



Capítulo 13/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

TERAPIA FAMILIAR

Trabajamos para su tranquilidad...

Terapia familiar

Anne K. Fishel, PhD

David Harris Rubin, MD

Puntos clave

- La terapia familiar moderna recoge diferentes conjuntos de innovadoras teorías y técnicas creativas que se han materializado en distintas escuelas.
- Existen importantes diferencias entre dichas escuelas, como las descripciones de los centros neurálgicos de poder para el cambio; el programa previsto de desarrollo; la importancia relativa de los sentimientos; la comprensión, o la conducta como objeto del cambio; el trabajo en equipo; el diferente énfasis en el pasado, el presente y el futuro, y la dependencia del empirismo.
- Entre las similitudes de las escuelas se encuentran el reconocimiento de que la familia representa un recurso, así como un impedimento, para la solución de sus problemas; la importancia de observar el patrón y la organización, y la importancia crucial de las nuevas comunicaciones en la resolución de los problemas.
- La terapia familiar trata el grado en que los síntomas de un individuo tienen su origen, importancia, significado, propósito y solución en el sistema familiar.
- Existe un creciente respaldo empírico de diversos métodos y modelos de terapia familiar, con aplicaciones que abarcan un gran número de diagnósticos y niveles de agudeza.

Perspectiva general

La terapia familiar tiene numerosos abordajes, y para recalcarlos se presentará un caso clínico y se mostrará cómo abordarían estos problemas familiares ocho tipos de terapeutas familiares diferentes.¹ Se expondrán, de cada escuela de terapia familiar, los principales constructos, el abordaje práctico de la familia, los principales defensores y una «metáfora» que resume lo fundamental de ese tipo de terapia familiar (tabla 13-1). El caso clínico girará en torno a una familia con un miembro anoréxico. El abordaje se centrará más en la dinámica familiar que en la anorexia per se, ya que la anorexia ha sido paradigmática para la terapia familiar, al igual que lo ha sido la histeria para el psicoanálisis o el trastorno de la personalidad límite para la terapia dialéctica conductual.

Tabla 13-1

Escuelas de terapia familiar

Escuela	Teoría	Práctica	Metáfora	Defensores
Psicodinámica	Causas en el pasado, problemas en el presente	Identificación proyectiva Transferencia	Científico que realiza análisis para	Norman Paul

Escuela	Teoría	Práctica	Metáfora	Defensores
	Transmisión multigeneracional		la detección de plomo	James Framo Hilda Bruch Murray Bowen Ivan Nagy
Experiencial	Cambios a través de experiencias del desarrollo Centrada en el aquí y ahora	Pequeñas interacciones Herramientas de comunicación Técnicas psicodramáticas	Artista popular	Virginia Satir Carl Whitaker
Estructural	Proyecto de una familia sana Subsistemas bien definidos Define los límites Padres a cargo Flexibilidad con extraños	Evalúa propiedades formales Manipula el espacio Impone nuevos papeles comunicativos Reestructura el sistema para eliminar los síntomas	Inspector de obras	Salvador Minuchin
Estratégica	El cambio requiere la interrupción de secuencias de conductas desadaptadas Las familias son homeostáticas Cambio de primer orden frente al de segundo orden	Paradoja Interroga sobre la secuencia de la conducta Introduce un cambio de segundo orden	Experto jugador de ajedrez	Milton Erikson Jay Haley Paul Watzlawick John Weakland

Escuela	Teoría	Práctica	Metáfora	Defensores
				Gregory Bateson Chloe Madanes
Sistémica	Los cambios suceden al cambiar las creencias No hay una verdad única Familia en evolución, pero «atrapada» Introduce información nueva	Preguntas circulares Reenmarcado Ritual Utilización de un equipo y un mensaje de fin de sesión	Detective	Mara Selvini Palazzoli Luigi Boscolo Gianfranco Cecchin Giulana Prata
Narrativa	Poder del lenguaje para transformar El conocimiento es intersubjetivo	Externaliza el problema Identifica excepciones de la historia dominante Equipo de reflexión	Biógrafo	Michael White David Epston Tom Andersen Harold Goolishian Harlene Anderson Jill Freedman Gene Combs
Conductual	La familia hace un gran esfuerzo por maximizar la recompensa y evitar las consecuencias negativas Las conductas desadaptadas son reforzadas o modeladas	Análisis de la conducta funcional Refuerzo positivo y negativo	Ingeniero civil	Robert Liberman Lawrence Weathers Gerald Patterson

Escuela	Teoría	Práctica	Metáfora	Defensores
				Marion Forgatch Ian Falloon
Psicoeducativa	Déficit en habilidades y conocimiento La familia como un poderoso representante del cambio	Habilidades de comunicación Habilidades para resolver problemas Estrategias de afrontamiento Reducir la expresión de emociones	Guía de un parque nacional	Carol Anderson William McFarlane

Caso clínico

La familia Bean es derivada a terapia familiar a petición del terapeuta individual de Pam Bean (no es su verdadero nombre), una estudiante de secundaria que había estado perdiendo peso durante el último año y había presentado amenorrea durante los últimos 6 meses. Durante el año de su pérdida de peso, su hermana mayor, Ellen, se había ido a la universidad. Cuando se le preguntó sobre otros cambios en la familia, la Sra. Bean, una maestra de 45 años, declaró que el hijo adolescente de su hermano se había suicidado el año anterior. El Sr. Bean, un ingeniero informático de 47 años, añadió que recientemente había comenzado un nuevo trabajo y tenía que viajar muy a menudo. La Sra. Bean señaló que Pam había sido una niña alegre, que hacía reír a los demás; sin embargo, durante el último año se había vuelto retraída y malhumorada. La relación del Sr. Bean con Pam había sido cercana hasta que llegó a la pubertad, pero ahora no tenía ni idea de cómo comunicarse con ella. Para complicar las cosas, la hermana del Sr. Bean se había suicidado cuando era adolescente, mientras estaban solos durante uno de los viajes de sus padres. El Sr. Bean siempre se ha sentido responsable del suicidio de su hermana. La hermana de Pam, Ellen, una estudiante universitaria de 19 años de edad, tiene un sobrepeso de unos 13,5 kg y le preocupa que Pam pueda morir.

Terapia familiar psicodinámica

Teoría

Esta teoría deriva de los principios de la teoría de las relaciones de objeto y freudiana. El objetivo de la terapia familiar psicodinámica, al igual que el de la terapia psicodinámica individual, es la toma de conciencia de uno mismo mediante la recuperación de material inconsciente en el pensamiento consciente. Esta práctica se centra en la noción de que los problemas familiares actuales se deben a problemas no resueltos de la generación anterior. La función interpersonal está distorsionada por el apego a figuras del pasado y por el legado de secretos de una generación a la siguiente. El terapeuta familiar psicodinámico quiere liberar a la familia de su apego excesivo a la generación anterior y ayudar a sus miembros a revelar secretos y expresar sentimientos asociados a ellos (p. ej., de ira o pena). El cambio se crea a través de la comprensión que a menudo se revela a cada individuo, o a todos a la vez, mientras los demás observan.

Práctica

Con el fin de liberar el control del pasado sobre el presente, el terapeuta utiliza varias herramientas (entre las que se encuentran la interpretación de objetos transferenciales, la interpretación de la identificación proyectiva y el uso del genograma para dar sentido a la transmisión generacional de problemas). En la terapia familiar, las interpretaciones transferenciales se hacen entre los miembros de la familia, en lugar de entre el paciente y el terapeuta, como ocurre en la terapia individual. Por ejemplo, cuando el Sr. Bean dice: «Supongo que no soy un experto cuando se trata de problemas femeninos», el terapeuta pudo haber preguntado: «¿Quién te hizo sentir así en tu familia de origen?». Cuando revela que se siente así desde el suicidio de su hermana, llega a comprender cómo una vieja lente distorsiona su visión actual (es decir, todavía se siente tan culpable por la muerte de su hermana que no se siente con derecho a opinar sobre la anorexia de su hija).

Otra herramienta importante para indagar en el pasado es la interpretación de la identificación proyectiva que Zinner y Shapiro² han definido como el proceso «por el cual los miembros de una familia se separan de aspectos repudiados o queridos y los proyectan sobre otros dentro del grupo familiar». Este proceso genera paz intrapsíquica a expensas del conflicto interpersonal. Por ejemplo, la Sra. Bean puede rechazar su necesidad de controlar sus impulsos proyectando su perfeccionismo sobre Pam. Simultáneamente, Pam puede renunciar a su ira enfureciendo a sus padres con su anorexia. Como estas proyecciones inconscientes ocurren instintivamente, son más difíciles de reconocer y admitir por el individuo. Dicho de otra forma, cada miembro de la familia se comporta de tal manera que provoca que la parte de sí mismo que ha sido desautorizada sea proyectada sobre otro miembro de la familia. El propósito de estas proyecciones mutuas es mantener vivas las viejas relaciones mediante la recreación de los conflictos que los padres tuvieron con sus familias de origen. Así, cuando la Sra. Bean proyecta su perfeccionismo sobre Pam, ella vuelve a crear el conflicto que tuvo con su propia madre, que no toleraba que los impulsos no fueran firmemente controlados.

En parte, el psicoterapeuta psicodinámico reúne y analiza la transmisión multigeneracional de problemas a través del uso de un genograma (fig. 13-1), la representación visual de una familia que registra por lo menos tres generaciones de la historia familiar. El genograma revela patrones (de similitud y diferencia) a través de las generaciones –y entre las dos ramas de la familia–, lo que implica muchos dominios: roles padre-hijo y de los hermanos, conductas sintomáticas, patrones triádicos, hitos de desarrollo, factores estresantes repetidos y distanciamientos de los miembros de la familia.²

Figura 13-1 La familia Bean, en octubre de 2006.

Además, el genograma permite al clínico buscar cualquier resonancia entre un problema de desarrollo actual y uno similar de una generación anterior. Esta intersección de la ansiedad del pasado con la del presente puede aumentar el significado y el valor de un problema actual.³ Con la familia Bean (incluidas las dos adolescentes), lo fundamental del desarrollo es trabajar la separación, lo cual se complica por las separaciones catastróficas de anteriores adolescentes. Su terapeuta podría descubrir un patrón multigeneracional de inversión de roles, donde los niños crían a los padres, como indican los repetidos intentos fallidos de los adolescentes por separarse de sus padres.

Defensores

James Framo⁴ invita a los padres y hermanos mayores a asistir a la sesión de un adolescente; esta táctica permite que el pasado sea revivido en el presente. Este trabajo de la «familia de origen» suele ser breve e intenso, y consta de dos largas sesiones realizados en 2 días consecutivos. Las reuniones pueden centrarse en temas no resueltos o en la revelación de secretos, y permite que el adolescente reaccione menos ante sus padres.

Norman Paul⁵ cree que la mayoría de los síntomas actuales en una familia pueden estar relacionados con una pérdida anterior en la que el duelo ha sido insuficiente. En la terapia familiar, cada miembro lamenta una pérdida importante mientras que otros miembros dan testimonio y por consiguiente desarrollan nuevas reservas de empatía.

Ivan Boszormenyi-Nagy⁶ introdujo la idea del «libro maestro familiar», un sistema de contabilidad multigeneracional de obligaciones contraídas y de deudas pagadas a lo largo del tiempo. Los síntomas se entienden como los sacrificios que debe hacer un individuo en su propia vida con el fin de volver a pagar una injusticia de una generación anterior.

Murray Bowen⁷ hizo hincapié en la importancia dual de la diferenciación individual del yo, mientras se mantiene una relación con la familia. Con el fin de fomentar una mayor independencia, Bowen entrenó a los pacientes a regresar a su familia de origen y resistir la atracción de las relaciones trianguladas, insistiendo en que las interacciones sean diádicas.

Metáfora

Este terapeuta es como un científico que realiza análisis para la detección de plomo y comprueba los niveles de dicho metal en su jardín para evaluar los restos de toxinas dejados por los propietarios anteriores. Solamente cuando se haya descubierto el verdadero estado del suelo, el propietario actual estará en condiciones de tomar decisiones sobre si está lo suficientemente limpio como para plantar tubérculos comestibles; algo contaminado, de manera que solo será segura la plantación de arbustos frutales, o tan tóxico que solo se podrán cultivar flores si no quiere tener que añadir una gran cantidad de tierra limpia y fresca. El estudio del pasado permite al jardinero actual y, por analogía, a los padres, tomar decisiones informadas sobre cómo debe ajustarse el entorno actual y qué tipo de desarrollo es permisible.

Terapia familiar experiencial

Teoría

A diferencia del enfoque centrado en el pasado del terapeuta familiar psicodinámico, el terapeuta experiencial se ocupa principalmente del aquí y ahora. En este modelo, el cambio se produce a través de experiencias de crecimiento que surgen en la sesión terapéutica, dirigidas a la interrupción de interacciones entre miembros de la familia. El terapeuta familiar experiencial trata de hacer que suceda algo sorprendente e inesperado, para así aumentar el apego. En general, la expresión del sentimiento es valorada al descubrir su significado. Dado que se centra en la experiencia, este modelo es ateórico y puede entenderse mejor en la práctica.

Práctica

El terapeuta familiar experiencial se interesa por las pequeñas interacciones que tienen lugar durante la sesión. Por ejemplo, el terapeuta podría preguntarle a Pam: «¿Quién te habló de la reunión de hoy y qué te dijeron sobre ella?». Este terapeuta también podría preguntar a cada miembro de la familia: «¿Qué desearías ahora mismo, aquí y hoy; qué haría que tu vida fuese mejor?». El terapeuta esperaría intensificar una comunicación que transmitiera calidez y cercanía e interrumpiría cualquier comunicación antagónica. Podría pedirle a la Sra. Bean que mirara a su marido a los ojos, que le cogiera la mano y le pidiera ayuda para hacer frente a la anorexia de Pam.

Este terapeuta utiliza técnicas psicodramáticas u orientadas a la acción para crear una nueva experiencia en la sesión terapéutica. Podría «esculpir» a la familia, haciéndola posar literalmente para demostrar cómo está organizada actualmente –por ejemplo, con la madre y Pam sentadas muy juntas, el Sr. Bean de espaldas a ellas y Ellen fuera del círculo–. Este terapeuta esperaría aumentar los sentimientos de frustración y aislamiento, y luego aliviar esos sentimientos con una nueva escultura que coloque a los padres juntos. Estas esculturas servirían para aumentar el apego, alejar el centro de atención del paciente identificado y demostrar los méritos de los padres que están juntos para combatir la anorexia de su hija.

Defensores

Virginia Satir,⁸ una precoz celebridad en terapia familiar (un campo que fue fundado en gran parte por hombres), creía que una buena comunicación depende de que cada miembro de la familia se sienta seguro de sí mismo y sea valorado. Se centró en lo positivo de una familia y utilizó la comunicación no verbal para mejorar las relaciones dentro de ella. Si las familias aprendiesen a ver, a oír y a tocarse más, tendrían más recursos disponibles para resolver sus problemas. Se le atribuye el uso de la escultura familiar como un medio para demostrar las reglas y los papeles restrictivos de una familia.

Carl Whitaker⁹ postulaba que la mayor parte de la experiencia ocurre fuera de la conciencia, y practicaba «la terapia del absurdo», un método que accede al inconsciente mediante el uso del humor, el aburrimiento, la libre asociación, las metáforas e incluso la lucha libre en el suelo. A esto siguieron experiencias de crecimiento simbólico, no verbal, con el objetivo de interrumpir patrones rígidos de pensamiento y conducta. Como dice Whitaker: «La psicoterapia del absurdo puede ser un esfuerzo deliberado de romper los viejos patrones de pensamiento y conducta. En su momento, llamamos a esta táctica la creación de procesos

kōan» (Whitaker,⁹ pág. 11),⁹ un proceso que suscita ansiedad entre los miembros de la familia.

Metáfora

Este tipo de terapeuta es como un artista popular que coge objetos comunes y los transforma en obras de arte. El espectador se sorprende al descubrir que una caja de botones destartada puede convertirse en las alas de una mariposa. Convertir algo familiar en algo desconocido y usar técnicas lúdicas para hacerlo son las características clave de la terapia familiar experiencial.

Terapia familiar estructural

Teoría

El terapeuta familiar estructural se centra en las propiedades estructurales de la familia, más que en el apego o la comprensión. La estructura se define por varias características: las reglas de la familia (p. ej., ¿de qué temas se pueden hablar durante la cena?, ¿qué tipo de sentimientos es aceptable expresar?), los límites dentro de la familia (p. ej., ¿se mantienen los niños alejados de los conflictos matrimoniales?, ¿tienen los hermanos su propia relación?), los límites entre la familia y el mundo exterior (p. ej., ¿solicitan fácilmente los padres la ayuda de extraños o están aislados?) y la jerarquía generacional (p. ej., ¿quién o quiénes [los padres, el adolescente o los abuelos] toman las decisiones?). En este modelo, el cambio ocurre cuando la estructura cambia y los síntomas ya no son necesarios.

Este terapeuta se acerca a una familia con un modelo de lo que debería ser una familia normal, con cierta tolerancia hacia las diversidades culturales, étnicas y económicas. En términos más amplios, una familia compleja (con una adecuada estructuración) debería contar con unos subsistemas parental, matrimonial y fraternal bien definidos; unos límites generacionales claros (con los padres firmemente a cargo), y unas relaciones flexibles con los extraños. Se espera que una familia con un miembro con un trastorno de la conducta alimentaria tenga cuatro enfoques estructurales alterados: 1) estar estancada (con poca privacidad y límites difusos entre las generaciones como para que los niños puedan tener figuras parentales); 2) ser excesivamente protectora (de modo que los intentos de autonomía de los niños son frustrados); 3) ser rígida frente al cambio (de modo que cualquier factor estresante puede sobrepasar los recursos familiares), y 4) ser relativamente intolerante a las diferencias individuales (de modo que el umbral familiar es bajo ante individuos que expresan una posición impopular o inconformista).

Práctica

Este terapeuta se reúne con la familia Bean apoyando las reglas existentes en la familia y estableciendo una relación con cada miembro. Estas relaciones individuales pueden utilizarse posteriormente para reestructurar el sistema; por ejemplo, dando poder a los padres. El terapeuta, tras evaluar las propiedades adecuadas de la familia, señalaría la inestable alianza entre los padres y la falta de definición de los subsistemas matrimonial, parental y fraternal. Los límites dentro de la familia se encuentran enredados, con miembros de la familia

hablando acerca de los sentimientos del otro en lugar de sobre los suyos propios. Entre la familia y el mundo exterior, los límites son rígidos, ya que los Bean no han pedido ayuda a la familia o al personal de la escuela. Este terapeuta familiar describe a la familia como involucrada en un patrón de evitación de conflictos llamado triangulación, con cada padre queriendo que Pam tome partido por uno de ellos, poniéndola en una relación de lealtad imposible.

Como la evaluación se convierte en tratamiento, este terapeuta podría abordar el enredo imponiendo una regla sobre la comunicación, en la que cada miembro debe hablar solo sobre sí mismo. El terapeuta intentaría desafiar la falta de una jerarquía generacional manipulando el espacio. Por ejemplo, puede pedir al Sr. y a la Sra. Bean que se sienten uno al lado del otro, mientras también le pide a Pam y Ellen que salgan de la habitación durante una parte de la entrevista. Para desafiar la regla de que debe evitarse el conflicto, particularmente con respecto a los desacuerdos sobre cómo conseguir que Pam coma, el terapeuta tendría que sentarse con la pareja y crear un plan para la siguiente comida, mientras bloquea cualquier intento de involucrar a Pam. La familia podría entonces representar una comida familiar (en una sesión) para ilustrar el papel de Pam en su lucha por el poder. Además, podría sugerir a Pam y Ellen que se reunieran por su cuenta para valorar y apuntalar su relación.

Defensores

Salvador Minuchin,^{10,11} considerado el padre fundador de la terapia familiar estructural, trabajó, mientras era jefe de la Philadelphia Child Guidance Clinic, con muchas familias del centro de la ciudad y con familias que se enfrentaban a la delincuencia y a múltiples síntomas somáticos. Ninguna de estas poblaciones había sido tratada previamente con terapia familiar. Definió cómo evaluar y entender la estructura existente en una familia, y creó técnicas (como la imposición de reglas de comunicación, la manipulación del espacio y el uso de la representación) para modificar la estructura.

Metáfora

Este terapeuta es como un inspector de obras que opina sobre la estabilidad de una estructura y orienta al dueño para decidirse por una renovación a gran escala o por un simple retoque estético. El inspector no se preocupa de los muebles ni de los colores de la pintura, sino de que las paredes sean sólidas, las cerraduras estén en buen estado y el cableado sea funcional y seguro. Todo lo demás seguirá sin sobresaltos si la casa está sólidamente construida.

Terapia familiar estratégica

Teoría

El terapeuta familiar estratégico cree que el cambio ocurre cuando se interrumpen secuencias de conducta inadaptadas. Este terapeuta distingue entre dos tipos de cambios: de «primer orden», en los que soluciones de sentido común a dificultades iniciales se convierten realmente en problemas insolubles, y de «segundo orden», en los que acontecimientos aleatorios o intervenciones terapéuticas interrumpen las soluciones de primer orden. Estos terapeutas ven a las familias fundamentalmente como homeostáticas, o dedicadas a mantener

el statu quo incluso a expensas de un miembro sintomático de la familia. En consecuencia, este terapeuta anticipa una lucha de poder entre él y la familia, y desarrolla estrategias para desestabilizar la estructura de poder familiar. Una de estas estrategias implica el uso de la paradoja, que se utiliza para conocer a la familia isomorfamente en el momento en que se presenta para la terapia. En esencia, la posición adoptada por la familia es: «Ayúdenos a deshacernos del síntoma, pero no nos haga cambiar».

Práctica

El terapeuta pregunta sobre las secuencias conductuales que ocurren alrededor del problema familiar, para entender las soluciones de primer orden que la familia ha ideado, soluciones que se han convertido en problemas. El terapeuta está interesado en las conductas que se generan cuando el Sr. y la Sra. Bean intentan que Pam coma. Por ejemplo, si el Sr. Bean le dice a Pam «¿quieres comerte el sándwich?» y ella contesta «no», él trata de razonar con ella. En ese momento, la Sra. Bean podría interrumpir y decir: «Simplemente come», lo que molesta al Sr. Bean, quien le replica: «Deja que termine de comer a su manera», y añade: «Quizá prefieres otra cosa en vez de un sándwich». Cuando Pam no parece responder, la Sra. Bean dice: «Que no comas me está matando», y Pam responde: «No comeré aunque me obligues a tragar». El terapeuta estratégico observa que, cuanto más amenaza la Sra. Bean, más protesta Pam y, cuanto más protesta Pam, más intenta apaciguar el Sr. Bean. Sin embargo, cuando él apacigua, Pam sigue sin comer, y la Sra. Bean intensifica su discurso. Los padres sienten que están ofreciendo una solución lógica: la Sra. Bean insiste en que Pam coma, y el Sr. Bean está tratando de dejar la decisión de comer a Pam. Ambos son cambios de primer orden que dejan a Pam en un apuro intolerable: elegir a uno de los padres sobre el otro.

Entonces, el terapeuta introducirá el cambio de segundo orden mediante el uso de una estrategia paradójica (p. ej., pautando un síntoma que está destinado a interrumpir la secuencia de conducta actual). Por ejemplo, el terapeuta podría sugerir: «Pam, me gustaría que te resistieras a los esfuerzos de tus padres para que comas, para evitar tu cumplimiento precipitado con la autoridad de tus padres». Al pedirle que no coma, la anorexia adquiere un nuevo significado y se elimina la obligación de tener que elegir entre sus padres. Se trata de un doble enlace terapéutico: es decir, una intervención que refleja la comunicación paradójica en la familia.

Defensores

Milton Erikson¹² (cuyo enfoque en el cambio de la conducta se basó en la sugestión indirecta a través del uso de historias, adivinanzas y metáforas) ha influido mucho en esta escuela. Los terapeutas estratégicos han tomado prestada su confianza en las técnicas lúdicas de contar historias. Los terapeutas familiares del Mental Research Institute (MRI) de California, entre ellos Jay Haley, Paul Watzlawick, John Weakland y Gregory Bateson, fueron los primeros defensores de la terapia familiar estratégica. Alentaron a los terapeutas a observar el papel de poder en el encuentro terapéutico, ya que las familias suelen hacer peticiones paradójicas, como, por ejemplo: «Sáquenos de este lío, pero no nos haga cambiar».

Chloe Madanes¹³ asumió que, cuando los hijos actúan, sus síntomas representan los esfuerzos por ayudar a su familia. Sin embargo, además de ayudar a la familia, sus síntomas también

invierten la jerarquía generacional, colocando al hijo en una posición superior a la de sus padres. En consecuencia, Madanes abogó por utilizar técnicas paradójicas para reafirmar la autoridad de los padres. Por ejemplo, se podría invitar al padre a pedirle al hijo que finja necesitar ayuda o tener un problema. En ambos casos, estas estrategias ponen a los padres de nuevo a su cargo, mientras que permiten al hijo ser útil de un modo lúdico.

Metáfora

El terapeuta familiar estratégico es como un experto jugador de ajedrez que sabe desde el principio cómo quiere que se desarrolle el juego y evalúa cada movimiento para llevarlo a cabo. Este terapeuta tiene un plan para cada sesión individual y una visión para el resultado de esta terapia centrada en el problema. En el ajedrez, como en la terapia, existe la creencia de que un pequeño movimiento activará reverberaciones durante todo el juego. Esta cascada de cambios también puede ser planeada y trazada por el terapeuta.

Terapia familiar sistémica

Teoría

El terapeuta familiar sistémico cree que el cambio ocurre cuando las creencias o el significado de la conducta se modifican. Desde este punto de vista, las soluciones, así como el poder de cambio, están dentro de la familia. Este terapeuta rechaza la noción de que él debe tener una idea clara de lo que será la familia al final de un tratamiento exitoso. El terapeuta no presume saber la verdad correcta para ayudar a una familia. En cambio, sostiene que no hay una verdad, sino más bien algunas ideas que son más útiles que otras.

El terapeuta sistémico cree que la familia no es homeostática, sino que está en constante evolución. El terapeuta identifica el lugar del «estancamiento» que está marcado por secuencias de interacciones redundantes, e introduce nueva información en la familia sin un plan para dar una respuesta familiar. Este proceso es como ver una estructura móvil que ha dejado de moverse al viento, empujarla y retroceder para mirar (con sorpresa) cómo las piezas reanudan su movimiento. El movimiento tiene lugar a saltos más que de forma progresiva como prefieren los terapeutas familiares estratégicos.

El terapeuta sistémico introduce una nueva información para intentar lograr un cambio sistémico. Cuando Bateson¹⁴ escribió que la información es la «noticia de una diferencia», quería decir que solo registramos la información que surge de comparaciones. Él y otros terapeutas sistémicos utilizan las preguntas circulares, encaminadas a sacar a la luz las diferencias en torno al tiempo, la comprensión, la clasificación de una característica y las alianzas dentro de una familia. Las preguntas lineales (p. ej., «¿qué hizo que te deprimieras?») interrogan a los miembros de la familia sobre la causa y el efecto. En cambio, las preguntas circulares (p. ej., «¿quién está más preocupado por la depresión de tu madre?», «¿entonces quién?»), toman un problema y lo colocan dentro de la red de las relaciones familiares. Otras preguntas circulares (p. ej., «¿quién en la familia está más preocupado por Pam?», «¿cuándo eran las cosas diferentes en la familia, cuándo no era Pam un motivo de preocupación?») intentan obtener comparaciones ocultas e información útil.

Además, los terapeutas sistémicos emplean dos nuevos tipos de intervenciones: el reenmarcado y el ritual. El reenmarcado ofrece interpretaciones de conductas problemáticas

neutras o positivas y que conectan a cada uno de los miembros de la familia. El terapeuta usa la connotación positiva para redefinir un problema que permita estimular la cooperación, para introducir la idea de voluntariedad cuando se considera que las conductas están fuera de control y para introducir la confusión como una forma de estimular el nuevo pensamiento en torno a creencias firmemente sostenidas.

Se introduce un ritual no como una directiva conductual sino como un experimento.¹⁵ A este terapeuta no le importa si el ritual se lleva a cabo exactamente como ha sido prescrito, ya que son las ideas contenidas en él las que poseen el poder de cambiar. Cuando las familias representan dos conductas inconsistentes simultáneamente, un ritual permite ganar tiempo en este sistema paradójico. Con la familia Bean, el terapeuta puede sorprenderse por la forma en que el Sr. y la Sra. Bean tratan a Pam simultáneamente como una niña y una mujer joven, socavando la posición uno del otro de tal forma que los padres nunca están de acuerdo. Este terapeuta puede sugerir el siguiente ritual de «días pares e impares»: «Los lunes, miércoles y viernes queremos que veáis a Pam como una niña que no puede llevar a cabo funciones básicas (como comer). Los martes, jueves y sábados, nos gustaría que pensarais en Pam como una mujer joven que se está preparando para irse de casa». A los padres se les da la oportunidad de colaborar en una visión compartida de su hija al mismo tiempo, primero como una niña, después como una mujer joven.

Los rituales y reenmarcados se introducen generalmente al final de una reunión dividida en cinco partes con un equipo de terapeutas y una familia.¹⁶

Práctica

Al principio, este terapeuta, trabajando con o sin un equipo, genera algunas hipótesis que se pueden confirmar o descartar mediante preguntas circulares.¹⁷ Una hipótesis es que la anorexia de Pam sirve para mantener a sus padres distraídos de sus propios conflictos matrimoniales, que aumentarían si no tuviesen que preocuparse por ella. Por ejemplo, se podrían formular las preguntas circulares como «si en 5 años Pam se graduase en la universidad y tuviese un peso normal, ¿cómo sería vuestra relación como padres?», «¿quién está más preocupado por Pam?» o «si no estuvieseis preocupados por Pam, ¿dónde iría esa energía?».

Al tratar de evaluar la validez de esta hipótesis, el terapeuta prestaría atención tanto a las respuestas verbales de cada miembro de la familia como a los signos no verbales de interés por las preguntas. Si los miembros de la familia parecen interesados en las respuestas de los demás, y si sus respuestas son más reflexivas que automáticas, el terapeuta probablemente diseñará una intervención al finalizar la sesión basada en esa hipótesis. El terapeuta podría decirle a la familia Bean: «Lamento que Pam sienta que tiene que sacrificar su bienestar, su salud y su futuro para desviar la atención de sus padres de la lucha o la infelicidad entre ellos. Sr. y Sra. Bean, creo que deberían salir los dos solos sin informar a Pam de dónde van, ni de cuándo regresarán. Posteriormente, anoten en un diario cómo responde a este ritual». Este mensaje connota positivamente la anorexia de Pam y conecta a todos los miembros de la familia. Además, este es un ritual prescrito como conclusión en un intento final de aclarar las fronteras generacionales.

Defensores

La terapia familiar sistémica fue forjada por un cuarteto de psicoanalistas (Dres. Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata) que colaboraron desde 1971 hasta 1980 en Milán, Italia, y desarrollaron un enfoque de trabajo en equipo dividido en varias partes utilizando un espejo unidireccional para observar las interacciones. En la primera parte, o «presesión», el equipo genera hipótesis iniciales basadas en la información de referencia, como «¿quién hizo la llamada inicial?» y «¿cuál fue su tono emocional al teléfono?», así como en las experiencias clínicas de los miembros del equipo. En la segunda parte del enfoque en equipo, un médico entrevista a la familia mientras el resto observa desde detrás de un espejo unidireccional. El terapeuta entrevistador busca confirmar o refutar las hipótesis del equipo mediante el uso de preguntas circulares. Durante la tercera parte, o «intersesión», los miembros del equipo crean una intervención que asocia a todos los miembros de la familia y ofrece un reenmarcado o un ritual. A menudo estos mensajes son sucintos, enigmáticos e hipnóticos y tienen la intención de introducir suficiente información nueva como para producir cambios en el sistema.

La escuela de Milán también fue responsable de la introducción de las nociones de circularidad y neutralidad. La circularidad evalúa el pensamiento que enfatiza patrones, recursos y contexto. Las preguntas circulares permiten al terapeuta interesarse por los patrones de interacción en una familia que son destructivos para cada uno de los miembros, sin culpar a ningún individuo. La actitud no evaluativa del terapeuta transmite respeto y aceptación del sistema, y es sinónimo de neutralidad.

Metáfora

Este terapeuta es como el detective de una novela de misterio británica que entrevista a todos los sospechosos de un crimen y luego los reúne en un salón para contarles cómo ocurrió el crimen. La historia que relata asocia el punto de vista de todos, pero generalmente es diferente del de cada persona. La experiencia del lector de la historia es sentir a la vez confusión y que la historia tiene perfecto sentido, aunque ello signifique reevaluar el punto de vista de cada persona. Esta mezcla de confusión y relevancia es lo que busca el terapeuta sistémico cuando introduce una opinión sistémica que altera los significados.

Terapia familiar narrativa

Teoría

Los terapeutas familiares narrativos confían en el poder transformador de un nuevo lenguaje para crear un cambio. Postulan que las familias se quedan estancadas porque se han visto restringidas por una historia llena de problemas y por formas forzadas de hablar entre ellos de sus dificultades. Este terapeuta intenta identificar las historias dominantes que limitan las posibilidades de la familia y luego intensificar narraciones menores u ocultas que es más probable que puedan cambiarse. Entre las historias dominantes se encuentran las creencias que la familia tiene sobre sí misma, así como cualquier argumento cultural (p. ej., la idea de que los adolescentes solo pueden convertirse en adultos a través de la rebelión y el rechazo de sus padres) que pueda influir en la familia.

Estos terapeutas utilizan la historia de dos maneras significativas: primero para desmontar o separar los problemas de las personas que los experimentan, y después para reconstruir o

ayudar a las familias a reescribir las historias que relatan sobre sus vidas. Estos procesos complementarios de desconstrucción y reconstrucción se ejemplifican en la técnica de externalización del problema.¹⁸ Con esta técnica, el terapeuta y la familia dan un nombre al problema y le atribuyen intenciones negativas para que la familia pueda unirse contra él, en lugar de atacar a la persona que tiene el problema. Posteriormente, el terapeuta preguntará por los «resultados singulares», o momentos en los cuales el paciente no tiene dicho problema. Se propondrá a la familia que se pregunte qué pasó en esos momentos, para encontrar la fuerza necesaria para resistir la atracción del problema. Con el tiempo, estos momentos inusuales de resistencia se intensificarán y aumentarán con más historias que presentarán al paciente como alguien competente y libre de problemas.

Los terapeutas narrativos también han desarrollado el concepto conocido como equipo reflexivo, para ayudar en la terapia familiar y la formación de los terapeutas.^{19,20} Con este enfoque, un grupo de médicos observa una entrevista a través de un espejo unidireccional y luego hablan directamente con la familia, ofreciendo ideas, observaciones, preguntas y sugerencias.²¹ Estos comentarios se ofrecen de forma tentativa y espontánea para que la familia pueda elegir lo que sea útil entre lo que les ofrece el equipo y rechazar el resto. Varios supuestos narrativos sirven de apoyo al equipo reflexivo:²² la abundancia de ideas generadas por el equipo ayuda a suavizar una historia opresiva que la familia mantiene, la relación entre el terapeuta y el paciente no debe ser jerárquica (con el énfasis puesto en compartir más que en dar información), las personas cambian bajo una connotación positiva, y no hay ideas correctas o incorrectas, solo las que son más o menos útiles para una familia.

Práctica

Este terapeuta podría comenzar preguntando a la familia Bean cómo sabrán que la terapia ha terminado. Más concretamente, podría formular las preguntas milagrosas de De Shazer:²³ «Si ocurriese un milagro de la noche a la mañana, y Pam ya no fuese anoréxica, ¿qué cambiaría?, ¿en qué forma la familia sería diferente?, ¿cómo interactuarían cada uno con ella?».

El terapeuta también haría preguntas para desmontar el problema actual externalizándolo. Por ejemplo, podría decirle a Pam: «Esta cultura ayuda a la anorexia al engañar a mujeres jóvenes para que piensen que son más adorables y exitosas si pierden peso. ¿Qué trucos ha empleado la anorexia contigo?». Y, en un esfuerzo por construir una nueva historia, el terapeuta podría preguntar a cada uno de los miembros de la familia: «¿Quién se sorprendería más al saber que Pam le ha dado la espalda a la anorexia y se ha hecho cargo de su futuro? ¿Cuándo vería a Pam diciendo “no” a los trucos de la anorexia y, en su lugar, apostando por una visión realista de sí misma basada en sus dotes y talentos?». Con estas preguntas, el terapeuta narrativo busca aumentar y crear versiones alternativas de Pam que no incluyan su identificación con un trastorno de la conducta alimentaria.

Otro enfoque narrativo es preguntar a la familia Bean sobre la influencia cultural en el problema. Por ejemplo: «¿La familia Bean apoya el argumento cultural de que las niñas necesitan rechazar a sus madres para convertirse en mujeres?». El terapeuta tratará de descubrir las historias que dan sentido a la opinión de los Bean sobre la educación de Pam, historias que pueden limitar sus posibilidades en lugar de ampliarlas.

Defensores

Michael White, en Australia, David Epston, en Nueva Zelanda, y Jill Freedman y Gene Combs, en Chicago, son los pensadores y escritores más conocidos del enfoque narrativo.^{24,25} Además de sus ideas de desmontar el problema mediante la externalización y la renarración, han enfatizado el contexto político y social en el que se produce todo el trabajo clínico. Basándose en el trabajo de Foucault, critican la vinculación del profesional al poder y el conocimiento. Por ejemplo, no hacen diagnósticos ni creen que las historias clínicas de sus pacientes deban ser privadas. En su lugar, pueden escribir una carta a un paciente al final de una sesión, y usar la misma carta como una anotación de la historia clínica. Al final de la terapia, la historia clínica puede entregarse al paciente o, con su permiso, puede compartirse con otros pacientes que están enfrentándose a problemas similares.

La invención del equipo reflexivo se atribuye a Tom Anderson y a sus colaboradores de la Tromso University de Noruega en 1985. Andersen comprobó, al observar una entrevista desde detrás de un espejo, que el terapeuta seguía conservando una visión pesimista de la familia, independientemente de las preguntas de reenmarcado que le habían sido transmitidas por el equipo. Finalmente, después de varios intentos de reorientar la entrevista, se sintieron frustrados y «lanzaron a la familia y al terapeuta la idea de que podíamos hablar mientras nos escuchaban».²⁶ Con el equipo hablando directamente a la familia, presentando múltiples ideas de una manera no ensayada, el concepto del equipo reflexivo enraizó.

Metáfora

El terapeuta familiar narrativo es como un biógrafo que toma las historias básicas de la familia y las reorganiza, aumentando la comprensión del lenguaje y del tono, y añadiendo relatos previamente pasados por alto. La historia resultante es una colaboración entre el terapeuta y la familia y contiene fragmentos que poseen un mayor potencial que la historia original.

Terapia familiar conductual

Teoría

La terapia familiar conductual²⁷⁻²⁹ deriva de la teoría del aprendizaje social, prestando especial atención a la demostración de evidencias científicas empíricas para las intervenciones. En este modelo, los sistemas familiares representan los mejores intentos de sus miembros de lograr recompensas personales y mutuas, evitando las consecuencias negativas. Para que las conductas inadaptadas perduren, deben ser modeladas o reforzadas dentro de una parte del sistema. El terapeuta y la familia colaborarán en un esfuerzo por identificar los patrones y secuencias conductuales problemáticos. Posteriormente, el terapeuta empleará diversas técnicas conductuales respaldadas empíricamente para fomentar el aprendizaje de nuevas conductas adaptadas mientras se eliminan sus problemáticas predecesoras.

Práctica

La terapia familiar conductual se basa en la capacidad de realizar un análisis conductual funcional y detallado. El terapeuta comienza con una evaluación de los pensamientos,

sentimientos y conductas de cada miembro de la familia individualmente en su relación con el problema. A continuación, trabaja con la familia para destacar las secuencias de conducta representativas que señalan su angustia actual. Por ejemplo, el terapeuta podría pedir a la familia Bean que relatase con la mayor precisión posible la última tarde que culminó en una discusión entre la Sra. Bean y Pam por la negativa de esta a cenar. Si la hora de la cena supone un momento particularmente propicio para el conflicto, el terapeuta podría pedir a la familia que grabase estos acontecimientos nocturnos durante 1 semana (o al menos que los anotase en un diario), de modo que pueda realizar una observación más precisa.

El terapeuta conductual tratará de identificar los factores que precipitan y alivian el problema. (¿El rechazo de comer de Pam se correlaciona de alguna forma con los viajes de negocios del Sr. Bean? ¿Ha habido períodos en los que el tema de la alimentación de Pam parecía menos conflictivo?) Las consecuencias de la secuencia conductual también son importantes. (¿Las discusiones entre la Sra. Bean y Pam se transforman finalmente en discusiones entre el Sr. y la Sra. Bean? ¿Ellen vuelve siempre a casa desde la universidad el fin de semana si se ha enterado de que Pam ha tenido una semana difícil?)

En última instancia, se genera una hipótesis sobre la manera en que cada conducta problemática podría ser reforzada y qué intervenciones podrían conseguir eliminarla. Se animará a la familia Bean a elegir objetivos específicos. El terapeuta entonces actuaría como un colaborador y profesor, diseñando experimentos que pondrán a prueba los cambios conductuales. Estos suelen ser en forma de tareas fuera de la consulta o llevarse a cabo dentro de la sesión. Los resultados de estos experimentos se analizarán con el mismo rigor que la evaluación inicial, a fin de asegurarse de que todos estén demostrando ser objetivamente beneficiosos. Entre estas técnicas se encuentran el contrato de contingencia (el Sr. y la Sra. Bean se comprometen recíprocamente a intercambiar consideraciones positivas diariamente) y otras estrategias de refuerzo operativo (la Sra. Bean felicitará a Pam por haber comido algo y no comentará lo que haya dejado). Las técnicas de terapia familiar conductual han establecido su respaldo empírico en numerosas enfermedades,³⁰⁻⁴² tanto en intervenciones individuales como asociadas a otras modalidades de tratamiento.

A medida que la familia colabora experimentalmente con el terapeuta, puede haber momentos en que el estrés de una crisis exceda la capacidad actual de la familia de resolver eficazmente los problemas. (El estado clínico de Pam empeora, y el Sr. y la Sra. Bean no logran convencerla de considerar su ingreso.) En estos momentos, el terapeuta conductual puede asumir un papel más directivo para ayudar en el manejo de la crisis.

Defensores

Robert Liberman⁴² y Lawrence Weathers⁴³ han hecho contribuciones importantes al campo de la terapia familiar conductual, incluida la aplicación del contrato de contingencias. Esta forma de condicionamiento operante reconoce que las familias con problemas tienden a aumentar los intercambios aversivos marcados por el afecto negativo. En el contrato de contingencia, los miembros de la familia aceptan realizar interacciones estructuradas diseñadas para mejorar los intercambios positivos. Gerald Patterson,⁴⁴ junto con Marion Forgatch,⁴⁵ evaluó la manera en que los sistemas familiares refuerzan la conducta agresiva de los adolescentes. El refuerzo se caracterizaba por el castigo intermitente, las amenazas vacías y la irritabilidad de los padres. La atención de Falloon y Liberman⁴⁶ en los niveles

emocionales expresados en las familias ha conformado las escuelas de terapia familiar tanto conductuales como psicoeducativas.

Metáfora

Este terapeuta es como el ingeniero civil que tiene que reconfigurar unos patrones de tráfico bien establecidos en una ciudad concurrida. Las áreas congestionadas deben analizarse primero considerando por qué los conductores eligen constantemente estas rutas a pesar de existir otras alternativas. A continuación, debe prestarse atención a cómo los diversos intereses (individuales, gubernamentales y empresariales) pueden verse afectados por los posibles cambios. Se solicitará a las partes interesadas que expresen sus preocupaciones. Posteriormente, puede introducirse la reorganización de una manera escalonada, interrumpiendo patrones previos e intentando fomentar otros nuevos. Con cada cambio incremental, se medirá el flujo del tráfico y se realizarán los ajustes correspondientes. En última instancia, la solución buscará conseguir eficiencia y maximizar la satisfacción de los sectores individual, gubernamental y empresarial.

Terapia familiar psicoeducativa

Teoría

La terapia familiar psicoeducativa²⁷⁻²⁹ surgió para ayudar a las familias que cuidan a uno de sus miembros con una enfermedad mental y un deterioro funcional graves. El terapeuta entiende la disfunción familiar como una falta de habilidades y conocimientos adquiridos. A través de la educación y de un entrenamiento específico, las familias y los pacientes estarán preparados para realizar su propio cambio. El terapeuta prevé deficiencias en varios dominios clave. Entre ellos se encuentran la comunicación, la resolución de problemas, el afrontamiento y el conocimiento de la enfermedad. El terapeuta también está alerta para identificar relaciones aparentemente hiperactivas o hipercríticas, porque están asociadas con una mayor probabilidad de recaída y exacerbaciones de la enfermedad del miembro afectado. El objetivo terapéutico es crear el ambiente más adecuado para fomentar el dominio y la recuperación.

Práctica

La terapia familiar psicoeducativa se lleva a cabo con familias individuales y con grupos familiares. Típicamente, el tratamiento tiene lugar en diferentes fases que pueden ser protocolizadas para diversos trastornos y contextos. El terapeuta familiar psicoeducativo comenzaría a trabajar con la familia Bean en un momento crítico, por ejemplo durante un ingreso de Pam. A la Sra. Bean se le permitiría llorar por la pérdida de la salud de su hija. A Ellen se la animaría a aportar recuerdos felices de Pam antes del inicio de la enfermedad, mostrando las fortalezas de la familia en el proceso. Durante esta primera fase, denominada de compromiso, el terapeuta busca establecer una relación con la familia mientras evalúa su abordaje para el manejo de la crisis. El terapeuta buscaría información detallada sobre las formas de comunicación y las estrategias de afrontamiento familiar mientras revisa las alianzas y las divisiones. El terapeuta espera poder tranquilizar a la familia sobre la

enfermedad de Pam y sentar las bases para su participación en el tratamiento de su hija como representantes eficaces del cambio.

Después del compromiso, la familia Bean sería invitada a un taller educativo grupal junto con otras familias en una situación similar. Las familias recibirían una información básica para entender del diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de la anorexia nerviosa. Las expectativas del Sr. y la Sra. Bean sobre la recuperación rápida de Pam después del ingreso serán puestas a prueba, junto con el consuelo de que un curso prolongado esperable no impide una futura recuperación. Se mitigaría el miedo de Ellen de que la amenorrea de Pam impida su futura fertilidad. En la medida de lo posible, se animaría a la familia a mantener horarios y actividades regulares. Se pondrían de relieve signos de alarma de futuras recaídas.

La siguiente fase está marcada por el proceso de retorno de Pam a la comunidad. La familia Bean podría reunirse dos veces por semana durante las primeras semanas después del alta. El terapeuta ofrecería métodos diseñados para alcanzar los importantes objetivos de este período. Entre estos se encuentran el mantenimiento de unos adecuados límites interpersonales, a pesar del aumento de la ansiedad y la protección; el cumplimiento terapéutico y de las visitas pautadas, y la vigilancia de signos de alarma de una recaída inminente. El Sr. y la Sra. Bean recibirían orientación sobre cómo comunicarse correctamente entre ellos, con Pam y con personas ajenas al ámbito familiar cuando Pam comience a socializar con sus compañeros después de su estancia hospitalaria.

La última fase, la rehabilitación, se centra en la tarea familiar de fomentar el lento y progresivo aumento de la independencia de Pam y de responsabilizarse de su enfermedad. El terapeuta podría asesorar a la familia Bean para que hablase con otras familias que han tenido éxito en el mantenimiento de la recuperación de la anorexia. Tras meses y años de esfuerzos cautelosos y graduales, la familia Bean comenzaría a prever el momento en que Pam se marche a la universidad.

Defensores

La terapia familiar psicoeducativa encuentra su origen en el tratamiento de la esquizofrenia. Carol Anderson⁴⁷ desarrolló un modelo psicoeducativo para la esquizofrenia, que luego se adaptó a los trastornos afectivos. William McFarlane⁴⁸ es responsable del modelo psicoeducativo descrito en el ejemplo anterior, que también fue diseñado para familias que hacen frente a la esquizofrenia. En su modelo, varias familias con miembros esquizofrénicos se reúnen para la psicoeducación. Los métodos psicoeducativos están encontrando aplicaciones continuas respaldadas empíricamente para la esquizofrenia,⁴⁹ así como para enfermedades no relacionadas con claros trastornos del pensamiento,⁵⁰ y probablemente continuarán extendiéndose a otros diagnósticos y enfermedades.

Metáfora

Este terapeuta es como un guía que conduce a unos entusiastas excursionistas aficionados a un parque nacional. Antes de poner un pie en los senderos, los mitos básicos del bosque se desvanecen tras la instrucción básica aportada en una clase. Los potenciales campistas deben saber que ninguna serpiente autóctona es venenosa, mientras que se les advierte de que algunas setas de aspecto inofensivo sí lo son. El guía comenzará entonces a dirigir expediciones con una dificultad creciente, señalando ejemplos aportados en clase, mientras

asigna gradualmente más responsabilidad a los campistas. Por último, antes de permitir que el grupo explore por sí solo, el guía distribuirá bengalas y radiotransmisores, de manera que puedan pedir ayuda fácilmente en caso de que la necesiten.

Modelo de Maudsley: un ejemplo de integración teórica

El modelo de Maudsley de la terapia familiar para la anorexia nerviosa en adolescentes representa una poderosa integración de todas las escuelas en un único método, protocolizado y respaldado empíricamente.³³ Este modelo es un ejemplo de dos tendencias actuales dentro del campo de la terapia familiar: la integración, en lugar de la estricta adhesión a una teoría,^{51,52} y un movimiento basado en evidencias científicas demostrables de la eficacia del tratamiento.⁵³

En general, el modelo de Maudsley se asemeja más a la escuela psicoeducativa, con su énfasis inicial en la educación, habitualmente en un momento de crisis, seguido por un progreso en varias fases hacia una mayor independencia y responsabilidad del paciente identificado.

La primera fase es única en su propósito pragmático final: aumentar de peso. En la primera sesión, la familia Bean es recibida calurosamente y el terapeuta revisa el peso actual de Pam, las amenazas reales para su vida y los conceptos clave fundamentales de la enfermedad, como la preocupación de Pam por su cuerpo. Los efectos fisiológicos básicos de la inanición, como la hipotermia y la insuficiencia cardíaca, se explican de una manera comprensible para toda la familia. La externalización del problema, que evoca a la escuela narrativa, se emplea desde el principio, y debe culparse a la anorexia, en lugar de a Pam o a su familia, del estado actual de Pam. El terapeuta modela y refuerza conductas y actitudes no críticas hacia Pam y cada uno de los miembros de la familia. Se desalientan fuertes expresiones emotivas.

La primera fase incluye característicamente un «pícnico familiar» durante una sesión real. Si bien el ejercicio tiene una naturaleza experiencial, hay una agenda principalmente estructural en la cual el terapeuta interrumpe las interacciones que amenazan el control de los padres. Con la ayuda del terapeuta, el Sr. y la Sra. Bean serán instruidos para asegurarse de que Pam coma un bocado más de lo que quiere. Si Pam sigue resistiéndose, el Sr. Bean puede renunciar, sintiéndose impotente en su incapacidad para suscitar el deseo de comer por parte de su hija. Llegados a este punto puede resultar útil una reestructuración sistémica. La resistencia de Pam es análoga a la del niño que rechaza la penicilina al sentirse mal por una infección. Sin embargo, la penicilina debe administrarse, ya que el niño no tiene criterio suficiente para actuar en su propio interés. Los niños con infecciones graves deben tomar antibióticos y los anoréxicos deben comer. Si entonces Pam saboteara la sesión comiendo bien, el terapeuta podría emplear la intención paradójica estratégica. «Pam, quiero que intentes impedir que tus padres te alimenten. No quiero que pierdas tu independencia solo por tratar de encontrar otras maneras de expresar tu individualidad.»

A pesar del pragmatismo de esta fase, el terapeuta debe permanecer vigilante para demostrar los fundamentos abstractos del dilema. Al igual que el terapeuta psicodinámico, el terapeuta del modelo de Maudsley respeta cómo el pasado puede relacionarse con el presente y evaluar el sentido de futilidad del Sr. Bean en el contexto de la representación inconsciente del suicidio de su hermana.

La segunda fase de la terapia comienza cuando Pam consigue un aumento de peso regular y la familia Bean pueden expresar espontáneamente algún alivio de sus ansiedades. El objetivo es comenzar a recuperar en la adolescente una conducta alimentaria responsable. Aquí, el

énfasis en el aumento de peso y la comida se integran con otros problemas de los adolescentes que giran en torno a su autonomía. Por ejemplo, se alientan los toques de queda y las formas de vestirse por encima de comer como áreas de desarrollo de la responsabilidad y la individualidad. Pueden emplearse contratos de contingencia, como los discutidos en el apartado sobre terapia conductual, para que el cumplimiento con la alimentación sea parejo con el permiso de los padres para el desarrollo de actividades e intereses aceptables por los adolescentes. Por ejemplo, las amigas de Pam pueden quedarse a dormir sin demasiada intromisión paterna, siempre y cuando todos cenén juntos.

Típicamente, el logro de Pam de alcanzar el 95% de su peso corporal ideal anunciaría la fase final de este modelo. Aquí el objetivo estará centrado en el impacto que la anorexia ha tenido en el desarrollo de su identidad, mirando hacia el futuro. Los límites parentales más característicos de los adolescentes sin anorexia se convierten en un objetivo de transición. Del mismo modo, el Sr. y la Sra. Bean deben comenzar a pensar en su propia transición, ya que cuando Pam se marche, no habrá más niños que vivan en la casa durante todo el año. Manteniendo una postura estructural, este elemento está claramente identificado por el terapeuta como uno de los que el Sr. y la Sra. Bean deben descubrir sin la participación de sus hijos.

Conclusión

El campo de la terapia familiar tendía a valorar el carácter distintivo de sus diferentes modelos.⁵⁴ las madres y los padres fundadores de la terapia familiar fueron característicamente rebeldes dinámicos que destacaban lo diferentes que eran sus técnicas de las de los psicoterapeutas individuales y entre sí. El crecimiento del campo no ha sido impulsado por la investigación, sino por la teoría innovadora y la técnica creativa.

Aunque no se han realizado estudios que comparen la eficacia de cada una de las principales escuelas, muchos trabajos han analizado las variables del proceso y las medidas de resultado de los modelos conductual^{30-34,37-41} y psicoeducativos.^{47,49} Shadish et al.,⁵⁵ resumiendo su extenso metaanálisis sobre la terapia matrimonial y familiar, concluyeron que «ninguna orientación puede demostrarse todavía superior a otra» (Shadish et al.,⁵⁵ pág. 348). Los enfoques más eficaces tienden a ser multidisciplinarios o integradores, como el modelo de Maudsley. Se necesitan más estudios para determinar si existen factores comunes que expliquen el cambio que se produce con la terapia, independientemente del modelo teórico. Al igual que en el caso de la terapia individual, Wampold et al.⁵⁶ postularon que probablemente los siguientes factores influían en la mayor parte del cambio que ocurría con la terapia familiar: factores del paciente, como un nivel socioeconómico más alto, el trasfondo cultural compartido entre el paciente y el terapeuta,⁵⁷ y la capacidad de la familia de movilizarse para obtener apoyo social; factores de relación, especialmente la presencia de cordialidad, talante y consideración positiva en la relación terapéutica,⁵⁸ y la capacidad del terapeuta familiar para generar esperanza y un sentido de responsabilidad en los miembros de la familia. Se han identificado otros factores comunes: la retroalimentación del paciente para progresar en la terapia y la calidad de la alianza terapéutica.

La capacidad de los métodos integradores, como el modelo de Maudsley, de encontrar un respaldo empírico habla de la eficacia de la ideología de la terapia familiar en sí misma. En la medida en que todas las escuelas y modelos presentan un parentesco en virtud de su ascendencia, causa y generalización hacia las generaciones futuras, no es sorprendente que

el cambio y el crecimiento se estimulen cuando se logra una nueva comunicación y colaboración entre los «individuos». Esto no quiere decir que el destino inevitable de la terapia familiar sea su reducción a una única teoría unificada. El respaldo empírico de su eficacia en tratamientos con modelos individuales puede lograr que no sea necesario ni eficiente realizar más esfuerzos hacia la integración. Sin embargo, cuando la comprensión y las habilidades de un modelo individual parecen «atascadas», abrumadas por un contexto clínico concreto, a menudo resultará prudente «retornar a la familia».

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Fishel A. *Treating the adolescent in family therapy: a developmental and narrative approach*. Northvale, NJ: Jason Aronson; 1999.
2. Zinner J, Shapiro S. Projective identification as a mode of perception and behavior in families of adolescents. *Int J Psychoanal*. 1972;53:523–530.
3. McGoldrick M, Gerson G, Petry S. *Genograms. assessment and intervention*. ed 3 New York: Norton Professional Books; 2008.
4. Framo J. Family of origin as therapeutic resource for adults in marital and family therapy. *Fam Process*. 1976;15:193–210.
5. Paul N. The role of mourning and empathy in conjoint marital therapy. In: Zuk G, Boszormenyi-Nagy I, eds. *Family therapy and disturbed families*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books; 1969.
6. Boszormenyi-Nagy I. *Invisible loyalties*. New York: Harper & Row; 1973.
7. Bowen M. *Family therapy in clinical practice*. New York: Jason Aronson; 1978.
8. Satir V. *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books; 1964.
9. Whitaker C. Psychotherapy of the absurd. *Fam Process* 1-16, 1975.
10. Minuchin S. *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1974.
11. Minuchin S, Bernice R, Baker L. *Psychosomatic families: anorexia in context*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1978.
12. Erikson MH, Rossi EL. *Experiencing hypnosis: therapeutic approaches to altered states*. New York: Irvington; 1981.

13. Madanes C. *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass; 1981.
14. Bateson G. *Mind and nature*. New York: E. P. Dutton; 1979.
15. Imber-Black E, Roberts J. *Rituals in families and family therapy*. New York: Norton; 1988.
16. Tomm K. One perspective on the Milan systemic approach: part II. Description of session format, interviewing style and interventions. *J Marital Fam Ther*. 1984;10(3):253–271.
17. Penn P. Circular questioning. *Fam Process*. 1982;21(3):267–280.
18. White M. *The externalizing of the problem and the reauthoring of lives and relationships*. Summer: Dulwich Centre Newsletter; 1988.
19. Friedman S, ed. *The reflecting team in action*. New York: Guilford Press; 1996.
20. Andersen T. The reflecting team: dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Fam Process*. 1987;26:415–428.
21. Fishel A, Ablon S, McSheffrey C, et al. What do couples find most helpful about the reflecting team? *J Couple Relationship Ther*. 2005;4(4):23–37.
22. Miller D, Lax WD. Interrupting deadly struggles: a reflecting team model of working with couples. *J Strategic Systemic Therapies*. 1988;7(3):16–22.
23. De Shazer S. *Words were originally magic*. New York: Norton; 1994.
24. White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton; 1990.
25. Freedman J, Combs G. Narrative couple therapy. In: Gurman AS, ed. *Clinical handbook of couple therapy*. ed 4. New York: Guilford Press; 2008.
26. Andersen T. Reflecting processes: acts of informing and forming. In: Friedman S, ed. *The reflecting team in action*. New York: Guilford Press; 1996.
27. Scholvar GP, Schwoeri LD, eds. *Textbook of family and couples therapy: clinical applications*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2003.
28. Lebow J, ed. *Handbook of clinical family therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2005.
29. Carr A. *Family therapy: concepts, process and practice*. Baffins Lane, England: John Wiley & Sons; 2000.

30. Birmaher B, Brent DA, Kolko D, et al. Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:29–36.
31. Piacentini J, Bergman RL, Chang S, et al. Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(11):1149–1161.
32. Kendall PC, Hudson JL, Gosch E, et al. Cognitive-behavioral therapy for anxiety disordered youth: a randomized clinical trial evaluating child and family modalities. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(2):282–297.
33. Robin AL, Siegel PT, Loepke T, et al. A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999;38:1482–1489.
34. Sexton T, Turner CW. The effectiveness of functional family therapy for youth with behavioral problems in a community practice setting. *J Fam Psychol*. 2010;24(3):339–348.
35. Sanders MR, Markie-Dadds C, Tully LA, et al. The triple P—positive parenting program: a comparison of enhanced, standard, and self-directed behavioral family intervention for parents of children with early onset conduct problems. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(4):624–640.
36. Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C. The effects of the Triple P—Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/hyperactive difficulties. *J Abnorm Child Psychol*. 2002;30(6):571–587.
37. Waldron HB, Slesnick N, Brody JL, et al. Treatment outcomes for adolescent substance abuse at 3- and 7-month assessments. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69:802–813.
38. Epstein LH, McCurley J, Wing RR, et al. Five-year follow-up of family-based behavioral treatments for childhood obesity. *J Consult Clin Psychol*. 1990;58(5):661–664.
39. Gustafsson PA, Kjellman NI. Family therapy in the treatment of severe childhood asthma. *J Psychosom Res*. 1986;30(3):369–374.
40. Palermo TM, Wilson AC, Peters M, et al. Randomized controlled trial of an Internet-delivered family cognitive-behavioral therapy intervention for children and adolescents with chronic pain. *Pain*. 2009;146(1-2):205–213.
41. Wysocki T, Harris MA, Buckloh LM, et al. Randomized, controlled trial of Behavioral Family Systems Therapy for diabetes: maintenance and generalization of effects on parent-adolescent communication. *Behav Ther*. 2008;39(1):33–46.
42. Liberman RL. Behavioral approaches to family and couple therapy. *Am J Orthopsychiatry*. 1970;40:106–119.

43. Weathers L, Liberman RL. Contingency contracting with families of delinquent adolescents. *Behav Ther.* 1975;6:356–366.
44. Patterson G. A social learning approach to family intervention: coercive family processes, vol. 3 Eugene, OR: Castalia; 1982.
45. Patterson G, Forgatch M. *Parents and adolescents living together, vol. 1. The basics.* Eugene, OR: Castalia; 1987.
46. Falloon IR, Liberman RL. Behavioral therapy for families with child management problems. In: Textor MR, ed. *Helping families with special problems.* New York: Jason Aronson; 1981.
47. Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psychoeducational approach. *Schizophr Bull.* 1980;6:490–505.
48. McFarlane W, Family psycho-educational treatment. Gurman AS, Kniskern DP, eds. *Handbook of family therapy, vol. 2.* New York: Bruner/Mazel; 1991.
49. Dyck DG, Short RA, Hendryx MS, et al. Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. *Psychiatric Services.* 2000;51(4):513–519.
50. Long P, Forehand R, Wierson M, et al. Does parent training with young noncompliant children have long-term effects? *Behav Res Ther.* 1994;32:101–107.
51. Fraenkel P, Pinsof W. Teaching family-therapy centered integration: assimilation and beyond. *J Psychother Integration.* 2001;11(1):59–85.
52. Lebow J. The integrative revolution in couple and family therapy. *Fam Process.* 1997;36:1–18.
53. Lock J, Le Grange D, Agras WS, et al. *Treatment manual for anorexia nervosa: a family-based approach.* New York: Guilford Press; 2001.
54. Shields GC, Wynne LC, McDaniel SH, et al. The marginalization of family therapy: a historical and continuing problem. *J Marital Fam Ther.* 1994;20:117–138.
55. Shadish WR, Ragsdale K, Glaser RR, et al. The efficacy and effectiveness of marital and family therapy: a perspective from meta-analysis. *J Marital Fam Ther.* 1995;21:345–360.
56. Sparks JA, Duncan B. Common factors in couples and family therapy. Must all have prizes? In: Wampold BE, Duncan BL, Miller SD, eds. *The heart and soul of change. ed 2. Delivering what works in therapy.* Washington, DC: American Psychological Association; 2009.

57. Goldstein MJ, Miklowitz DJ. The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. *J Marital Fam Ther.* 1995;21:361–376.

58. Alexander JF, Barton C, Schiavo RS, et al. Systems-behavioral intervention with families of delinquents: therapist characteristics, family behavior, and outcome. *J Consult Clin Psychol.* 1977;44:656–664.

(Stern, 20171024, pp. 127.e1-137.e1)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.