

# TERAPIA FAMILIAR

## Enfoques esenciales

Arturo Roizblatt  
Compilador



# Índice

Prólogo <i>Carlos E. Sluzki</i>	9
Introducción <i>Arturo Roizblatt S.</i>	13
CAPÍTULO 1. Prácticas sistémicas: arte y oficio <i>Javier Vicencio</i>	15
CAPÍTULO 2. Evaluación y tratamiento de la familia <i>William C. Nichols</i>	43
CAPÍTULO 3. Genogramas en terapia familiar <i>Sueli S. Petry y Mónica McGoldrick</i>	75
CAPÍTULO 4. El enfoque interaccional. Conceptos perdurables del Mental Research Institute <i>Wendel A. Ray y Paul Watzlawick</i>	99
CAPÍTULO 5. Enfoque estructural <i>Jorge Colapinto</i>	135
CAPÍTULO 6. La terapia sistémica de Milán: Historiografía, traducciones y experiencia formativa <i>Paolo Bertrando y Felipe Gálvez Sánchez</i>	165

CAPÍTULO 7. Terapia familiar socialconstruccionista <i>Tom Strong, Karl Tomm y Joaquín Gaete-Silva</i>	195
CAPÍTULO 8. Implicaciones clínicas de la teoría de Bowen <i>Paulina G. McCullough</i>	219
CAPÍTULO 9. Terapia breve de pareja y familia centrada en soluciones <i>Terry S. Trepper</i>	247
CAPÍTULO 10. La terapia narrativa: Reescribir nuestras historias para ser como preferimos ser <i>Margarita Tarragona Sáez</i>	265
Capítulo 11. Terapia vincular en familias en formación <i>Mónica Kimelman</i>	299
Acerca de los autores	323

## CAPÍTULO 1

# Prácticas sistémicas: arte y oficio

Javier Vicencio

El ejercicio clínico y docente a partir de la década de 1980 en la terapia familiar y en las prácticas sistémicas derivadas de esta, que incluyen a la pareja, al individuo y las instituciones, me ha conducido a dar algunos pasos hacia la construcción de un modelo que sirva de base para la capacitación de nuestros alumnos a nivel de Maestría en Crisol, Centro de Postgrado en Terapia Familiar en México, institución que coordino desde su fundación en 1991.

El punto de partida sigue aún los pasos de M. Erickson (1941) y G. Bateson (1972, 1979) y de sus textos, porque ejercieron su original influencia con respecto a la praxis —inicialmente estratégica—, y a la teoría —conceptualmente identificada con la epistemología cibernética.

La historia de nuestra disciplina o especialidad ha sido publicada por diversos autores, pero magistralmente por L. Hoffman (1981, 2002) y P. Bertrando (2004) quienes, en sus libros sobre el tema, ilustran el desarrollo de las ideas fundamentales de la misma, en diferentes épocas. Además, dan cuenta de episodios de la vida real de los distintos personajes que han transitado como autores de esta “novela”, de data tan reciente como es la nuestra.

La repetida insistencia de G. Bateson sobre la importancia de considerar con rigor e imaginación la distinción existente entre diferentes niveles lógicos con respecto al aprendizaje y el cambio, la información, la comprensión de la lógica paradójica, me proporcionaría el estímulo y el marco de referencia para escribir un artículo a mediados de la década de 1990, publicado con posterioridad en *De Familias y Terapias*, la revista del Instituto Chileno de

Terapia Familiar (2004) y que lleva como título “Érase una vez una hipótesis... Una revisión del concepto para su aplicación en la investigación clínica y psicosocial”, en el cual se realiza una detallada división de los diferentes niveles de hipótesis que sirven de base para el diagnóstico y la terapia sistémica, de acuerdo con los diferentes modelos que han surgido a lo largo del tiempo.

Además de una inclinación a favor de la constante formulación de hipótesis que la práctica sistémica requiere, esta se insertaba desde el principio, con cierta ironía, en el centro de la polémica existente hasta la fecha entre constructivismo y construccionismo social, modernidad y posmodernidad, saber y no saber, texto y discurso, que cuestiona este tema; es decir, la elaboración de hipótesis, por razones éticas y metodológicas.

En ese escrito, se articulan los diferentes niveles lógicos que forman el eje de nuestro programa de capacitación, así como se desarrollan paso a paso, en el proceso enseñanza-aprendizaje de los diferentes modelos que tienen mayor relevancia en la evolución epigenética de nuestros docentes y alumnos, de acuerdo con una lógica aditiva, inclusiva, que no descarta, sino que suma y sigue, desde lo más simple a lo más complejo.

En relación con un modelo epigenético para el terapeuta, Boscolo y Bertrando (1996) teorizan: De acuerdo con nuestra mirada epigenética, integramos dentro de nuestra visión más reciente del modelo sistémico las teorías que aprendimos en el pasado y todas la “voces” significativas (profesionales o simplemente humanas) que nos inspiran en nuestra práctica diaria y en nuestra vida (pp. 35-39).

El nivel 1 se refiere a la descripción de la configuración del sistema que consulta (familia, pareja, individuo, institución) y a la coherencia que existe entre el motivo de la consulta (el síntoma) y la forma en la que los participantes interactúan, de acuerdo con la metáfora de la “danza” de Minuchin (1979) y Minuchin y Fishman (1981), que traducimos coloquialmente como “cómo está quien con quien”.

Denominado nivel fenomenológico, se refiere al “sistema observado” desde la perspectiva de la cibernética de primer orden e incluye los modelos estructural, estratégico e interaccional de Palo Alto, sin descuidar el contexto situacional en el cual el problema se presenta ni tampoco la clínica general, especialmente cuando lo que contempla, con cierto acento, es lo psicosocial.

El nivel 2 aborda la descripción del sistema terapéutico y se sitúa, por lo tanto, dentro de la perspectiva del “sistema creado por el problema” en la que el terapeuta está incluido como participante, a partir de un guion que le ofrece un rol predeterminado, que en general contribuye a perpetuar el

problema. Para la comprensión de este nivel, se requiere un viraje epistemológico hacia la cibernética de segundo orden, en la que no existe una frontera entre el observador y lo observado y, por lo tanto, el terapeuta es un integrante más del “sistema observante”, aunque intenta proponer un guion alternativo para instrumentar la terapia.

En este nivel se sitúan a los modelos que incorporan los guiones trigeneracionales (Andolfi y Angelo, 1989), la escuela de Roma, P. Papp (1980, 1983), la Clínica Ackerman, Bying-Hall (1995) y la Clínica Tavistock y, recientemente, los modelos reflexivos influidos por Anderson y Goolishian (1987, 1992) que acentúan la importancia de la historia de la consulta en lugar de la historia del problema, para favorecer así una posición colaborativa establecida mutuamente desde el comienzo de la entrevista inicial.

El nivel 3 se refiere a las explicaciones sistémicas que surgen del recorrido por la historia de la familia, la pareja, el individuo, las ideas y los significados que el sistema terapéutico aborda, por medio de un cuestionamiento circular autorreflexivo que proporciona la información requerida para comprender la singularidad del funcionamiento del sistema que consulta. Para la comprensión de este nivel, se necesita una incursión más profunda en la epistemología sistémica de segundo orden, en la medida en que se pretende hilar más fino en la coconstrucción de un inconsciente relacional que surge de las historias familiares que se conectan con el funcionamiento de ese sistema en particular y que, a diferencia del inconsciente individual, se descubre por el uso de hipótesis y preguntas reflexivas, como parte del diálogo conversacional, en lugar de la asociación libre.

En este nivel se desarrollan las diferentes modalidades del modelo de Milán (Boscolo *et al.*, 1987) que marcan su evolución en el tiempo, desde lo estratégico a lo dialógico, de la neutralidad a la curiosidad, del tiempo presente al pasado y a un futuro posible, hasta la inclusión del construccionismo social en su marco de referencia, sin descartar su origen constructivista.

El nivel 4 demarca el dominio de lo cultural en la búsqueda de explicaciones que den cuenta de nuestro funcionamiento como sujetos construidos socialmente, por medio de discursos y textos, no necesariamente escritos que, sin embargo, nos otorgan una identidad de género, de nacionalidad, de ideología y de valores, de comunidad y de red, de colaboración o de antagonismo.

En este nivel se incluyen los modelos post-Milán, entre los cuales destacan la terapia narrativa postestructuralista de M. White y D. Epston (1990) y White (1993), la terapia centrada en las soluciones de De Shazer (1985), la

colaborativa de Anderson y Goolishian (1987 y 1992), el equipo reflexivo de Andersen (1987, 1991) y Anderson (1997) que, aunque tienen su origen en la epistemología sistémica, recientemente se han inscrito en el territorio de la hermenéutica, por su énfasis en el análisis de los sistemas de lenguaje y los discursos culturales que proporcionan un “suplemento” a nuestra historia y que, por ende, están sujetos a una posible deconstrucción terapéutica; de esta forma, se encaminan hacia la construcción de prácticas narrativas que faciliten el surgimiento de versiones alternativas de la historia “dominante”, demasiado saturada por el problema.

La figura 1 resume, de manera esquemática, lo que se ha planteado a manera de introducción. La utilidad de esta se ha visto reflejada en la docencia, especialmente en la supervisión, porque facilita definir las diferentes competencias que nuestros alumnos irán adquiriendo, en la medida en que incursionan en el aprendizaje de los modelos terapéuticos que privilegiamos a lo largo de su formación. Además, permite recopilar información de tipo cuantitativo y cualitativo en un expediente elaborado especialmente que se ordena, de acuerdo con los cuatro niveles enunciados, para construir una base de datos, de la cual disponemos para su uso en la clínica y la investigación.

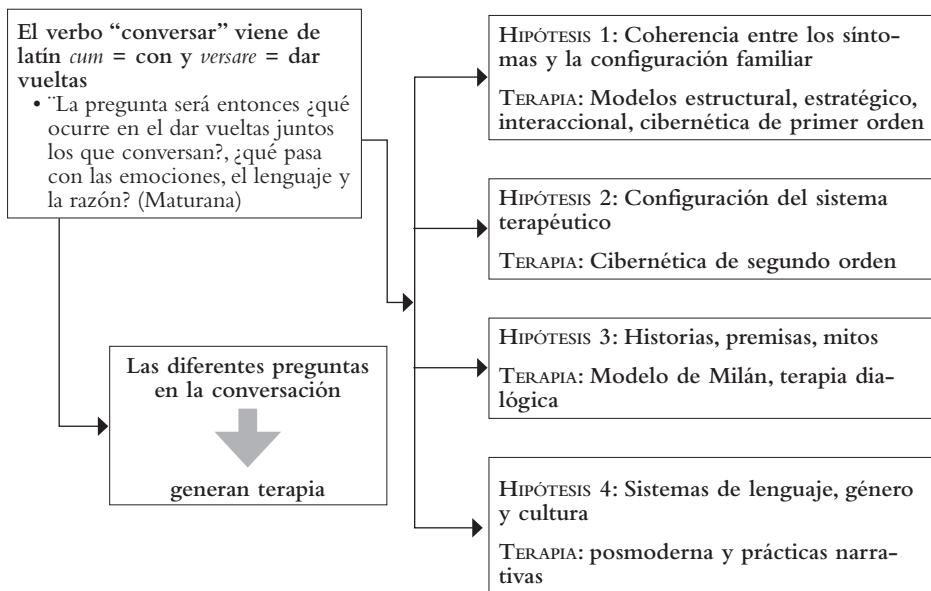


Figura 1. Modelo Crisol.

Sin embargo, lo más valioso de este esquema consiste en que se origina en la distinción hecha por Korzybski y su aforismo sobre el “mapa que no es el territorio”, como dice G. Bateson.

“¿Qué es lo que hay en el territorio que entra en el mapa? Sabemos que el territorio no entra en el mapa... lo que entra en el mapa, de hecho, es la diferencia” (Bateson, 1972, pp. 449-451). Por eso mismo, las distinciones entre cada uno de estos niveles están basadas en diferencias históricas, epistemológicas y clínicas que marcan la evolución de las prácticas sistémicas desde sus inicios hasta el presente y que sirven de guía para quienes se forman, de acuerdo con una evolución epigenética, en la que cada paso es el resultado de un cambio que incorpora continuamente las experiencias que han sido útiles y lo preceden.

Existe un consenso entre los iniciadores de la terapia familiar y sus historiadores acerca de que los precursores de esta surgieron de la preocupación por los escasos resultados del psicoanálisis como terapia para los trastornos emocionales de niños y adolescentes y para quienes padecían esquizofrenia. Para los primeros, la influencia más importante fue la de Ackerman (1966) en Nueva York, a quien se considera como fundador de la terapia familiar en la Costa Este de Estados Unidos. Además, le proporcionaría los cimientos a la Clínica Ackerman, que tiene su domicilio actual en la casona en la que el propio Ackerman tenía su residencia y ejercía su práctica privada. Innovador, irreverente, con dotes teatrales y dramáticas, se atrevió a contradecir las normas establecidas por la ortodoxia freudiana que no propicia, hasta la fecha, el trabajo terapéutico con la familia real del paciente, sino con las representaciones “internalizadas” de esta. Sus intervenciones, derivadas de su formación como psicoanalista infantil, tenían un carácter lúdico al mismo tiempo que desafiante, que se apoyaba en una intensa alianza terapéutica que conseguía producir con rapidez, otorgada por su larga y exitosa experiencia previa.

La importancia de Ackerman en su papel de formador de terapeutas familiares sería fundamental para quienes se interesaban en la familia como objeto de estudio y recurso para el cambio; además de identificar a los niños y adolescentes como los más afectados. Para quienes hemos tenido la oportunidad de observar sus entrevistas familiares filmadas entonces en blanco y negro, en las que diferentes terapeutas conducían una primera sesión con la familia, se evidencia la parte experimental de una especialidad en ciernes; además de facilitar la observación directa de la conversación terapéutica, una de las ventajas de la observación “en vivo” que ha caracterizado a la terapia familiar desde entonces.

## CAPÍTULO 2

# Evaluación y tratamiento de la familia

William C. Nichols

Todas las familias felices se parecen,  
pero cada familia desdichada lo es a su manera.

*León Tólstoi*

Este capítulo<sup>1</sup> se enfoca en la evaluación y terapia de la familia desde una perspectiva integrativa más que desde el punto de vista de un único modelo terapéutico. Esta orientación en el manejo de temas de pareja o familiares aparece descrita en diversos libros (Nichols y Everett, 1986; Nichols, 1988, 1996) y en varios capítulos de libros y artículos de revistas (Nichols, 1980, 1984, 1985a, 1985b, 1986, 1989, 1998, 1999a, 1999b, 2000, 2003, 2006; Nichols y Pace-Nichols, 1993, 2000a, 2000b), que se pueden consultar para obtener información adicional a las descripciones ofrecidas aquí.

La orientación integrativa, que se basa en un enfoque de la familia como sistema, en un enfoque psicodinámico y en un enfoque de la teoría del aprendizaje social, representa un uso flexible de las intervenciones y se apoya en una sólida alianza entre el terapeuta y el sistema-cliente. El sistema-cliente, sujeto de la terapia, puede consistir de una familia nuclear, una familia extendida, una pareja, otra unidad familiar —como un subsistema de hermanos— o un individuo. En este último caso, el tratamiento pone parte del énfasis en problemas que se relacionan con su familia de origen, miembros que pueden estar vivos y disponibles para terapia o no estarlo.

Los terapeutas familiares operan por lo general con una perspectiva relacional o interpersonal, y algunos, como Willian Pinsof (1995), se refieren

<sup>1</sup> Capítulo tomado de William C. Nichols (1996). *Treating People in Families: An Integrative Framework*. Nueva York: The Guilford Press. Capítulo 5, pp. 96-121. Se reedita con el permiso de The Guilford Pres, Inc. y ha sido ligeramente corregido y actualizado.

a sistemas-cliente directos (los realmente presentes para la terapia) e indirectos (miembros de la familia u otras personas significativas que pueden no estar presentes, pero cuyas relaciones constituyen una parte importante del mundo interpersonal del cliente). Muchos, incluidos Sprenkle, Davis y Lebow (2009), consideran que esta “presencia interpersonal” es un valioso y excepcional factor común a las terapias de pareja y de familia. Nichols (2005) describe en detalle el tratamiento específico de la familia de origen, también conocido como terapia intergeneracional y terapia multigeneracional. Cuál enfoque —sistémico, psicodinámico o conductista— debe tomar la delantera en las intervenciones y cuándo emplear un enfoque específico depende de diversos factores. Uno de ellos es la evaluación del o los problemas tanto al comienzo de la terapia como en su transcurso, y la decisión respecto de cuáles intervenciones se necesitan para estimular el cambio, junto con la etapa del cambio en que se encuentra el sistema-cliente y su disposición para el cambio. Por ejemplo, Prochaska, DiClemente y Norcross (1992) distinguen seis etapas del cambio en las terapias: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y término. Prochaska (1999) describe nueve procesos posibles de encontrar en los cambios: aumento de la conciencia, notable alivio, reevaluación del medio ambiente, autorreevaluación, autoliberación, manejo de la contingencia, ayuda a aquellos con quienes se está relacionado, contra condicionamiento y control de los estímulos. Entre los ejemplos de intervenciones adecuadas en etapas específicas del cambio se encuentran los siguientes: como parte del proceso de concientización, el terapeuta debe enfocarse en aumentar la capacidad de percepción del cliente, mientras que durante la fase de preparación para el cambio, los clientes se encuentran preparados para sacar provecho de las intervenciones activas, conductistas, enfocadas al cambio.

La orientación adoptada aquí es compatible con el paradigma de los factores comunes descrito por Sprenkle, Davis y Lebow (2009). De hecho, personalmente me ha resultado muy gratificante ser testigo, en los últimos años, de la aparición de estudios empíricos que confirman los supuestos, conclusiones y prácticas empleados por mí a lo largo de las décadas que he dedicado a la práctica terapéutica, el estudio, la enseñanza y la supervisión. El enfoque de “factores comunes moderados”; impulsado por Sprenkle y sus colegas, subraya que los mecanismos de cambio comunes cruzan todas las psicoterapias eficaces y que los modelos son los vehículos a través de los cuales operan los factores (Sprenkle *et al.*, 2009). Este énfasis contrasta con la posición según la cual el cambio es impulsado por el modelo (*model-dri-*

*ven*), esto es, que se logra debido a los factores y mecanismos particulares que se encuentran al interior de un modelo específico. Dicho simplemente, de acuerdo con este enfoque, basado en factores comunes, las cualidades y capacidades del terapeuta que ofrece el tratamiento e improvisa para responder a las necesidades y concepciones del mundo del cliente son más importantes que la realización del tratamiento de una manera específica; además, los clientes usan lo que se les ofrece en la terapia para sus propios propósitos y de formas a menudo muy particulares e idiosincrásicas (Sprenkle *et al.*, 2009).

Un acento práctico que, a mi modo de ver, surge de estos antecedentes, es el que recae en el importantísimo significado del papel que desempeña la relación colaborativa entre el terapeuta y el sistema-cliente en una terapia eficaz. Se debe considerar, en primer lugar, que el compromiso del cliente con la terapia y lo que invierte en ella tienen mayor relevancia que las actividades del terapeuta. Además, de todo lo que ocurre en la terapia, los clientes solo toman los aspectos que responden a sus necesidades y según los significados que les dan, independientemente de las intenciones y comprensiones del terapeuta. Al ser así, tiene sentido dejar espacio a la flexibilidad y adaptabilidad en el tratamiento, y prestar especial atención a mantener una alianza terapéutica y una colaboración fuerte y receptiva entre los clientes y el terapeuta.

## El contacto inicial con los clientes

Realizar algún tipo de contacto eficaz con el sistema-cliente obviamente es necesario para llevar a cabo las tareas de evaluación, diagnóstico y terapia. El clínico no solo debe ser capaz de establecer una relación con el sistema-cliente que le permita obtener información para realizar una evaluación precisa, sino también de desarrollar un vínculo que sustente un proceso colaborativo en el cual los clientes y el terapeuta estén en sintonía y avanzando hacia el logro de las metas terapéuticas.

Los terapeutas familiares han empleado una variedad de términos para referirse a la relación de trabajo entre el terapeuta y la familia. Ackerman (1966) señaló que el terapeuta debe establecer un *rapport* útil; Minuchin (1974) y Minuchin y Fishman (1981) describieron la “unión” con la familia; Sluzki (1975) se refirió a la tarea de rastrear y dirigir el “proceso de coalición”; Napier (1976) lo denominó la fase de “compromiso”; Solomon

(1977) se refirió a “interesar a las familias”, y Davatz (1981) escribió que la tarea del terapeuta es “conectarse” con el sistema familiar (Pinsof y Catherall, 1986).

### La alianza terapéutica

El término preferido en esta coyuntura del desarrollo de la terapia familiar es el de “alianza terapéutica”. Este constructo tiene una larga historia y un lugar respetado en la psicoterapia individual y es fácilmente adaptable a la terapia familiar. A principios de la década de 1980, Gurman (1982) y otros empezaron a desarrollar una teoría clínica explícita acerca del lugar de la alianza terapéutica en la terapia de pareja (Pinsof y Catherall, 1986). Posteriormente, el concepto se aplicó a las alianzas entre el terapeuta y el sistema cliente total: familia, díada conyugal y los diversos miembros. Pinsof y Catherall (1986) describieron la relación entre el terapeuta y los sistemas-cliente como constituida por los sentimientos, pensamientos y predisposiciones a responder que los miembros de los dos sistemas tienen uno respecto del otro. Definieron la alianza terapéutica como la parte clínicamente relevante de la relación entre los dos sistemas.

El concepto alianza terapéutica no supone que el terapeuta se convierta en miembro de la familia ni que se una a los clientes en su propio territorio ni que desde esa posición orqueste el cambio. Más bien, la formación de una alianza terapéutica implica que el sistema familiar entra al mundo del terapeuta y los dos sistemas construyen en forma interdependiente las bases de confianza y cooperación necesarias para trabajar juntos en el esfuerzo por lograr el cambio deseado. Específicamente, la alianza terapéutica es “ese aspecto de la relación entre el sistema-terapéutico —toda la gente que participa en proveer tratamiento— y el sistema-paciente que atañe a su capacidad de invertir y colaborar mutuamente en la terapia” (Pinsof y Catherall, 1986).

En términos prácticos, cuando el foco de la terapia está en uno o varios problemas de la familia, se necesita tener contacto personal con cada uno de los miembros de la familia y con el sistema familiar en su totalidad. Esto puede hacerse en la primera sesión si toda la familia está presente. En estas sesiones, como observa Napier (1976), el terapeuta trata de “oír” con atención el punto de vista de cada miembro de la familia, prestándoles a ellos especial atención. Debe incluirse de alguna manera a los niños que aún son preverbales. Este contacto con los miembros de la familia también puede hacerse por etapas. John Bell (1975) ha descrito un patrón, por ejemplo, en

el que primero conoce a los padres, luego conoce a la familia entera, para lo que denomina la “fase centrada en el niño” de la terapia familiar. Este patrón, en el cual se hace de la sesión un espacio seguro para que los niños hablen y en el que se los anima a expresar sus preocupaciones, ayuda al terapeuta a establecer contacto con ellos y es útil.

Una forma típica de empezar en un enfoque por fases como el de Bell podría ser la siguiente. Luego de las presentaciones y los breves intercambios para conocerse entre los nuevos miembros (niños) y el terapeuta, este podría decirles: “Como saben, conocí a sus padres hace unos días. Les preocupa que en casa hay cosas que no están bien. Hemos acordado que trabajaremos juntos para tratar de que las cosas mejoren para todos en la familia. Es muy importante saber cómo se sienten acerca de la situación de su casa. ¿Qué les parece que está mal? ¿Qué es necesario cambiar? ¿Qué les gusta de cómo son las cosas? He escuchado a sus padres y ahora les estoy pidiendo que hagan algo que a veces es difícil para los adultos, que es quedarse callados y escuchar. Aquí tenemos una regla, que es que todos hablan por sí mismos y que nadie interrumpe. Entonces, ellos no hablarán por ustedes ni ustedes hablarán por ellos. ¿Están de acuerdo conmigo en que es importante para todos tratar de escuchar y de comprender cómo se siente cada uno de ustedes?”.

El terapeuta procede a invitar a los niños a que hablen y a que contesten cualquier pregunta que puedan tener. Cuando se les ha brindado un público respetuoso y atento, la mayoría de los niños comienza a establecer una alianza de trabajo con el terapeuta, si bien en algunos casos a regañadientes; algunos niños necesitan la ayuda y el permiso de sus padres antes de dar este paso.

¿En qué consiste, entonces, la alianza terapéutica tal como se emplea en este capítulo? Obviamente, es un tipo particular de alianza o asociación entre el terapeuta y el sistema-cliente (de familia, de pareja e individual). Pero ¿qué clase de asociación? La definición operacional de Bordin (1979) para la psicoterapia individual es útil para pensar acerca de lo que hace falta entre el terapeuta familiar y el sistema-cliente. Bordin subdividió la alianza en tareas, objetivos y vínculos. Los vínculos entre el terapeuta y el cliente se refieren a la calidad de la relación humana entre ellos. Del lado del cliente, incluye el sentimiento de que el terapeuta lo acepta y se interesa por él y la habilidad para permitir que el terapeuta se convierta en una figura importante en su propia vida psicológica. La tarea se refiere al grado en que el enfoque y las técnicas de la terapia se adecuan a las percepciones que tienen

los clientes de sus problemas y se complementan con su deseo de cambiar. Terapeuta y cliente comparten objetivos en la alianza terapéutica hasta el punto de acordar cuáles son los objetivos y coincidir en que trabajarán para lograrlos. Johnson y Wright (2002) recalcan la necesidad de avanzar hacia la creación de una teoría de la alianza terapéutica que dé cuenta de los conceptos de terapia familiar.

Es difícil estimar cuán significativa es la alianza lograda entre el terapeuta y el cliente. La revisión de la bibliografía acerca de la investigación psicoterapéutica de las últimas décadas revela que la alianza terapéutica es un factor clave para determinar el resultado de la terapia. Específicamente, la calidad de la participación del cliente en la alianza terapéutica tiene mayor impacto que cualquier otra variable que se considere al finalizar. Los terapeutas que obtienen buenos resultados muestran altos niveles de ayuda, protección, afirmación y comprensión y bajos niveles de conductas culpabilizantes y denigratorias.

Esto implica que los terapeutas que obtienen buenos resultados reconocen rápidamente los conflictos que los clientes tienen con ellos y exploran esos problemas juntos (Marziali y Alexander, 1991; Sprenkle *et al.*, 2009). En breve, los clientes desean asegurarse no solo de que el clínico es entendido, competente, capaz —un experto—, sino también de que es una persona con quien se puede vincular con cierto grado de comodidad e intimidad (Parloff, 1986).

La alianza terapéutica está en un estado de cambio periódico a medida que el tratamiento progresa. Más que establecerse de una vez y para siempre, tiene cualidades tanto de estabilidad como de cambio, pero permanece constante siempre que prevalezca la confianza entre el terapeuta y el cliente, y cambia a medida que los diversos aspectos y dinámicas del proceso terapéutico se modifican.

### La angustia e incertidumbre iniciales del cliente

La tarea de controlar la angustia e incertidumbre iniciales del cliente está relacionada con el proceso de establecer una relación con él. No hay motivo por el cual una familia, una pareja o un individuo que viene a ver a un terapeuta no deban estar angustiados. Al contrario, existe una variedad de motivos comprensibles por los cuales llevar los propios problemas y dolores al consultorio de alguien “de afuera” que, por lo general, es un extraño, debiera crear incertidumbre, generar interrogantes y provocar temores específicos.

La “lucha por el tratamiento” de la familia ha sido acertadamente descrita “básicamente como angustia respecto del cambio” (Napier, 1976). La familia lucha con la inquietud: “¿Nos atrevemos a exponer a nuestra familia ante este extraño?”. En su angustia y falta de confianza hacia el terapeuta-extraño, los miembros de la familia desafían al terapeuta, casi siempre con preguntas indirectas respecto del enfoque, el procedimiento o la estructura de la terapia. Napier sugiere que el terapeuta trabaje para lograr y que busque un punto en el transcurso de la primera a la tercera entrevistas en que perciba una especie de alivio subjetivo por parte de la familia. Ese alivio es una señal de que la lucha ha finalizado y de que la familia ha decidido estar “en terapia”.

La resistencia inicial de la familia a menudo surge con más fuerza de una renuencia a dejar de centrarse en un individuo identificado como la fuente del problema y pasar a delinear a la familia como la unidad de evaluación y tratamiento. Los terapeutas se empeñan constantemente en que la familia se centre en reconocer que los problemas que los condujeron a la terapia son cuestiones familiares. Por ejemplo, puede que los padres que originariamente querían dejar a su “niño-problema” en casa del terapeuta para “que se lo arreglen”, sigan enfrentándose a la idea de que es necesario que ellos también participen en el cambio. Incluso aquellos que al principio del proceso de evaluación estaban algo abiertos a una exploración más amplia, pueden volver periódicamente y con heroica persistencia a tratar de “depositar el problema” en un solo miembro de la familia o en un sistema externo, como la escuela.

En la obra de Anderson y Stewart (1983) sobre el manejo de la resistencia en la terapia familiar se describe con el siguiente patrón: 1) al comienzo, el terapeuta persuade a la familia de que acepte la terapia demostrando competencia, comprensión y la habilidad para ser útil; 2) establece un contrato basado en objetivos mutuos y viables, y 3) el cliente responde eficazmente a la competencia del terapeuta.

Este patrón continúa siendo una guía útil y ofrece una serie de intervenciones específicas que el terapeuta puede aplicar para responder a las resistencias durante el curso de la terapia.

Otros investigadores, como Sprenkle, Davis y Lebow (2009), lo han ampliado, en particular en lo que respecta a subrayar la adecuación del modelo a la experiencia del cliente para posibilitarle sentir que el terapeuta cree lo que está diciendo respecto de las diferentes maneras en que pueden relacionarse.

## Diagnóstico y evaluación

Los terapeutas familiares en Estados Unidos tradicionalmente fueron reacios a usar terminología diagnóstica estándar y, en algunos casos, incluso a llevar a cabo una evaluación formal. Esto era así por razones históricas. El rechazo al “modelo médico”, de centrarse en los sistemas antes que en los individuos y la orientación a la acción de los primeros terapeutas familiares, en especial aquellos que empleaban una orientación estructural, contribuyeron a que en general se ignorara y se descuidara el proceso de evaluación en su totalidad (Karpel y Strauss, 1984). Este cuadro está cambiando, en particular en vista del requerimiento de las aseguradoras de una clasificación diagnóstica y una mayor atención a la planificación del tratamiento para tener derecho al reembolso a las terceras partes.

A estas alturas, es necesario hacer algunas distinciones entre “diagnóstico” y “evaluación”. Aunque ambos conceptos están relacionados, no significan lo mismo. El término diagnóstico es el más estrecho y restringido de los dos.

### Diagnóstico individual

El término “diagnóstico” proviene de dos palabras griegas, *dia*, que significa “entre”, y *gnosis*, que se refiere al conocimiento. Literalmente, el diagnóstico tiene que ver con “saber entre” o “distinguir entre”, e implica clasificar situaciones o condiciones en dos tipos. En lo esencial, el diagnóstico, tal como se emplea actualmente en salud y enfermedad mental, es un concepto individual que se relaciona con un trastorno o enfermedad individual.

En ocasiones, muchos terapeutas familiares necesitan usar clasificaciones diagnósticas individuales en el ambiente actual, dado el uso extendido del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM), editado por la Asociación Estadounidense de Psicología (APA), y de la *Clasificación internacional y estadística de enfermedades* (CIE), elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos dos documentos, de publicación periódica, que clasifican los trastornos en términos individuales, requiere que los terapeutas familiares entiendan los diagnósticos individuales para así comunicarse con otros profesionales y, generalmente, calificar para el reembolso. Los terapeutas de familia que trabajan en medios con orientación médica que emplean dichos sistemas clasificatorios no pueden elegir etiquetas diagnósticas individuales, sino que deben ser capaces de fijar una etiqueta diagnóstica estándar en un paciente o cliente identificado. En Estados Unidos, los clínicos