en el desarrollo de los modelos tiene que ver con el escaso apoyo empírico que han recibido en cuanto a la eficacia y en cuanto a su indicación. En el presente capítulo expondremos de manera breve cuál es el estado actual de la investigación sobre la eficacia de los diferentes modelos de terapia de pareja y más específicamente en el caso del juego patológico.

1. EFICACIA DE LA PSICOTERAPIA. INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS Y PROCESOS

La investigación en psicoterapia ha seguido tradicionalmente un desarrollo no siempre vinculado a su aplicación práctica debido, en parte, a la suposición de que la observación del proceso psicoterapéutico podría interferir en el mismo, por lo que la investigación sobre la efectividad de la psicoterapia estaba ligada a los informes clínicos realizados por los propios terapeutas.

A partir de los años cincuenta del siglo XX se produjo un cambio importante con la aparición de los trabajos de Rogers y su empeño por registrar sesiones para luego codificarlas y analizarlas, dando lugar al establecimiento de una serie de variables que en su opinión intervenían en la mayor o menor eficacia del tratamiento. Estas «condiciones necesarias y suficientes» fueron objeto de investigación y algunos autores como Bergin (1966) encontraron una correlación positiva entre el éxito del tratamiento y la capacidad del terapeuta para ofrecer autenticidad, empatía y aceptación positiva a sus pacientes. Posteriormente, Mitchel, Bozarth y Crauft (1977), tras un minucioso estudio, matizaron esos resultados y mostraron la falta de evidencia para concluir que las condiciones ofrecidas por el terapeuta fueran suficientes para un tratamiento exitoso.

Pero quizá el momento clave en el desarrollo de la investigación sobre la eficacia de la psicoterapia se encuentra en la publicación del trabajo de Eysenck en 1952 donde puso en entredicho la efectividad de la psicoterapia en general, al concluir que no había evidencia de que la psicoterapia fuera más beneficiosa para los pacientes neuróticos que la ausencia de tratamiento. Este aspecto, junto al avance de las técnicas de modificación de conducta fue interpretado por algunos como una prueba de la superioridad de la terapia conductual frente a la psicoterapia tradicional (Eysenck, 1961, 1965; Paul, 1967), lo cual hizo resurgir el interés por el tema e inspiró a nuevos investigadores, que elevaron el rigor metodológico y teórico de los estudios de resultado con la intención de poder demostrar la eficacia de los

tratamientos en psicoterapia.

La aplicación de la técnica meta-analítica a la revisión de estudios sobre la eficacia de la psicoterapia supuso un giro importante en la cuestión. Los trabajos de Luborsky, Singer y Luborsky (1975) y posteriormente de Smith, Glass y Miller (1980) pusieron de manifiesto evidencias suficientes acerca de la efectividad global de la psicoterapia, posibilitando de ese modo un cambio de planteamiento en el problema. A pesar de que se continúa investigando en el resultado de diferentes tratamientos con pacientes que sufren trastornos diversos, así como en la comparación de tratamientos y en cuestiones metodológicas relacionadas con esas líneas de trabajo, el interés principal comienza a centrarse en la investigación del proceso psicoterapéutico (Ávila, 1990; Castillo y Poch, 1991), aunque por lo general la distinción entre estudios de resultados y de procesos es una distinción forzada, ya que en la mayoría de los casos ambos tipos de estudios se suelen superponer en alguna medida (Poch y Ávila, 1998).

Este cambio tiene su sentido si observamos que en la actualidad, la literatura psicológica está repleta de interpretaciones encontradas y controvertidas respecto al porqué y cómo del cambio psicológico producido durante una intervención terapéutica. Las diferentes teorías ponen el acento sobre los aspectos afectivos, cognoscitivos o conductuales de la persona, a menudo sobre algunos de ellos y no sobre los demás; también podemos encontrar posturas más conciliadoras que enfatizan la importancia de un área pero reconocen la del resto. Por tanto, mientras que todas las escuelas de psicoterapia hablan de cambio, la concepción de ese cambio varía considerablemente de una escuela a otra (Pelvin, 1984).

Es por ello que autores como Ávila (1990) y Haaga (1990) aconsejan investigar minuciosamente dentro de las orientaciones ya existentes, pero con una cierta flexibilidad con respecto a las técnicas que se estudian y con un mayor refinamiento metodológico en la investigación, centrándose sobre todo en el estudio de los microprocesos (Ávila, 1990). Ello permitirá afrontar, quizá, las carencias y limitaciones de los planteamientos psicoterapéuticos existentes, ya que a pesar del gran número de datos que se han generado desde la investigación en psicoterapia, las conclusiones no son firmes y han sido y son difíciles de alcanzar (Castillo y Poch, 1991). Tal y como afirman estos autores:

«... que la psicoterapia funciona parece que es una cuestión ya

establecida, sin embargo, lo relevante es saber si funciona por quien la hace, por su experiencia, por sus conocimientos técnicos, por el tipo de relación y proceso que se establece entre paciente y terapeuta, etc.» (Castillo y Poch, 1991, págs. 16-17).

2. LAS RELACIONES DE PAREJA EN EL MARCO DE LA PSICOTERAPIA

La terapia de pareja es un procedimiento terapéutico que ha aumentado enormemente su aceptación y es cada vez más demandado. Sólo en Estados Unidos casi el 50% de los primeros matrimonios acaban en divorcio (Martin y Bumpass, 1989), y en nuestro país las cifras han aumentado sensiblemente en los últimos años, de modo que la intervención en las relaciones matrimoniales a cargo de terapeutas con una formación específica en esa área también lo ha hecho simultáneamente. Ha sido sobre todo en la última década cuando se ha producido un aumento considerable de los trabajos científicos en el campo de las relaciones conyugales. No obstante, tal y como ocurre en otras modalidades psicoterapéuticas, la falta de un cuerpo teórico común y una línea de investigación definida viene siendo uno de los inconvenientes que la investigación de las relaciones conyugales viene arrastrando.

Con anterioridad a la aparición del paradigma sistémico, autores como Sullivan (Sullivan, 1947) y su psicología interpersonal, Bion (Bion, 1948) desde la psicoterapia del grupo y Moreno (Moreno, 1921) se habían acercado al estudio de las relaciones interpersonales desde una perspectiva clínica y psicoterapéutica. Sin embargo, en la mayoría de los casos los métodos con que se enfocaban los procesos conyugales consistían fundamentalmente en una extrapolación de las teorías individuales acerca de la adaptación y el cambio al ámbito de la pareja. El paradigma sistémico amplió esto introduciendo una nueva perspectiva al resaltar los mecanismos que regulan el funcionamiento de los sistemas formados por grupos humanos, y en los últimos diez años es cuando se ha ido produciendo una cierta maduración en la comprensión de los elementos relacionados con la aparición del conflicto o la satisfacción en la relación conyugal (Johnson y Lebow, 2000).

En la línea del estudio de los aspectos específicos que se pueden relacionar con la aparición del conflicto conyugal, se encuentran los trabajos de Gottman (1994) Heavy, Christnesen y Malamuth (1995), que han subrayado el poder de las emociones negativas y los patrones de interacción altamente estructurados como predictores del futuro de la relación. Estos autores

encontraron por ejemplo que las relaciones caracterizadas por interacciones donde se expresan afectos negativos (enfados, agresión, cólera) contrariamente a lo que se puede pensar, son menos perjudiciales para la relación conyugal que aquellas en las que se produce un distanciamiento emocional (Gottman, Coan, Carrere y Swanson, 1998). En este sentido, los matrimonios que presentan un marcado desempeño estereotipado de los roles de género tienen más problemas que los que presentan un desempeño más flexible. En general, los autores señalan factores como el compromiso emocional y el apaciguamiento mutuo como aspectos de gran importancia en el mantenimiento de una relación conyugal saludable (Gottman *et al.*, 1998).

Beavers y Hampson (1993) también se han interesado por desvelar los aspectos que se relacionan con la resolución de los conflictos conyugales y la mejora de la relación matrimonial. Sus investigaciones ponen de manifiesto que tan importante es para la salud de la pareja la capacidad para negociar con las emociones negativas como con las necesidades propias y de la pareja. En la misma línea, Greenberg y Johnson (1988) han demostrado el valor de la «apertura del sí mismo o íntimo» en las sesiones de terapia de pareja. La experiencia emocional más profunda estaba relacionada con las experiencias de más apertura, acercamiento y disfrute.

La búsqueda de un cuerpo teórico común que permita el desarrollo de la terapia de pareja se ha convertido en uno de los aspectos sobre los que muchos autores se encuentran preocupados. Otros como Hoffman (1998) sugieren que lo realmente importante es ayudar a los matrimonios y las familias a cambiar, más que la elaboración de modelos teóricos que ayuden a la intervención. Parece obvio que la ayuda a las familias debe ser el primer objetivo de la psicoterapia, sin embargo nosotros estamos de acuerdo con Johnson y Lebow (2000) cuando concluyen:

« (con) la ausencia de modelos explicativos para la comprensión de las relaciones estaremos siempre siguiendo una metáfora o a un terapeuta carismático detrás de otro» (Johnson and Lebow, 2000, pág. 24).

En la última década las teorías sobre las relaciones amorosas entre adultos se han enriquecido de dos aportaciones fundamentalmente, las teorías del intercambio, que son la piedra angular de las intervenciones conductuales, y más recientemente la teoría del apego (Bartholomew y Perlman, 1994;

Cassidy y Shaver, 1999), menos conocida por los terapeutas de orientación sistémica, pero que cuenta con toda una serie de constructos explicativos que son de gran utilidad para predecir factores de las relaciones en general, como por ejemplo la calidad de las relaciones amorosas (Collins y Read, 1990), o en el caso de factores específicos, como la búsqueda de apoyo (Simpson y Rholes, 1994) y las conductas facilitadoras de conflictos (Simpson, Rholes y Phillips, 1996).

Cada vez son más los autores que coinciden en que la aproximación a los problemas conyugales se puede hacer desde una perspectiva integradora, sobre todo teniendo en cuenta que en la práctica clínica los terapeutas de pareja adoptan frecuentemente una postura pragmática, no siendo raro encontrar terapeutas que, por ejemplo, trabajan con la toma de conciencia de los patrones de relación aprendidos en la familia de origen al tiempo que prescriben el aprendizaje de habilidades (Hendrix, 1988), o bien hacen un uso más analítico (Scharff, 1995).

Una aproximación poco detallada a los diferentes modelos, permite establecer ciertas similitudes entre ellos. Por ejemplo, una aproximación humanista experiencial como la TFE (Terapia Focalizada en las Emociones), también dedica la primera fase del tratamiento a identificar los patrones negativos de relación de la pareja y busca la alianza de los cónyuges contra el enemigo común de modo muy parecido a lo que los terapeutas de narrativas llaman externalización del problema; las aproximaciones postmodernas corren paralelas a los modelos humanistas rogerianos que procuran una postura colaborativa y donde se sostiene que el experto es el cliente; y la terapia narrativa y la aproximación ego-analítica de Wile (1995) alternan el énfasis cognitivo con el proceso de construcción de significados (Lebow, 2000).

Actualmente no sólo han ido surgiendo progresivamente sistemas de aproximación que tratan de integrar teorías, estrategias e intervenciones de los diferentes modelos (Pinsof, 1995), sino que también se ha observado el surgimiento de terapias integradoras configuradas para responder a dificultades específicas de las parejas, como por ejemplo en el caso de parejas enormemente conflictivas (Pinsof, 1998), infidelidad (Lusterman, 1996; Pittman, 1990) y el enquistamiento de situaciones traumáticas dentro de la relación de pareja (Johnson y Williams-Keeler, 1998).

3. ESTADO ACTUAL DE LOS ESTUDIOS SOBRE LA EFICACIA DE LA TERAPIA DE PAREJA

Si nos detenemos a analizar el caso concreto de la terapia de pareja, son los tratamientos de orientación conductual los que se han esmerado más en la realización de estudios dirigidos a establecer la eficacia de los mismos y medir la durabilidad de los cambios realizados. Así por ejemplo, Pincus y Wynne (1995 a, 1995b), Baucom (1998) y Lebow y Gurman (1995) han subrayado la existencia de suficientes estudios que permiten afirmar con claridad la efectividad de la terapia de pareja, si bien la mayoría de ellos no aclara el modo en que la terapia afecta a los clientes ni la durabilidad de los cambios, ya que en algunos casos parece que hay una tendencia a la disminución de los efectos a lo largo del tiempo.

Por otro lado, nos encontramos también con la dificultad para definir el éxito en la terapia de pareja, ya que no está muy claro en qué momento podemos decir que la terapia ha sido efectiva. ¿La satisfacción de los clientes con la relación debe ser la meta de la terapia? ¿Podemos estar satisfechos con mejoras que afectan únicamente a aspectos muy concretos de la relación como por ejemplo la paternidad? ¿Podemos considerar el divorcio como un buen resultado en algunos casos? Todas estas preguntas sugieren la necesidad de encontrar una mayor clarificación de la cuestión, al mismo tiempo que mejores métodos para medir el cambio (Gottman, 1999).

En 1990 Sprenkle realizó una revisión de los principales modelos de terapia de pareja que es posible encontrar hasta el momento: Cognitivo conductual, Narrativa, Centrado en soluciones, Centrado en emociones, Feminista, «Boweniano», psicodinámico e integrador. De todos ellos sólo unos pocos han sido sometidos a validación a través de la investigación (Johnson y Lebow, 2000). En nuestra exposición acerca del desarrollo de la investigación sobre la eficacia de la terapia de pareja, hemos optado por clasificar a los distintos modelos en conductuales, dinámicos y humanistas. Tal y como expusimos en el capítulo 1, la variedad de clasificaciones que se pueden hacer de la terapia de familia y de pareja es inmensa; nosotros

optamos por esta al ser la más frecuente en ámbito académico y la más utilizada al dar forma a los planes de estudios universitarios (Garrido, 1998).

3.1. Validación empírica del modelo de terapia marital conductual, cognitiva y cognitivo-conductual

Los modelos conductuales son, probablemente, los que han recibido un mayor apoyo empírico derivado de la particular tradición experimental de la que surge. La TMC (terapia marital conductual) se desarrolla básicamente, en torno a los contratos de cambio conductual combinado con entrenamiento conductual en resolución de problemas y habilidades de comunicación. Los resultados acerca de su eficacia han sido ampliamente descritos, ya sea a través de la revisión de casos (Jacobson y Addis, 1993; Lebow y Gurman, 1995) como a través de dos meta-análisis (Dunn y Scjwebel, 1995; Shadish *et al.*, 1993).

A las intervenciones de los terapeutas conductuales se han añadido últimamente las intervenciones cognitivas a la TCM (Terapia Cognitiva Marital), dirigidas sobre todo a trabajar sobre las atribuciones negativas de la conducta y a examinar las expectativas acerca de la relación. Hasta el momento no se ha demostrado que la suma de las intervenciones cognitivas añada mayor eficacia a la TMC, aunque, por ejemplo, Baucom *et al.* (1998) encontraron que las parejas que recibieron la combinación de terapia conductual y cognitiva se encontraban más mejoradas al final de tratamiento.

Recientemente Jacobson y Christensen (1996) han desarrollado la terapia de parejas conductual integrada (TPCI). Esta aproximación asigna un mayor papel a promocionar la aceptación entre los esposos además de conseguir el cambio conductual que persiguen los métodos tradicionales de cambio conductual. El modelo enfatiza el reencuadre de emociones «duras» (por ejemplo hostilidad) en términos de emociones más suaves (por ejemplo tristeza), a través de la toma de conciencia del aprendizaje de aquellas en la familia de origen. Existen pocos datos acerca de la eficacia de este modelo. Un estudio preliminar sugiere que la TPCI es más efectiva en la reducción de la culpa y en la promoción de expresiones emocionales más «suaves» que la TMC (Cordova, Jacobson y Christensen, 1998).

1. Estudios de resultados y de meta-análisis de los modelos conductuales

En la siguiente tabla (Tabla 15) se recogen los estudios de resultados sobre la eficacia de las terapias maritales conductuales en casos de conflictos matrimoniales.

706A-10
ESTUDIOS SOBRE LA EFICACIA DE LA TMC, TERAPIA
COGNITIVA Y TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL
(Bacon et al., 1986)

Tecnología	Estudio	Características de intervención	Resultados	
Tiempo terapia consultar	Tava-Holmstrom (1987)	1. TMC (n=14) 2. Atención directiva (n=8) 3. Lista de espera (n=5)	1-5 1-5	
	Lieberman et al. (1986)	1. TMC (n=2) 2. Atención directiva (n=2)	1-5	
	Jacobson (1977)	1. TMC (n=4) 2. Lista de espera (n=3)	1-5	
	Jacobson (1977)	1. TMC + control narrativo (n=4) 2. TMC + control narrativo de aproximación (n=4) 3. Atención directiva (n=7) 4. Lista de espera (n=5)	1-5, 3-4	
	Green (1976)	1. TMC (n=18) 2. Terapia dirigida por el paciente (n=14) 3. Atención directiva (n=10)	1-5, 3	
	David (1978)	1. TMC (n=18) 2. Lista de espera (n=6)	Mayor 1-2 Menor 3-5	
	Goldstein (1986)	1. TMC (n=23) 2. Atención directiva (n=17)	1-5	
	Bacon et al. (1986)	1. Control conductual (n=10) 2. Terapia dirigida por el paciente (n=10) 3. Lista de espera (n=10)	1-5, 3	
	Goldstein (1986)	1. TMC (n=14) 2. Atención directiva (n=14) 3. Lista de espera (n=14)	1-5, 3	
	Talbot et al. (1986)	1. Ensayo con explicación de terapia (n=10) 2. TMC (n=12) 3. Lista de espera (n=10)	1-5, 3	
	Davidson (1982)	1. TMC (n=10) 2. Control conductual resolución de problemas (n=10) 3. Control conductual Pro-B 4. Lista de espera (n=10)	1-5, 3-4	
	Holmstrom et al. (1985)	1. TMC (n=10) 2. TMC + grupo Pro-B 3. Ensayo con explicación terapia (n=10) 4. Ensayo con explicación terapia en grupo (n=10) 5. Lista de espera (n=10)	1-5, 3-4, 5	
	Jacobson (1984)	1. TMC (n=10) 2. Control conductual resolución de problemas (n=10) 3. Control conductual resolución de problemas (n=10) 4. Lista de espera (n=10)	1-5, 3-4	
	Davidson et al. (1985)	1. Control conductual resolución de problemas 2. Control conductual resolución de problemas resolución de problemas (n=17)	1-5	
Tiempo terapia	Bacon (1986)	1. TMC (n=10) 2. TMC + grupo Pro-B 3. TMC + grupo Pro-B	1-5, 3	
	G. M. Johnson y Downing (1982)	1. TMC (n=12) 2. Control conductual resolución de problemas (n=10) 3. Lista de espera (n=10)	1-5, 3	
	Bacon + Lester (1986)	1. TMC (n=4) 2. TMC + narración de control (n=4) 3. Lista de espera (n=8)	1-5, 3	
	Green et al. et al. (1986)	1. TMC (n=10) 2. Atención directiva control (n=10)	1-5	
	White et al. (1986)	1. TMC + grupo Pro-B 2. TMC + grupo Pro-B 3. Lista de espera (n=10)	1-5, 3	
	Spader y Hill (1986)	1. TMC (n=23) 2. Terapia dirigida por el paciente control (n=18) 3. Lista de espera (n=10)	1-5	
	Bacon + Lester y Sue (1986)	1. TMC + narración de control (n=10) 2. Atención directiva control (n=10) 3. TMC + narración de control (n=10) 4. TMC + atención directiva control (n=10) 5. Lista de espera (n=10)	1-5, 3-4, 5	
	Holmstrom et al. (1986)	1. TMC (n=10) 2. TMC + narración de control cognitiva aproximación control (n=10) 3. Lista de espera (n=10)	1-5	
	Tiempo terapia evaluación	Holmstrom et al. (1986)	1. Atención directiva control (n=10) 2. Lista de espera (n=10)	1-5
		Green et al. et al. (1986)	1. Atención directiva control (n=10) 2. Lista de espera (n=10)	1-5
		Bacon et al. (1986)	1. Atención directiva control (n=10) 2. Lista de espera (n=10)	1-5
		Holmstrom et al. (1986)	1. Atención directiva control (n=10) 2. Lista de espera (n=10)	1-5

La primera conclusión que se puede extraer de la lectura de los datos es que existen datos suficientes para considerar que las intervenciones en TMC, terapia cognitiva y cognitivo-conductual son más efectivas que la situación de lista de espera y en general más eficaces que los grupos de placebo. No obstante aún no queda suficientemente claro en qué medida su eficacia es superior a la que pueda obtenerse a través de otros métodos de intervención.

En la Tabla 16 se recogen los principales estudios de meta-análisis realizados sobre los estudios de resultados en TMC. Los datos corroboran lo que los estudios de resultados muestran, y es que en general la eficacia de la TMC queda demostrada en los casos de conflictividad conyugal. No obstante, esta efectividad se encuentra, por lo general, supeditada a los datos en el retest. Los estudios de seguimiento arrojan datos dispares sobre la durabilidad de los cambios y que en general, el paso del tiempo tiene un efecto negativo en la permanencia de los cambios observados a la finalización de la terapia (Tabla 16).

TABLA 16
ESTUDIOS DE META-ANÁLISIS SOBRE LA EFICACIA DE LA TMC

TRATAMIENTO	ESTUDIO		RESULTADOS PRINCIPALES
TMC	Hahlweg y Markman (1988)	TMC con placebo y lista de espera	Efecto 0,95 Efecto 1,02 con lista de espera Efecto 0,55 con placebo
	Shadish et al. (1993)		Efecto 0,95
	Dunn y Schwebel (1995)	TMC y grupo Control	Efecto 0,79

Fuente: Baucom *et al.*, 1998, pág. 58.

TABLA 17
**ESTUDIOS DE SEGUIMIENTO TRAS LA APLICACIÓN DE TMC
 EN CASOS DE CONFLICTOS CONYUGALES**

TRATAMIENTO	ESTUDIO		RESULTADOS PRINCIPALES
TMC	Hahlweg y Markman (1988)	1 año	Mantenimiento de los resultados durante un año
	Jacobson, Schmaling y Holzworth-Munre (1987)	2 años	El 30% de las parejas recaen
	Snyder, Wills y Grady-Fletcher (1991)	4 años	38% se divorciaron

3.2. EL PSICOANÁLISIS Y LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA EN LA TERAPIA DE PAREJA

Las terapias de pareja psicodinámicas «orientadas hacia el *insight*» (*insight-oriented*) centran el foco de la intervención en conseguir de las parejas una mayor comprensión de las dificultades y hacen especial hincapié en la expresión de emociones como vehículo para restaurar los patrones de relación entre los cónyuges.

Dicks (1967) es uno de los pioneros en el trabajo con la relación matrimonial desde la orientación psicodinámica. En su obra *Marital Tensions* (1967), recoge los resultados de los tratamientos llevados a cabo en la Tavistock Clinic e informa de un 63,8% de resultados positivos en una muestra de 36 matrimonios que recibieron tratamiento con menos de 25 sesiones (salvo una pareja que recibió más de 50). Sin embargo, el estudio presenta algunas carencias importantes como son la ausencia de grupos de comparación o la ausencia de instrumentos de medida adecuados. Aun así, no podemos restar mérito a estos primeros intentos por sistematizar un tipo de tratamiento y por tratar de obtener datos empíricos acerca de la efectividad del mismo.

Por otro lado, Baucom (Baucom *et al.*, 1998) considera que, entre los modelos psicodinámicos de terapia de pareja que han sido sometidos a comprobación empírica con un rigor metodológico similar al que se exige a

los modelos conductuales, es posible incluir la *Insight-Oriented Marital Therapy* de Snyder y Wills (1989).

Este modelo ofrece a las parejas una explicación e interpretación que les permite comprender el desarrollo de los problemas, creencias incongruentes y roles relacionales desadaptativos que son total o parcialmente inconscientes, pudiendo de este modo ser renegociados a nivel consciente. Se trata de un modelo poco definido, aunque un estudio de resultados arroja datos muy positivos. Tras el tratamiento y en un seguimiento de cuatro años, tan sólo se encontró un 3% de parejas divorciadas tras la terapia (Snyder *et al.*, 1991).

3.3. LA VALIDACIÓN EMPÍRICA DE LOS MODELOS HUMANISTAS DE TERAPIA DE PAREJA

En este apartado se incluyen un gran número de modalidades psicoterapéuticas cuyo acercamiento a los problemas conyugales no puede ser entendido como claramente conductual o como derivado del psicoanálisis. Este es el caso de la terapia de parejas focalizada en emociones (TPFE), cuyo foco de intervención se sitúa en el modo de facilitar un apertura de las respuestas emocionales reprimidas entre los esposos y en interrumpir los ciclos interaccionales que enferman las relaciones, así como fomentar el desarrollo de un vínculo seguro entre los esposos (Jonhson, 1996, 1998, 1999). Este tipo de intervenciones combinan las técnicas sistémicas de los modelos estructurales y experienciales. Los estudios sobre la eficacia de estos modelos arrojan datos positivos en el tratamiento de parejas) y en los estudios de meta-análisis se han obtenido valores de 1.3. (Johnson *et al.*, 1999). Sin embargo, los datos acerca de la durabilidad de los cambios no son muy optimistas. Parece que los matrimonios después de dos años eran muy vulnerables a las recaídas y a volver a presentar dificultades conyugales (Johnson *et al.*, 1999).

1. Los estudios de meta-análisis sobre la eficacia de los modelos no conductuales

El estudio sobre la eficacia de la terapia de pareja de corte sistémico no es tampoco demasiado prolífico. Las primeras revisiones realmente serias de los trabajos publicados se realizaron en 1978 de la mano de Wells y Dezen (1978) por un lado y de Gurman y Kniskern (1978) por otro, y posteriormente Pinsof, Winne y Hambright (1996) y Friedlander (1998). De

los resultados que se refieren a la terapia de pareja no conductual se pueden extraer las siguientes conclusiones:

1. Las terapias maritales no conductuales producen resultados beneficiosos en las 2/3 partes de los casos aproximadamente. Esta proporción se sustenta en el 61% de una población de 1.529 casos extraídos de 38 estudios.

TABLA 18
**ESTUDIOS DE RESULTADOS SOBRE LA EFICACIA DE LA TCE
 Y TERAPIA SISTÉMICA, AMPLIADO (Baucom *et al.*, 1998)**

TCE	Dandneau y Johnson (1994)	1. TCE (n=12) 2. Terapia cognitiva (n=12) 3. Lista de espera (n=12)	1=2>3
	Goldman y Greenberg (1992)	1. TCE (n=14) 2. Terapia sistémica (n=14) 3. Lista de espera (n=14)	1=2>3
	James (1991)	1. TCE + entrenamiento en expresión emocional (n=14) 2. TCE (n=14) 3. Lista de espera	1=2>3
	Johnson y Greenberg (1985)	Visto en la tabla sobre TMC	1=2
	Walker <i>et al.</i> (1996)	1. TCE (n=16) 2. Lista de espera (n=16)	
Terapia sistémica	A. Goldman y Greember (1992)	Visto en la tabla sobre TMC	

La cifra de 61% es una media estadística calculada a partir de los resultados de la terapia marital conjunta, terapia de grupo marital, terapias concurrentes y colaborativas y terapia individual de parejas.

2. Tanto la terapia familiar como la marital puede hacer que los pacientes empeoren de forma individual o en sus relaciones mutuas. Parece que entre un 5 y 10% de las parejas y familias empeoran probablemente a causa de la terapia familiar y de parejas no conductual.

3. La terapia familiar y marital produce más cambios positivos que el grupo de control de no tratamiento (18 de 29 comparaciones).

4. La terapia individual de problemas maritales, además de obtener

pocos resultados positivos, es más proclive a producir resultados negativos: 11,6% frente al 5,6% de otro tipo de tratamiento.

5. Entre las formas de terapia marital no conductual (conjunta, grupal, colaborativa), la terapia conjunta es probablemente la más efectiva. De 44 comparaciones entre terapia marital conjunta con las otras combinaciones, el tratamiento conjunto era superior en 31 comparaciones, igual e inferior solamente en 2. Además se puede concluir que la terapia marital en grupo parece uno de los tratamientos de elección en casos de alcoholismo. En casos de disfunción sexual la terapia conductual marital ha recibido apoyo empírico considerable y debe considerarse el tratamiento de elección para este tipo de problemas.

6. La terapia familiar y marital conductual produce tanto deterioro como la no conductual.

7. Existe poca evidencia de la eficacia del consejo o la terapia de divorcio.

En definitiva, encontramos que existen cada vez mayor número de evidencias acerca de la efectividad de la terapia de pareja no conductual, aunque hay otros aspectos que es necesario seguir investigando como factores relacionados con aspectos peculiares del tratamiento (formato de terapia breve, utilización de las grabaciones, coterapia y equipo, etc.) y con el terapeuta (experiencia, formación, aptitudes, etc.).

TABLA 19
ESTUDIO DE SEGUIMIENTO EN LA TCE EN CASOS
DE CONFLICTOS MARITALES (Baucom *et al.*, 1998)

TCE	Snyder <i>et al.</i> (1991)	4 años	3% divorciados
-----	-----------------------------	--------	----------------

Parece que en los últimos años los trabajos han aumentado la calidad metodológica (Gurman *et al.*, 1986) al mismo ritmo que ha aumentado la calidad de los instrumentos de evaluación de la dinámica familiar (Abate, 1994), con lo que se espera que cada vez exista menos diferencia en cuanto al rigor científico entre los trabajos conductuales y los no conductuales (Navarro, 1989).

4. APORTACIONES DE LA INVESTIGACIÓN A LA TERAPIA DE PAREJA Y JUEGO PATOLÓGICO

La situación de la investigación es aún más escasa cuando se trata de un tema tan específico como la terapia marital en casos de juego patológico. En este caso encontramos pocos estudios en los que ambos términos se encuentren emparejados. Tal y como señala Blaszczynski (1993), la terapia marital ha sido utilizada para tratar jugadores, aunque según este autor no hay evidencias para sugerir que la disfunción marital es la causa más que el efecto del juego patológico o que la mejora de la relación marital conduce a una reducción en las conductas de juego patológico. Sí parece más claro que la aparición y el desarrollo de la adicción provoca una serie de desajustes importantes en el matrimonio, aspecto este que merece un desarrollo aparte.

Lo que sí parece claro es que existen pocos trabajos en los que se incluya la familia o a la pareja del jugador como parte del enfoque terapéutico. Con el objetivo de recoger información acerca de esto, realizamos una búsqueda informatizada en las bases de datos MEDLINE y PsycINFO que recogen los trabajos de mayor repercusión científica en el ámbito de la medicina y la psicología respectivamente. Si bien estas bases computerizadas recogen fundamentalmente trabajos de procedencia anglosajona, es posible considerar los resultados de la búsqueda como un indicativo de la situación actual del tema.

El período de tiempo elegido para realizar la búsqueda bibliográfica fue 1980-2001 y las palabras clave fueron «pathological gambling» y «family therapy» por un lado y «pathological gambling» y «marital therapy» por otro. El siguiente cuadro (Tabla 20) refleja los resultados de la búsqueda:

TABLA 20
**RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA COMPUTERIZADA
 EN MEDLINE Y PSYCINFO**

PALABRAS CLAVE	PERÍODO	BASE DE DATOS	Nº DE ARTÍCULOS
<i>Pathological Gambling and Family Therapy</i>	1980-2001	MEDLINE PsycINFO	2 8
<i>Pathological Gambling and Marital Therapy</i>	1980-2001	MEDLINE PsycINFO	0 6

Como se observa, el número de trabajos en los que la familia o la pareja del jugador aparece implicada directamente en el tratamiento del juego patológico es muy escaso. Y sin embargo, la evidencia clínica parece demostrar que no es posible obviar un aspecto tan importante como las relaciones familiares y conyugales en el tratamiento de los jugadores patológicos (Bellringer, 1999; Griffiths y Macdonald, 1999; Hammond, 1997; Harrison y Donnelly, 1987; Haustein y Schuergers, 1992; Nespors, 1994; Wildman, 1989).

De todo lo anterior se desprende que, aunque de forma muy escasa, existen algunos intentos de afrontar el juego desde la óptica de la terapia de pareja (Boyd y Bolen, 1970; Harrison y Donnelly, 1989; Tepperman, 1985; Wildman, 1990), aunque aún son insuficientes como para establecer conclusiones fiables acerca de la eficacia e idoneidad de tales aproximaciones.

En el caso del alcoholismo, por ejemplo, en los últimos años han aumentado los estudios que tratan de medir directamente la eficacia de la intervención de los programas dirigidos al matrimonio con un miembro alcohólico (Edward y Steinglass, 1995; Miller *et al.*, 1995). En el caso de la estrategia de reforzamiento comunitario desarrollada por Azrin (1976) e intervenciones de TMC en grupo o combinadas con otras estrategias conductuales, parece posible concluir una eficacia superior a la que se obtiene a través de un tratamiento médico habitual o individual (O'Farrel *et al.*, 1985; 1993).

En el caso del juego patológico los estudios más conocidos sobre el tema son los realizados por Bolen y Boyd (1970) y por Tepperman (1985). Los primeros recogen los resultados de un estudio en el que se trataron a nueve parejas utilizando terapia de grupo marital. Los resultados a la finalización de la terapia tras 12 meses, es que en tres casos se produjo la abstinencia y cinco

son descritos como «cerca del abandono». Un aspecto negativo del estudio es la ausencia de seguimiento (Blaszczynski, 1993).

En el estudio de Tepperman (1985), el autor evalúa la terapia conjunta a corto plazo del matrimonio que además asiste a Jugadores Anónimos, comparada con la asistencia a Jugadores Anónimos únicamente. De 20 pacientes de cada grupo, 10 de ambos abandonaron el tratamiento. En un seguimiento a los tres años se encuentra que nueve de los pacientes de la terapia conjunta continuaban asistiendo a Jugadores Anónimos y el resto había dejado de asistir y suponía que habían vuelto a jugar (Tepperman, 1985).

En general no parece que se pueda concluir que la terapia de pareja en el juego patológico es eficaz, aunque, por otro lado, cada vez más se ha convertido en un tratamiento complementario incluido en los programas de intervención (González, 2000).

En cambio, sobre la eficacia del tratamiento sobre los jugadores sí existen algunos datos interesantes. Los estudios sobre la efectividad de un tratamiento suelen mostrar que son eficaces (Peck, 1986) y que la tasa de respuesta positiva al tratamiento es superior al 50% en los casos tratados con un control de seguimiento de seis meses (Taber y cols., 1986). Sin embargo encontramos que, en la mayoría de los casos, se refieren a muestras muy pequeñas y no se estudia la eficacia diferencial de los tratamientos entre sí o con un grupo placebo, y se combinan simultáneamente varias técnicas, por lo que no es fácil identificar el componente activo de la terapia (Allcock, 1986; Echeburúa, Báez y Fernández-Montalvo, 1994).

Es por ello que, si bien somos conscientes de la importancia de los estudios sobre procesos y que en la actualidad, el esfuerzo investigador debe compaginar tanto la obtención de resultados acerca de la efectividad del tratamiento como del cómo y por qué funciona (Poch y Ávila, 1998), en el caso de la terapia de pareja en el juego patológico, aún no queda claro si tiene algún efecto específico sobre la abstinencia.

No obstante, en un trabajo que realizamos con 35 parejas con problemas de ludopatía en uno de los cónyuges, se observó que la técnica mejoraba las relaciones de pareja en un alto porcentaje de casos (Jaén, 2001; Garrido, Jaén y Domínguez, 2004). Al mismo tiempo, en la obra *Ludopatía y relaciones familiares* (op. cit.) recogemos varios ejemplos de la aplicación clínica de la técnica del Equipo Reflexivo en este contexto.

BIBLIOGRAFÍA

Abbate, F. (1978). *Perturbaciones psicopatológicas conyugales y familiares*. Buenos Aires. AZ Editora.

Abeler, M.; Dia, M.; Fröhlich, J.; Fuchs, G.; Mahnkopf, A. y Röhrig, A. (1997). «Die suizidkonferenz». *Psychiatrische Praxis*, 5: 231-234.

Ackerman, N. W. (1954). «Interpersonal Disturbances in the Family: Some Unsolved Problems in Psychotherapy». *Psychiatry*, 17: 359-364.

Adler, A. (1967). *Práctica y teoría de la Psicología del Individuo*. Buenos Aires. Paidós.

Andersen, T. (1994). *El Equipo Reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona. Gedisa.

Andersen, T. (1996). «Reflexiones sobre la reflexión con familias». En S. McNamee y K. Gergen. *La Terapia como Construcción Social*. Barcelona. Paidós.

Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires. Amorrortu.

Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). «Human systems as linguistic systems: evolving ideas about the implications for theory and practice». *Family process*, 27: 371-393.

Anderson, H. y Goolishian, A. (1992). «El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico». En S. McNamee y K. J. Gergen. *La terapia como construcción social*. Barcelona. Paidós.

Andolfi, M.; Angelo, C.; Menghi, P. y Nicolò-Corigliano, A. (1985). *Detrás de la máscara familiar. La familia rígida. Un modelo de psicoterapia relacional*. Buenos Aires. Amorrortu.

Ávila, A. (1990). «¿Un cambio en la dirección en la investigación en psicoterapia? (Orientaciones para la investigación y la práctica)». *Caderns de Psicologia*, 9: 9-13.

Bagarozzi, D. y Anderson, S. (1996) Mitos personales, matrimoniales y familiares. Formulaciones teóricas y estrategias clínicas. Barcelona. Paidós.

Baldaro-Verde, J. y Pallanca, G. (1984). *Ilusioni d'amore*. Raffaello Cortina. Milano.

Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción*. Barcelona. Martínez Roca.

Barrett, M. J.; Trepper, T. S. y Fish, L. S. (1990). «Feminist-informed family therapy for the treatment of intrafamily child sexual abuse». *Journal of Family Psychology*, 2: 151-166.

Bartholomew, K. y Perlman, D. (1994). *Attachment processes in adulthood: Advances in personal relationships (Vol. 5)*. London, Penn.: Jessica Kingsley.

Bateson, G. (1972). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires. Carlos Lohlé.

Bateson, G. (1979). *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires. Amorrortu.

Bateson, G. (1993). *Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente*. Barcelona. Gedisa.

Baucom, D.; Shoham, V.; Mueser, K; Daiuto, A. y Stickle, T. (1998). «Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 53-88.

Baucom, D. H. y Epstein, N. (1990). *Cognitive behavioural marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.

Beavers, R. y Hampson, R. (1993). *Successful families*. New York: Norton.

Beck, A. (1988). *Love is never enough*. New York. Harper and Row. (Trad. Cast. *Con el amor no basta*. Barcelona. Paidós. 1990.)

Bennerr, L. A.; Wolin, S. J. and McAvity, K. J. (1991). «Family identity, ritual and myth: A cultural perspective of life cycle transitions». En C. Falicov (ed.), *Family transitions: Continuity and change over the life cycle*. New York: Harper y Row.

Berger, P. y Luckman, T. (1966). *The social construction of reality*. New York: Doubleday. (Trad. Cast. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires. Amorrortu.)

Bergin, A. E. (1966). «Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice». *Journal of Abnormal Psychology*, 71: 235-246.

Bertalanffy, L. (1968). *General systems theory*. New York. George Braziller. (Trad. Cast. *Teoría General de los Sistemas*. México. F.C.E. 1976.)

- Bion, W. (1948). «Experience in groups». *Human Relations*, 1: 314-329.
- Birchler, G. R. (1979). «Communication Skills in Married Couples». En A. S. Bellack y M. Hersen (eds.), *Research and Practice in Social Skills Training*. New York. Plenum Press.
- Blaszczynski, A. (1993). «Juego Patológico: Una revisión de los tratamientos». *Psicología Conductual*, 3: 409-440.
- Bornstein, P. H. y Bornstein, M. T. (1988). *Terapia de pareja. Enfoque conductual-sistémico*. Madrid. Pirámide.
- Boscolo, L.; Cechin, G.; Hoffman, L. y Penn, P. (1989). *Terapia Familiar Sistémica de Milán*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, M. (1994). *Lealtades invisibles. Reciprocidad en terapia familiar intergeneracional*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Bowen, M. (1966). «The use of Family Theory in Clinical Practice». *Comprehensive Psychiatry*, 7: 345-374.
- Bowen, M. (1991). *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. Barcelona. Paidós.
- Brengio, A. y Alejo, M. (1997). «Sobre el enamoramiento». En J. Puget (comp.), *Psicoanálisis de pareja. Del amor y sus bordes*. Paidós. Buenos Aires.
- Broderick, C. y Schrader, S. (1981). «The History of Professional Marriage and Family Therapy». En Gurman y Kniskern (eds.), *Handbook of Family Therapy*. Vol. I. Bristol. Bruner/Mazel.
- Bueno, B. M. (1985). *Relaciones de pareja: Modelos teóricos de relación*. Bilbao. DDB.
- Bueno, B. M. (1994). «Psicoterapia de pareja y familia». En A. Ávila y J. Poch. *Manual de Técnicas de Psicoterapia*. Madrid. Siglo Veintiuno Editores.
- Burman, B. y Margolin, G. (1992). «Analysis of the association between marital relationships and health problems: An interactional perspective». *Psychological Bulletin*, 112: 39-63.
- Cáceres, C. J. (1994). *Reaprender a vivir en pareja*. Valencia. Promolibro.
- Cáceres, C. y Escudero, V. (1994). *Relación de pareja en jóvenes y embarazos no deseados*. Madrid. Pirámide.
- Canevaro, A. (1986). «Crisis maritales y contexto trigeracional. Un modelo sistémico de terapia breve». *Terapia Familiar*, 15: 37-56. ACE. Buenos Aires.
- Canevaro, A. y Garrido, M. (1995). «Terapia Familiar Trigeracional». En M. Garrido y Espina, A. (comp.), *Terapia Familiar Sistémica. Teoría,*

Clínica e Investigación. Madrid. Fundamentos.

Cassidy, J y Shaver, P. R. (1999). *The handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford.

Castillo, J. A. y Poch, J. (1991). *La efectividad de la Psicoterapia: Método y resultados de la investigación*. Barcelona. Hogar del libro.

Cecchin, G. (1987). «Hypothesizing, Circularity and Neutrality Revisited: An Invitation to Curiosity». *Family Process*, 26: 405-414.

Cecchin, G. (1992). «Construcción de posibilidades terapéuticas». En S. McNamee y K. J. Gergen. *La terapia como construcción social*. Barcelona. Paidós.

Cecchin, G.; Lane, G. y Ray, W. A. (1994). *Irreverence. A strategy for therapists' survival*. London. Karnack Books.

Collins, N. y Read, S. (1990). «Adult attachment, working models, and relationships quality in dating couples». *Journal of Personality and social Psychology*, 58: 644-663.

Cordova, J.; Jacobson, N. y Christensen, A. (1998). «Acceptance versus change interventions in behavioural couples therapy: impact on couples in session communication». *Journal of Marital and Family Therapy*, 24: 437-455.

Cormier, W. y Cormier, L. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao. DDB.

Costa, M. y Serrat, C. (1993). *Terapia de parejas*. Madrid. Alianza. (Ed. Original 1982.)

Cusinato, M. (1992). *Psicología de las relaciones familiares*. Barcelona. Herder.

Dattilio, F. M. y Padesky, C. A. (1995). *Terapia cognitiva con parejas*. Bilbao. DDB.

De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires. Piadoós.

De Shazer, S. (1992). *Pautas de terapia familiar breve*. Barcelona. Paidós.

Dicks, H. V. (1967). *Marital tensions. Clinical studies towards a psychological theory of interaction*. Basic Books, New York.

Dunn, R. y Schwebel, A. (1995). «Meta-analytic review of marital therapy outcome research». *Journal of Family Psychology*, 9: 58-68.

Durrant, M. y White, C. (1990). *Ideas for therapy with sexual abuse*. South Australia: Dulwich Centre Publications.

Edward, T.; Jenkins, D. y Sells, S. (1995). «Reflecting teams: voices of diversity». *Journal of Family Psychotherapy*, 2: 49-70.

Efran, J. y Libretto, S. (1997) «La psicoterapia en la encrucijada: ¿qué puede aportar el constructivismo?» En M. Pakman (ed.), *Construcciones de la experiencia humana*. Vol. II. Barcelona. Gedisa.

Efran, J. S. (1994). «Mystery, abstraction, and narrative psychotherapy». *Journal of Constructivism Psychology*, 7: 219-277.

Ellis, A. et al. (1989). *Rationale-Emotive Couples Therapy*. New York. Pergamon Press.

Epstein, N. (1982). «Cognitive Therapy with couples». *The American Journal of Family Therapy*, 10: 5-16.

Epstein, N. (1986). «Cognitive marital therapy: A multilevel assessment and intervention». *Journal of Rational-Emotive Therapy*, 4: 68-81.

Epstein, N. y Eidelson, R. J. (1981). «Unrealistic beliefs of clinical couples: Their relationship to expectation, goals and satisfaction». *American Journal of Family Therapy*, 9: 13-22.

Epstein, N.; Schlesinger, S. E. y Dryden, W. (eds.) (1988). *Cognitive-behavioural therapy with families*. New York: Brunner/Mazel.

Eron, J. B. y Lund, T. W. (1993). «How problems evolve and dissolve: Integrating narrative and strategic concepts». *Family Process*, 32: 291-309.

Eysenck, H. J. (1961). «The effects of Psychotherapy». En H. J. Eysenck (ed.), *Handbook of Abnormal Psychology*. New York. Basic Books.

Eysenck, H. J. (1965). «The effects of Psychotherapy». *International Journal of Psychiatry*, 1: 99-144.

Fairbairn, W. R. D. (1952). *An object relation theory of the personality*. New York, Basic Books.

Feinstein, D. y Krippner, S. (1989). *Personal mythology*. Los Angeles: J. P. Tarcher, Inc.

Feixas, G. (1991). «Del individuo al sistema: La perspectiva constructivista como marco integrador». *Revista de Psicoterapia*, 6-7: 91-120.

Feixas, G. y Neimeyer, R. A. (1997). «El proceso terapéutico en la terapia de constructos personales». En I. Caro (comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona. Paidós.

Feixas, G. y Villegas, M. (1993). *Constructivismo y psicoterapia*. Barcelona. PPU.

Feixas, G.; Procter, H. G. y Neimeyer, G. J. (1993). «Líneas convergentes de evaluación: Contribuciones sistémicas y constructivistas». En G. J.

Neimeyer (comp.), Evaluación constructivista. Barcelona. Paidós.

Feliu, M. y Güell, M. (1992). La relación de pareja. Técnicas para la convivencia. Barcelona. Martínez Roca.

Fernández-Villamarzo, P. (1993). «Psicodinámica del proceso de enamoramiento. Perspectivas psicoanalítica freudiana apoyada en las investigaciones de T. Reik». En H. De Paz y M. Garrido (eds.), Formación de la pareja, ritos de casamiento y familia hoy. UPS. Salamanca.

Ferreira, A. J. (1963). «Family myth and homeostasis». Archives of General Psychiatry, 9: 457-463.

Festinger, L.; Shachter, S. y Back, K. (1950). Social pressures in informal groups: A study of human factors in housing. New York. Harper.

Filsinger, E. E. y Lewis, R. A. (1981). Assessing Marriage: New Behavioural Approaches. Beverly Hills, CA: Sage.

Fish, R.; Weakland, J. H. y Segal, L. (1984). La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Barcelona. Herder.

Fishman, Ch. H. (1990). Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar. Barcelona. Paidós.

Framo, J. L. (1990). Exploraciones en terapia familiar y matrimonial. Bilbao. DDB.

Framo, J. L. (1996). Familia de Origen y Psicoterapia. Un enfoque intergeneracional. Barcelona. Paidós.

Freud, S. (1981). Obras Completas. Vol. I, II y III. Madrid. Biblioteca Nueva.

Friedlander, M.; Wildman, J.; Heatherington, L. y Skowron, E. (1994). «What we do and don't know about the process of family therapy». Journal of family psychology, 8: 390-416.

Friedman A. y Granick, S. (1990). Family therapy for adolescent drug abuse. Lexington. KY: Lexington Books.

Galluzzo, W. (1995). «Narración y psicoterapia relacional. La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia». Revista de Psicoterapia, 22, 23: 71-82.

García, J.; Garrido, M. y Rodríguez, L. (1993). «La formación de la pareja desde modelos psicológicos. El modelo constructivista como integrador de las diversas perspectivas». En H. De Paz y M. Garrido, (eds.), Formación de la pareja, ritos de casamiento y familia hoy. UPS.

García, J.; Jaén, P. y Garrido, M. (1998). «Effects of therapy in the construction of self-concept in a sample of pathological gamblers». Vith

International Congress on Constructivism in Psychotherapy. Siena. Italy. September.

Garrido, F. M.; Moreno Chaparro, J. L. y Sánchez M. M. (1996). «La formación en Terapia Familiar para Orientadores Familiares». En J. L. Moreno Chaparro (comp.), *El papel del grupo y la familia en la salud mental*. Sevilla. Smithkline Beechman.

Garrido, M. (1991). «El nacimiento de los hijos: algunas aportaciones desde la psicología profunda». En D. Borobio (ed.) *Nacimiento de los hijos y familia*. Salamanca. UPS.

Garrido, M. y Fernández-Santos, I. (1997). «Dimensión formal de la técnica del equipo reflexivo. Modelos de intervención en psicoterapia sistémica constructivista». *Systemica*. 3: 161-181.

Garrido, M.; Fernández-Santos, I.; Cobo, C.; Praena, C.; Jaén, P. y García-Cubillana, P. (1997). «Una guía y protocolo para la evaluación de la psicoterapia relacional constructivista con equipo reflexivo». *Actas del III European Congress of Family Therapy*. EFTA. Barcelona. Julio.

Gergen, K. J. (1985). «The social constructionist movement in modern psychology». *American Psychologist*, 40: 266-275.

Goldfried, M. R. y Padawer, W. (1982). «Current status and future directions in psychotherapy». In M. R. Goldfried (ed.), *Converging themes in the practice psychotherapy*. New York: Springer.

Goldiamond, I. (1965). «Self-Control Procedures in Personal Behaviour Problems». *Psychological Reports*, 17: 851-868.

Goldner, V. (1987). «Instrumentalism, feminism and the limits of family therapy». *Journal of Family Psychology*, 1: 109-116.

Gonçalves. O. F. (1995). «Psicoterapia cognitivo-narrativa». *Revista de Psicoterapia*, 7: 101-112.

González, A. G. (1986). *Análisis de la relación de pareja*. Buenos Aires. Nueva Visión.

Gottman, J. (1994). *What predicts divorce?* Hillsdale, NJ. Lawrence Erlbaum.

Gottman, J.; Coan, J.; Carrere, S. y Swanson, C. (1998). «Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions». *Journal of Marriage and the Family*, 60: 5-22.

Gottman, J.; Coan, J.; Carrere, S. y Swanson, C. (1998). «Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions». *Journal of Marriage and the Family*, 60: 5-22.

Gottman, J. M.; Markman, H. y Notarius, C. (1977). «The topography of marital conflict: A sequential analysis of verbal and nonverbal behaviour». *Journal of Marriage and the Family*, 39: 461-477.

Gottman, J. M. (1999). *The marriage clinic*. N. York. Norton & Company.

Greenberg, L. S. and Johnson, S. M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York. Guilford.

Gurman, A. S. y Kniskern, D. P. (1978). «Research on Marital and Family Therapy: Progress, Perspective and Prospect». En S. L. Gardfiel y A. E. Bergin (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change: An Empirical Analysis*. New York: John Wiley and Sons.

Gurman, A. S. (1981). *Questions and answers in the practice of family therapy*. New York. Brunner/Mazel.

Haley, J. (1963). «Marriage Therapy». *Archive General of Psychology*, 8: 213-234.

Haley, J. (1974). *Tratamiento de la Familia*. Barcelona. Toray-Masson.

Haley, J. (1980) *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires. Amorrortu.

Haley, J. y Hoffman, L. (1976). *Técnicas de Terapia Familiar*. Buenos Aires. Amorrortu.

Hammond, G. (1997). «Problematic gambling patterns: Approaching a systemic view». *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 4: 203-209.

Hare-Mustin, R. T. (1978). «A Feminist Approach to Family Therapy». *Family Process*, 17: 181-194.

Heavey, C.; Christensen, A. y Malamuth, N. (1995). «The longitudinal impact of demand and withdraw during marital conflict». *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 63: 797-801.

Heiman, J.; Epps, P. H. y Ellis, B. (1995). «Treating sexual desire disorders in couples». En N. S. Jacobson y A. S. Gurman (eds.), *Clinical handbook of couple therapy*. New York: Guildford.

Hendrix, H. (1998). *Getting the love you want: A guide for couples*. New York: Henry Holt.

Hoffman, L. (1988). «A constructivist position for family therapy». *The Irish Journal of Psychology*, 9: 110-129.

Hoffman, L. (1993). *Exchanging voices: A collaborative Approach to Family Therapy*. London: Karnac Books.

Hoffman, L. (1996). «Una postura reflexiva para la terapia familiar». En S.

McNamee y K. J. Gergen. La terapia como construcción social. Barcelona. Paidós.

Hoffman, L. (1998). «Setting aside the model in family therapy». *Journal of Marital and Family Therapy*, 24: 145-156.

Höger, C. (1994). «Systemische Ansätze». *Praxis der Kinderpsychologie und kinderpsychiatrie*, 43: 78-84.

Howard, G. (1991). «Culture tales: A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology, and psychotherapy». *American Psychologist*, 46: 187-197.

Hudson, W. y Weiner-Davis, M. (1993) En busca de soluciones. Barcelona. Paidós.

Imber-Black, E. y Roberts, J. (1992). *Rituals for our time: Celebrating, healing and changing our lives and our relationships*. New York: Harper Collins.

Imber-Black, E.; Roberts, J. y Whiting, R. (comp.) (1991). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona. Gedisa.

Irurita, I. M. (1993). Estudio sobre la prevalencia de los jugadores de azar en Andalucía. Comisionado para la droga. Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía.

Isaacs, M. B.; Montalvo, B. y Abelson, D. (1986). *The difficult divorce: Therapy for children and families*. New York: Basic Books.

Jackson, D. (1980). «Interacción familiar, homeostasis y psicoterapia familiar conjunta». En G. Bateson. *Interacción Familiar*. Buenos Aires. EBA.

Jackson, D. D. (1968a). *Communication, Family and Marriage*. Palo Alto, CA: Science and Behaviour Books. (Trac. Cast. Comunicación, familia y matrimonio. Buenos Aires, Nueva Visión, 1977.)

Jacobson, N. S. y Addis, M. (1993). «Research on couples and couples therapy: What do we know?». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61: 85-93.

Jacobson, N. S. y Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy*. New York: Norton.

Jacobson, N. S. (1979). «Behavioural Treatment for Marital Discords: A Critical Appraisal». En M. Hersen, R. M. Eiser y P. M. Miller (eds.), *Progress in Behaviour Modification*. Vol. 7. New York: Academic Press.

Jacobson, N. S. y Margolin, G. (1979). *Marital Therapy: Strategies Based on Social Learning and Behaviour Exchange Principles*. New York: Bruner/Mazel.

Jacobson, N. S.; Waldron, H. y Moore, D. (1980). «Toward a behavioural profile of marital distress». *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 48: 696-703.

Jaén, P. (2001). *Evaluación y Terapia de Pareja Sistémico-Constructivista de matrimonios con un miembro jugador patológico*. Tesis Doctoral no publicada.

Jiménez Burillo, F. (1981). *Psicología social*. Madrid. UNED.

Johnson, S. (1998). «Emotionally focused couple therapy». En F. M. Dattilio (ed.), *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives*. The Guilford family therapy series. New York: The Guilford Press.

Johnson, S. M. (1996). *The practice of emotionally focused marital therapy: Creating connection*. New York: Brunner/Mazel.

Johnson, S. M. (1999). «Emotionally focused couples therapy: Straight to the heart». En J. Donovan (ed.), *Short-term couple therapy* (págs. 13- 42). New York: Guilford.

Johnson, S. M. y Williams-Keeler, L. (1998). «Creating healing relationships for couples dealing with trauma: the use of emotionally focused marital therapy». *Journal of Marital and Family Therapy*, 24: 25-40.

Johnson, S. y Lebow, J. (2000). «The “coming of age” of couple therapy: a decade review». *Journal of Marital and Family Therapy*, 1: 23-38.

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York. Norton.

Kenny, V. y Gardner, G. (1988). «Constructions of self-organising systems». *The Irish Journal of Psychology*, 1: 1-24.

Kielcolt-Glaser, J.; Balarkey, W.; Chee, M. y Newton, T. (1993). «Negative behaviour during marital conflict is associated with immunological breakdown». *Psychosomatic Medicine*, 55: 395-409.

Klein, M. (1957). *Envy and gratitude*. New York. Basic Books.

Kvale, S. (1992). «From the archaeology of the psyche to the architecture of cultural landscapes». En S. Kvale (comp.), *Psychology and Postmodernism*. Londres. Sage.

Lachkar, Ph. D. (1992). *The Narcissistic/Borderline Perspective on Marital Treatment*. Brunner/Mazel, New York.

Landfield, A. y Leitner, L. (1987) *Psicología de los constructos personales*. Bilbao. DDB.

Lax, W. (1989). «Systemic family therapy with young children and their

families: use of the reflecting team». *Journal of Psychotherapy and the family*, 3-4: 55-74.

Lax, W. (1997). «Narrativa, construcción social y narrativa». En M. Pakman, *Construcciones de la experiencia humana*. Barcelona. Gedisa.

Lazarus, D. A. (1968). «Behaviour Therapy and Group Marriage Counseling». *Journal of the American Society of Psychosomatic Medicine and Dentistry*, 15: 49-56.

Lebow, J. y Gurman, A. (1995). «Research assessing couple and family therapy». En J. Spence, J. Darley y D. Foss (eds.), *Annual Review of Psychology*, 46: 27-57.

Lemaire, I. (1974). *Terapia de pareja*. Amorrortu. Buenos Aires.

Levant, R. F. (1980). «A Classification of the field of Family Therapy: A Review of Prior Attempts and a New Paradigmatic Model». *American Journal of Family Therapy*, 8: 1-16.

Liberman, R. P.; Wheeler, E. G.; DE Visser, L. A. J. M.; Kuehnel, J.; Kuehnel, T. (1987). *Manual de terapia de pareja*. Bilbao. DDB.

Liberman, R. P. (1970). «Behavioural Approaches to Family and Couple Therapy». *American Journal of Orthopsychiatry*, 40: 106-118.

Liberman, R. P.; Wheeler, E. y Sanders, N. (1976). «Behavioural Therapy for Marital Disharmony: An Educational Approach». *Journal of Marriage and Family Counseling*, 2: 383-396.

Lidz, T.; Cornelison, A.; Fleck, S. y Terry, D. (1957). «Intrafamilial Environment of Schizophrenic Patient, II. Marital Schism and Marital Skew». *American Journal of Psychiatry*, 114: 241-248. (Trad. Cast. En Bateson. *Interacción Familiar. El medio intrafamiliar de los pacientes esquizofrénicos: cisma marital y sesgo marital*. Montevideo. EBA. 1980.)

López, C. y Silva, F. (1982). «Evaluación Conductual de la Pareja». *Análisis y Modificación de Conducta*, 8: 283-384.

Lowe, R. (1991). «Postmodern themes and therapeutic practices: Notes towards the definition of “family therapy”». *Dulwich Centre Newsletter*, 3: 41-52.

Luborsky, L.; Singer, B. y Luborsky, L. (1975). «Comparative studies of psychotherapies». *Archives of General Psychiatry*, 32: 995-1008.

Lusterman, D. D. (1996). *Infidelity*. New York: Fine.

Madanes, C. (1984). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires. Amorrortu.

Madanes, C. y Haley, J. (1977). «Dimensions of Family Therapy». *Journal*

of Nervous and Mental Disease, 165: 88-89.

Mahoney, M. J. (1988). «Constructive metatheory: I. Basic features and historical foundations». *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1: 1-35.

Mahoney, M. J. (1997). «El estado de la cuestión en la psicoterapia constructiva». En I. Caro (comp.), *Manual de psicoterapias cognitivas*. Barcelona. Paidós.

Mair, M. (1988). «Psychology as story telling». *International Journal of Personal Construct Psychology*, 1: 125-137.

Margolin, G. (1982). «Ethical and legal considerations in marital and family therapy». *American Psychologist*, 37: 788-802.

Margolin, G., Christiansen, A. y Weiss, R. L. (1975). «Contracts, Cognition and Change: A Behavioural Approach to Marital Therapy». *The Counseling Psychologist*, 5: 15-25.

Martin, T. C. y Bumpass, L. (1989). «Recent trends in marital disruption». *Demography*, 26: 37-51.

Maruyama, M. (1963). «The second cybernetics: Deviation-amplifying mutual causal proceses». *American Scientist*, 51: 164-179.

Master, W. y Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little-Brown.

Maturana, H. y Varela, F. (1986). *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile. Editorial Universitaria.

Maturana, H. R. (1996). *La realidad: ¿Objetiva o Construida? II. Fundamentos biológicos del conocimiento*. México. Editorial Anthropos.

Maturana, H. R. (1997). «El observador en su observación: Tres conferencias y una reflexión sobre la biología del conocer, del amor y la constitución sistémica de la identidad del ser». *Systemica*, 2: 13-52.

McNamee, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona. Paidós.

Milmaniene, J. (1998). *Extrañas parejas: psicopatología de la vida erótica*. Buenos Aires. Paidós.

Minuchin, S. (1977). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona. Gedisa.

Minuchin, S. y Fishman, H. C. (1981). *Family Therapy Techniques*. Massachusetts. Harvard University Press. (Trad. Cast. *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona. Paidós, 1984.)

Mitchell, K.; Bozarth, J. y Krauft, C. (1977). «A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, non possessive warmth and

genuineness». En A. S. Gurman y Razin, A. M. (eds.), *Effective psychotherapy: A Handbook of research*. New York. Pergamon.

Moreno, J. L. (1945). *Psychodrama*. New York. Beacon House.

Moreno, J. L. (1959). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México. FCE.

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1995). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Barcelona. Herder.

Navarro, G. J. (1989). «Problemas y esperanzas de la Terapia Familiar en España». *Cuadernos de Terapia Familiar*, 12: 6-9.

Navarro, G. J. y Beyebach, M. (comps.) (1995). *Avances en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona. Paidós.

Navarro, G. J. y Sánchez de Miguel, E. (1996a). «El entrenamiento de Terapeutas Familiares» (I Parte). *Cuadernos de Terapia Familiar*, 32: 11-22.

Navarro, G. J. y Sánchez de Miguel, E. (1996b). «El entrenamiento de Terapeutas Familiares» (II Parte). *Cuadernos de Terapia Familiar*, 33: 7-24.

Navarro, G. J. y Sánchez de Miguel, E. (1997). «El entrenamiento de Terapeutas Familiares» (III Parte). *Cuadernos de Terapia Familiar*, 34: 7-30.

Navarro, J. (1985). «Escuelas de Terapia Familiar Sistémica». En *La Familia: visión plural*. UPS.

Navarro, J. (1987). *Proyecto docente*. U. Salamanca.

Navarro, J. (1997). «Mediadores cognitivos en la violencia familiar». En J. García, M. Garrido y Rodríguez, L. (comps.), *Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia*. Madrid. Fundamentos.

Neimeyer, G. J. y Hudson, J. E. (1985). «Couples constructs: Personal systems in marital satisfaction». En D. Bannister (ed.), *Issues and approaches in personal construct theory*. London. Wiley.

Neimeyer, R y Neimeyer, G. (1989). *Casos de terapia de constructos personales*. Bilbao. DDB.

Neimeyer, R. A. y Mahoney, M. J. (comp.) (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona. Paidós.

Newcomb, T. M. (1961). *The acquaintance process*. New York. Holt, Rinehart and Winston.

Nicolò, A. (1995). «Particularidades de la técnica de la psicoterapia psicoanalítica con la familia». En M. Garrido y A. Espina (eds.), *Terapia Familiar. Aportaciones Psicoanalíticas y transgeneracionales*. Madrid. Fundamentos.

Nicolò, A. (1996). «Essere in copia: funzione mentale e costruzione relazionale». En Nicolò, A. (comp.), *Curare la relazione: saggi sulla*

psicoanálisis e la coppia. Milano. Fanco Angeli.

Nichols, M. (1984). *Family Therapy: Concepts and Methods*. New York: Gardner Press.

Nichols, P. M. y Schwartz, R. C. (1998). *Family Therapy. Concepts and Methods*. Boston. Allyn and Bacon.

Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona. Herder.

Onnis, L. (1991). «La renovación epistemológica actual de la psicoterapia sistémica: repercusiones en la teoría y en la práctica». *Revista de Psicoterapia*, 6-7: 5-16.

Onnis, L. y Galluzzo, W. (1990). «La relación terapéutica en una óptica sistémica. Consideraciones epistemológicas sobre un debate actual». *Revista de Psicoterapia*, 2: 63-76.

Pacheco, M. y Botella, L. (2000). «El constructivismo relacional en la psicoterapia con niños y adolescentes: una propuesta para la liberación de nuevos espacios dialógicos». *Revista de Psicoterapia*, 44: 5-26.

Papp, P. (1983). *The process of change*. New York: Guilford Press.

Papp, P. y Imber-Black, E. (1996). «Family Themes: Transmission and Transformation». *Family Process*, 35: 21-42.

Patterson, G. R. (1965). «A Learning Theory Approach to the Treatment of the School-Probic Child». En L. Ulman y L. Krasner (eds.), *Case Studies in Behaviour Modification*. New York: Holt, Rinehart y Wiston.

Paul, G. L. (1967). «Strategy of outcome research in psychotherapy». *Journal of Consulting Psychology*, 31: 109-118.

Pérez Testor, C. (2000). «Aportaciones de la psicología dinámica a la terapia de pareja y familia». En C. Pérez Testor (comp.), *La familia: nuevas aportaciones*. Barcelona. Edebé.

Perrone, R. y Namnini, M. (1997). *Violencia y abuso sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Barcelona. Paidós.

Pervin, L. A. (1984). *Current controversies and issues in personality*, 2ª ed., New York. Wiley.

Pinsof, W. (1995). *Integrative problem-centered therapy: A synthesis of family, individual, and biological strategies*. New York: Basic Book.

Pinsof, W. y Wynne, L. (2000). «Toward progress research: Closing the gap between family therapy». *Journal of Family Therapy*, 1: 45-62.

Pinsof, W.; Wynne, L. y Hambright, A. (1996). «The outcomes of couple and family therapy: Findings, conclusions and recommendations».

Psychotherapy, 33: 321-331.

Pittman, F. (1990). *Private lies: Infidelity and betrayal of intimacy*. New York: Norton.

Plaza y Janes (eds.) (1978). *Diccionario enciclopédico*. Barcelona. PyJ.

Poch, J. y Ávila, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona. Paidós.

Polaino-Lorente, A. y García, V. D. (1993). *Terapia Familiar y Conyugal*. Madrid. Rialp.

Prigogine, I. (1978). «Time, Structure, and Fluctuation». *Science*, 201: 777-785.

Procter, H. (1981). «Family construct psychology: An Approach to understanding and treating families». En S. Walrond-Skinner (ed.), *Developments in family therapy*. Londres. Routledge.

Procter, H. (1985). «A personal construct approach to family therapy and systems intervention». En E. Button (ed.), *Person construct theory and mental health*. Londres. Croom Helm.

Procter, H. G. (1991). «Psicología de los constructos personales». *Revista de Psicoterapia*, 6-7: 73-90.

Puget, J. (1988). *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. Paidós.

Puget, J. (comp.) (1997). *Psicoanálisis de pareja: del amor y sus bordes*. Buenos Aires. Paidós.

Puget, J. y Berenstein, I. (1988). *Psicoanálisis de la pareja matrimonial*. Buenos Aires. Paidós.

Rampage, C. (1998). «Feminist couple therapy». En F. M. Dattilio (ed.), *Case studies in couple and family therapy: Systemic and cognitive perspectives*. The Guilford family therapy series. New York: The Guilford Press.

Reiss, D. (1981). *The family's construction of reality*. Cambridge: Harvard University Press.

Ríos, J. A. (1984). *Manual de Orientación y Terapia Familiar*. Madrid. Instituto de Ciencias del Hombre. (2ª ed. 1994).

Ríos, J. A. (1995) «Intervenciones sistémicas en terapia de pareja». En A. Espina, B. Pumar y Garrido, M. (comps.), *Problemáticas familiares actuales y terapia familiar*. Valencia. Promolibro.

Rojas-Bermúdez, J. (1997). *Teoría y técnicas psicodramáticas*. Barcelona. Paidós.

Sager, C. J. (1966). «The Treatment of Married Couples». En S. Arieti

(ed.), American Handbook of Psychiatry, Vol. III. New York: Basic Books, Inc.

Sarbin, T.R. (Ed.). (1986). The Narrative as a root metaphor for psychology. En Narrative Psychology: The storied nature of human conduct. New York: Praeger.

Satir, V. (1964). Conjoint Family Therapy. Palo Alto, Science and Behaviour Books. (Trad. Cast. Terapia Familiar Conjunta. México. La prensa médica mexicana, 1982).

Satir, V. (1972). Therapie du couple et de la famille. Paris, EPI.

Scharff, J. (1995). «Psychoanalytic marital therapy». En N. S. Jacobson y A. S. Gurman (eds.), Clinical Handbook of couple therapy (2ª ed.), (págs. 164-193). New York: Guilford.

Schwartz, R. C. (1995). Internal family systems therapy. New York: Guilford Press.

Selvini-Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata, G. (1980). «Hypothesizing, circularity, neutrality: three guidelines for the conductor of the session». Family Process, 19: 3-12.

Selvini-Palazzoli, M.; Cecchin, G. y Prata, G. (1982). Paradoja y contraparadoja. Buenos Aires. ACE.

Shadish, W.; Montgomery, L.; Wilson, P.; Wilson, M.; Bright, I. y Okwumabua, T. (1993). «Effects of family and marital psychotherapies: A meta-analysis». Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61: 992-1002.

Simon, F. B.; Stierlin, H. y Wynne, L. C. (1985). The Language of Family Therapy. A Systemic Vocabulary and Sourcebook. New York: Family Process Press. (Ed. Cast. Vocabulario de Terapia Familiar. Barcelona. Gedisa. 1988.)

Simpson, J. y Rholes, W. (1994). «Stress and secure base relationships in adulthood». En K. Bartholomew y D. Perlman (eds.), Attachment processes in adulthood. London, Penn: Jessica Kingsey.

Simpson, J.; Rholes, W. S. y Phillips, D. (1996). «Conflict in close relationships: An attachment perspective». Journal of Personality and Social Psychology, 71: 899-914.

Sluzki, (1997). «Atractores extraños y la transformación de las narrativas». En J. García, M. Garrido y L. Rodríguez (comp.), Personalidad, procesos cognitivos y psicoterapia: Un enfoque constructivista. Madrid. Fundamentos.

Sluzki, C. (1985). Terapia familiar como construcción de realidades

alternativas. *Sistemas Familiares*, 1.

Sluzki, C. (1992). «Transformations: A Blueprint for narrative for Narrative Changes in Therapy». *Family Process*, 31: 217-230.

Sluzki, C. E. (1981). «Process of symptom production and patterns of symptom maintenance». *Journal of Marital and Family Therapy*, 3: 273-280).

Sluzki, C. E. (1983). «How to Stake Territory in the Field of Family Therapy in Three Easy Lesson». *Journal of Marital and Family Therapy*, 9: 235-238.

Smith, M. L.; Glass, G. V. y Miller, T. I. (1980). *The benefits of Psychotherapy*. Baltimore. John Hopkins University Press.

Smith, T.; Yoshioka, M. y Winton, M. (1993). «A qualitative understanding of reflecting teams I: client perspectives». *Journal of systemic therapies*, 3: 28- 43.

Smiths, L.; Rudes, J. y Madigan, S. (1993). «The use of a solution focused interview with a reflecting team format: evolving thoughts from clinical practice». *Journal of Systemic Therapies*, 1: 1-10.

Snyder, D. y Wills, R. (1989). «Behavioural versus insight oriented mental therapy». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1: 39-46.

Snyder, D.; Wills, R. y Grady-Fletcher, A. (1991). «Long-term effectiveness of behavioural versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up». *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59: 138-141.

Speck, R. y Atteneave, C. (1974). *Redes Familiares*. Buenos Aires, Amorrortu.

Speier, A. (1978). *Psicoterapia dinámica de la pareja*. Psique. Buenos Aires.

Sprenkle, D. (1990). «Continuity and change». *Journal of Marital and Family Therapy*, 16: 337-340.

Sprenkle, D. H. y Moon, S. M. (eds.) (1996). *Research methods in family therapy*. New York. The Guilford Press.

Stanton, M. (1985). «La drogadicción y la familia». En M. Andolfi y Ewerving (eds.), *Dimensiones de la Terapia Familiar*. Barcelona: Paidós.

Stanton, M. D. y Tood, T. (1990). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona. Gedisa.

Steinglass, P. (1978). «The conceptualization of marriage from a systems theory perspective». En T. J. Palolino, Jr. y B. S. McCrady (eds.), *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioural and systems theory perspectives*. New York: Bruner/Mazel.

Steinglass, P.; Bennett, L. A.; Wolin, S. J. y Reiss, D. (1993). La familia alcohólica. Barcelona. Gedisa.

Stierlin, H. (1973). «Group fantasies and family myth: Some theoretical practical aspects». Family Process, 12: 111-125.

Stierlin, H. (1977). Psychoanalysis and Family Therapy. New York: Jason Aronson. (Trad. Cast. Psicoanálisis y Terapia Familiar. Barcelona. Icaria. 1979.)

Stierlin, H. (1997). El individuo en el sistema. Barcelona. Herder.

Stuart, R.B. (1980). Helping Couples Change. A social Learning Approach to Marital Therapy. New York: The Guildford Press.

Sullivan, H. S. (1974). La teoría interpersonal de la psiquiatría. Buenos Aires. Psique.

Thibaut, J. W. y Kelley, H. H. (1959). The social Psychology of Groups. New York. Wiley.

Tomm, K. (1987a). «Interventive interviewing: Part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist». Family Process, 26: 3-13.

Tomm, K. (1987b). «Interventive interviewing: Part II. Reflexive questioning as a means to enable self-healing». Family Process, 26: 167-183.

Touliatos, J.; Perlmutter, B. y Straus, M. (1990). Handbook of Family Measurement Techniques. Newbury Park: Sage Publications.

Ugazio, V. (1998). Historias permitidas, historias prohibidas: Polaridad semántica familiar y psicopedagogía. Barcelona: Paidós.

Villegas, M. (1992). «Análisis del discurso terapéutico». Revista de Psicoterapia, 10-11: 23-66.

Villegas, M. (1995). «La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia». Revista de Psicoterapia, 22, 23: 5-20.

Visher, E. B. y Visher, J. S. (1982). How to win a stepfamily. New York: Dembner Books.

Vogel, D. (1995). «Perspectivas narrativas en la teoría y en la práctica». Revista de Psicoterapia, 22/23: 21-38.

Von Foerster, H. (1991). Las Semillas de la Cibernética. Barcelona. Gedisa.

Von Glasersfeld, E. (1994). «Introducción al constructivismo radical». En P. Watzlawick, La Realidad Inventada. Barcelona. Gedisa.

Watzlawick, P. (1984). «Estructuras de la comunicación psicótica». En I. Winkin, La Nueva Comunicación. Barcelona. Kairós.

- Watzlawick, P. (1989). El lenguaje del cambio. Barcelona. Herder.
- Watzlawick, P. y otros (1994). La realidad inventada. Barcelona. Gedisa.
- Watzlawick, P.; Beavin, J. H. y Jackson, D. D. (1967). Pragmatic of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes. New York, Norton. (Ed. Cast. Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona. Herder, 1989.)
- Watzlawick, P.; Weakland, J. H. (1974). Change. New York: Norton. (Trad. Cast. Cambio. Barcelona. Herder, 1982.)
- Weiss, R. L. y Birchler, G. R. (1974). «Adults with Marital Dysfunctions». En M. Hersen y A. Bellack (eds.), Behaviour Therapy in the Psychiatric Setting. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Weiss, R. L. (1978). «The Conceptualization of Marriage from a Behavioural Perspective». En T. Paolino y B. Mc Crady (eds.), Marriage and Marital Therapy. New York: Brunner/Mazel.
- Weiss, R. L.; Hops, H. y Patterson, G. R. (1973). «A framework for conceptualizing marital conflict, a technology for altering it, some data for evaluating it». En L. A. Hamerlynck; L. C. Handy y E. J. Mash (eds.), Behaviour Change: Methodology,
- Wells, R. A. y Dezen, A. E. (1978). «The results of Family Therapy revisited: The nonbehavioral Methods». Family Process, 11: 189-207.
- Whitaker, C. y Bumberry, M. W. (1991). Danzando con la familia. Un enfoque simbólico-experiencial. Barcelona. Piadós.
- White, M. (1991). «La Externalización del Problema y la Re-escritura de Vidas y Relaciones». Cuadernos de Terapia Familiar, 18: 31-60.
- Wile, D. (1995). «The ego-analytic approach to couples therapy». En N. S. Jacobson y A. S. Gurman (eds.), Clinical Handbook of couple therapy (2^a ed.), (págs. 91-120). New York: Guildford.
- Willi, J. (1993). La pareja humana: relación y conflicto. Madrid. Morata.
- Wills, T. A.; Weiss, R. L. and Patterson, G. R. (1974). «A behavioural analysis of the determinants of marital satisfaction». Journal of Clinical and Consulting Psychology, 42: 802-811.
- Winch, R. F. (1966). La familia. México. U.T.E.H.A.
- Witzezaele, J. y García, T. (1994) La Escuela de Palo Alto. Barcelona. Herder.
- Wynne, L. C. (1988). The State of the Art in Family Therapy Research: Controversies and Recommendations. New York. Family Process Press.
- Young, J.; Perlesz, A.; Paterson, R.; O'Hanlon, B.; Newbold, A.; Chaplin,

R. y Bridge, S. (1989). «The reflecting team process in training». Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 2: 69-74.

Zajonc, R. B. (1968). «Cognitive Theories in social psychology». En G.Lindzey y E. Reading, The handbook of social psychology. Massachusetts. Addison-Wesley.

Zumaya. M.; Bridges, S. K.; Rubio, E. (1999). «A constructivist approach to sex therapy with couples». Journal of Constructivist Psychology, 12: 185-201.