



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“Factores que influyen en la efectividad o fracaso de
la Terapia Sistémica desde la perspectiva del
paciente y de los terapeutas”**

ACTIVIDAD DE INVESTIGACION-REPORTE
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A:

MONTSERRAT ARACELI JASSO MIRANDA

Director: Dr. JAIME MONTALVO REYNA.

Dictaminadores: Mtra. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO.

Mtra. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA



Los Reyes Iztacala Edo de México, Junio 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A mis padres:

Que siempre han creído en mí gracias por enseñarme a luchar por mis sueños, sin su apoyo esto no hubiera sido posible.

Alejandro por todo el apoyo, la ayuda, la motivación y la paciencia, gracias por recorrer este camino conmigo.

AGRADECIMIENTOS:

Al Dr. Jaime Montalvo Reyna, por el tiempo y la dedicación a este proyecto, por sus enseñanzas que le dieron forma a este trabajo, gracias por todo el conocimiento que me ha brindado durante todo este camino.

A la Mtra. María Rosario Espinosa Salcido y a la Mtra. Carmen Susana González Montoya por la confianza, el apoyo y por el tiempo dedicado a este trabajo para mejorarlo

Mtra. Angélica Pérez Arredondo por todo el apoyo, la confianza y la ayuda incondicional, sin ti este proyecto no se hubiera concretado mi admiración para ti mil gracias.

A Lucía, Lulú y la Sra. Yola por la compañía, el apoyo, la crítica y la motivación que me brindaron durante este largo camino.

A todos y cada uno de pacientes y terapeutas de INFASI que participaron en este proyecto mil gracias.

RESUMEN

A partir de la controversia producida por la investigación de Eysenk 1952 se realizaron diversos estudios para identificar si la psicoterapia era eficaz y efectiva. Por su parte la Terapia Breve Sistémica (TBS) en gran cantidad de investigaciones ha demostrado su utilidad en diversos problemas psicológicos, resolviendo éstos en un mínimo de sesiones (Selvini y cols., 1998; Nardone y Watzlawick, 1992) aportándole gran efectividad y eficacia, sin embargo ha crecido el interés por saber qué factores contribuyen a la eficacia y efectividad de la terapia encontrando que la relación paciente-terapeuta, las técnicas empleadas por los terapeutas, entre otros favorecen el proceso terapéutico. De igual forma no existen muchos estudios donde se relacionen tres o más de estos factores, y menos aún realizados en México, por lo cual el objetivo de la presente investigación fue identificar y comparar qué factores pueden facilitar o dificultar la terapia, desde la perspectiva del paciente y el terapeuta centrándonos en las etapas del ciclo vital de la familia de matrimonios sin hijos, matrimonios con hijos adultos y nido vacío. Encontrando que dentro de los factores que los pacientes atribuyen para facilitar una mejora en su motivo de consulta son técnicas como la hipnosis, y en cuanto a la relación, la empatía, el sentirse escuchados, y que el terapeuta comparta con el historias propias, entre otras. Se observó que los pacientes reportaron cambios en las primeras sesiones y esto cambios perduraron con el tiempo.

ABSTRAC

From the controversy caused by Eysenk 1952 research studies were conducted to identify whether psychotherapy was efficiently and effectively. Meanwhile brief systemic therapy (TBS) in large amount of research has demonstrated its usefulness in various psychological problems, solving these in a minimum of sessions (Selvini et al., 1998;) Nardone and Watzlawick, 1992) providing great effectiveness and efficacy, however has grown the interest to know which factors contribute to the efficiency and effectiveness of therapy found that the paciente-terapeuta relationship, the techniques used by therapists, among others favour the therapeutic process. Similarly there are many studies which relate to three or more of these factors, and even less in Mexico, by which the objective of the present study was to identify and compare which factors can facilitate or hinder the therapy, from the perspective of the patient and the therapist focusing on the stages of the life cycle of the family of married couples without children , married couples with adult children and empty nest. Finding are technical factors that patients attributed to facilitate an improvement in your reason for inquiry as hypnosis, and as for the relationship, empathy, the feeling heard, and the therapist share with the own stories, among others. It was noted that the patients reported changes in the first session and this changes persisted over time.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO 1. Orígenes de la Terapia Sistémica	11
1.1 Fundamentos teóricos de la Terapia Sistémica	16
1.2 Modelos teóricos principales	27
1.3 Ciclo vital de la familia	39
CAPÍTULO 2. Importancia de la investigación en psicoterapia	43
2.1 Investigación en la terapia sistémica	45
2.2 Investigación de resultados en la terapia sistémica	48
2.3 Investigación de procesos en la terapia sistémica	50
2.4 Factores que influyen en la efectividad o fracaso de la terapia sistémica desde la perspectiva del paciente y de los terapeutas	54
CAPÍTULO 3 Factores que influyen en la efectividad o fracaso de la terapia Sistémica	59
3.1 Método	59
3.1.1 Participantes	59
3.1.2 Condiciones de investigación	59
3.1.3 Materiales e instrumentos	60
3.1.4 Definición de variables	60
3.2 Procedimiento	62
Resultados	64
4.1 Resultados cuantitativos	64
4.2 Resultados cualitativos	72
DISCUSIÓN y CONCLUSIONES	78
BIBLIOGRAFÍA	82
Anexo	87

INTRODUCCIÓN

La terapia sistémica ha demostrado tener importantes aportaciones tanto teóricas como clínicas, en la resolución de las dificultades personales, familiares, de pareja y relaciones en general de los seres humanos y las diferentes crisis que presenta a lo largo de las distintas etapas de la vida.

Como modelo de trabajo, centra su interés en lo interpersonal (el mundo relacional) tanto si se cita a la familia o sólo a un miembro de ésta, dando énfasis en la organización de la familia para dar sentido al motivo de consulta. Ya que desde este enfoque para entender las dificultades de un individuo se tiene que considerar las relaciones que establece con su sistema de pertenencia (familia, pareja, amigos, etc.). Entendiendo como sistema a un conjunto de elementos en interacción dinámica, en donde el estado de cada elemento está determinado por cada uno de los demás miembros del sistema.

Es así como a la familia se le considera un sistema estructurado y determinado por las interacciones entre sus miembros y el medio en el que viven. Esta nueva perspectiva pone énfasis en la interacción, en la comunicación tanto verbal como no verbal, a los contenidos y el procesos por los que atraviesa la familia en sus diferentes ciclos vitales, en la modificación de su estructura, su adaptabilidad y su organización en el aquí y el ahora.

La visión integradora del individuo y el contexto por parte de la terapia familiar ha convertido a este modelo como uno de los tratamientos terapéuticos más eficaces en la resolución de casos tanto a nivel individual, de pareja y familiar. Sin embargo, no se puede atribuir únicamente la resolución del problema a las técnicas empleadas por los terapeutas, diversos estudios (Botella y Feixas, 1994; Chambless y Ollendick, 2001; Elliott, Stiles y Shapiro, 1993; García, Bados y Saldaña, 1998; Giles, Neims y Prial, 1993; Lambert y Bergin, 1994; Matt y Navarro, 1997; Pérez, 1996 (Bados, *et al*, 2002) encontraron que también las variables comunes del paciente y del terapeuta afectaban el avance y cambio de la

queja del paciente, hallando que la relación entre paciente y terapeuta son de suma importancia para la permanencia y avance terapéutico, así que las evidencias de trabajo se han enfocado en encontrar los diversos ingredientes que propician la efectividad y la eficacia de la terapia. Sin embargo, la mayoría de estas investigaciones se han enfocado sólo en la versión de uno de los miembros de la “relación terapéutica” ya sea el paciente o el terapeuta, así como sólo enfocarse en los factores comunes o inespecíficos, por tanto el interés de esta investigación por conjuntar ambas visiones y los diversos factores que contribuyan a el mejoramiento de la queja del paciente.

Cabe mencionar que este reporte de investigación es parte de una macro investigación y sólo se mostrarán los resultados de una parte de ésta, enfocándonos en el objetivo de identificar y comparar que factores pueden facilitar o dificultar la terapia, desde la perspectiva del paciente y el terapeuta centrándonos en la etapa del ciclo vital matrimonio con hijos adultos y nido vacío.

El trabajo está integrado por cuatro capítulos. En el capítulo 1 se realiza una revisión acerca del origen de la Terapia Sistémica, así como sus fundamentos teóricos, los principales modelos y la clasificación del ciclo vital de la familia. En el capítulo 2 se remarca la importancia de la investigación en psicoterapia y la importancia de la investigación en la Terapia Sistémica, en cuanto a verificar su efectividad y su eficacia, centrándose en la investigación de proceso y de resultado como formas de estudiar el transcurso terapéutico, y al final de este capítulo se habla de los factores que influyen en la efectividad o fracaso de la Terapia Sistémica desde la perspectiva del paciente o de los terapeutas, dentro de los que destacan la alianza terapéutica como uno de los factores que mejoran el proceso terapéutico. Y en el capítulo 3 se describe la metodología con la cual se desarrolló el presente reporte de investigación.

El capítulo 4 está conformado por los resultados cuantitativos y cualitativos de la investigación, se muestra la diferencia significativa que existe entre el bienestar individual y familiar que reportan los pacientes y los terapeutas, antes y

después de la terapia, así como los factores que facilitan el proceso terapéutico coincidiendo con autores como Santibáñez, Román y Vinet (2009), Arredondo y Salinas (2005), Beyebach, Rodríguez, Arribas, Herrero, Hernández y Rodríguez (1997) y que permite concluir lo favorable de este tipo de trabajos y su alta riqueza de información que proporcionan para conocer qué factores producen un cambio en psicoterapia.

CAPÍTULO 1

Orígenes de la Terapia Sistémica

En la historia de la Terapia Sistémica (TS), se encuentran sus orígenes en Estados Unidos en la década de 1950, en un contexto histórico marcado por el final de la segunda guerra mundial y la guerra de Corea, de las que todavía sufrían sus secuelas las familias marcadas por duelos, separaciones y conflictos familiares derivados de esta tragedia. Como lo mencionan Arroyo, Touza, De la Torre y Pozuelo (2012), por esta época los terapeutas con enfoque psicoanalista comenzaban a trabajar en hospitales de salud mental enfrentando serias limitaciones ante tratamientos tradicionales en problemas graves como la esquizofrenia o trastornos de conducta en niños y adolescentes. Ante ello, observaciones como las de Bowen, donde pacientes esquizofrénicos que mejoraban durante su ingreso hospitalario pero empeoraban al regresar a casa ayudaron a la reflexión de que era lo que ocurría en las familias para que se produjera dicha recaída. Surgiendo así teorías como la del doble vinculo (que parte de la idea de que los comportamientos de estos pacientes en el contexto familiar, son un intento de adaptarse a una forma de comunicación confusa y contradictoria), de Don Jackson, Gregory Bateson, Jay Haley para explicar la esquizofrenia, y que dieron origen a explicaciones de los trastornos mentales no como algo intrapsíquico sino como formas de comunicarse en el contexto interaccional.

Otro fruto de estos trabajos fueron los aportes sobre la esquizofrenia como un proceso que requiere tres o más generaciones para desarrollarse, mientras que la psicosis puede ser considerada como un problema familiar, pero en muchas formas básicas, refiriéndonos a ella como si se tratara de una enfermedad del individuo (Pereira, 1994).

Ivan Boszormenyi-Nagy, quien también trabajó con psicóticos fue uno de los fundadores del *Family Institute of Philadelphia* junto con Framo, Zuk, Spark y Rubinstein, destacando como su principal aporte el libro de *Lealtades invisibles* en donde desarrolló una teoría basada en la ética y en óptica transgeneracional.

De acuerdo con el Instituto Bateson (2014), Theodore Lidz fue uno de los fundadores de la terapia familiar durante la década de 1940-1949. Se especializó en el trabajo con familias de pacientes esquizofrénicos y fue el primero en explorar el rol de los padres en el proceso de la esquizofrenia, así como las relaciones destructivas entre padres e hijos. Más tarde, en 1954, Murray Bowen ingresó al National Institute of Mental Health (NIMH) donde se le permitió tener a la madre durante la hospitalización del paciente con esquizofrenia. Se observó que las familias que ingresaban a terapia familiar conjunta presentaban mayores avances que las familias que continuaban en terapia individual.

Carl Whitaker es reconocido como el más irreverente de todos los fundadores de la terapia familiar, pues desarrolló sus técnicas de lo absurdo.

En Palo Alto, California, se conjuntó un grupo de personas con experiencia y conocimientos en terapia familiar formando el Mental Research Institute (MRI), al que pertenecieron personalidades como Don. D. Jackson, Gregory Bateson, William F. Fry, Jay Haley, Robert E. Cantón, Jules Riskin, Virginia Satir, Paul Watzlawick y Hohn H. Weakland. Gregory Bateson quien fue uno de los fundadores del campo de la terapia familiar, no era terapeuta sino antropólogo y filósofo, incluso antes de enfocar su atención a la dinámica familiar, Bateson investigó la estructura familiar de las tribus de las islas de Bali y Nueva Zelanda junto con su esposa Margaret Mead. Fue uno de los primeros en estudiar la teoría de los sistemas y la cibernética. En la observación de familias con pacientes esquizofrénicos, Bateson se sorprendió de la gran cantidad de contextos paradójicos y meta-mensajes que presentaban estas familias, y en 1952, obtuvo fondos de la Fundación Rockefeller para continuar sus investigaciones en este campo junto con Jay Haley y John Weakland.

Jay Haley estableció contacto profesional con Milton Erickson y su trabajo de hipnosis y llegó a ser el mejor expositor de sus teorías. Los modelos ericksonianos de la teoría estratégica así como los de la paradoja, se convirtieron en la piedra angular de la terapia familiar en el MRI de Palo Alto.

El Grupo de Palo Alto MIR se caracterizó por plantear un nuevo paradigma explicativo a los trastornos de la conducta, partiendo de la Teoría de la Comunicación, La Cibernética y la Teoría General de los Sistemas, Haley, fundador de la escuela estratégica se esforzó en diferenciar el modelo sistémico de otros paradigmas existentes en el campo de las ciencias de la conducta especialmente del psicoanálisis, sin embargo los estudios de Bateson fueron esenciales para lograr esta teorización ya que su aportación es fundamental para poner las bases de un nuevo modelo basado en la cibernética, la teoría general de sistemas y la ecología (Keeney, 1979; citado en Pereira, 1994).

En 1956, el equipo formado por Haley, Bateson, Jackson y Weakland generó el discutido informe psiquiátrico hacia una teoría de la esquizofrenia en que incluyeron el concepto de “doble vínculo” como la constante de la esquizofrenia en los niños. Después de esta experiencia, el grupo decidió, como parte del proyecto, incluir en la terapia del paciente a toda la familia, así como grabar en video todas las sesiones para su estudio posterior.

En la década de los sesenta y setenta se unificó y se extendió la aceptación de las teorías sistémicas con la aparición de escuelas de Terapia Familiar, tanto como sistémicos puros o psicoanalistas aceptando la teoría sistémica como la base en el funcionamiento familiar.

Dentro de las escuelas más importantes y puras estarían las escuelas de Palo Alto, Estratégicas y la de Milán, por su parte las de mayor influencia psicoanalítica estaría el Ackerman Institute Whitaker y sus seguidores, el grupo de Filadelfia, Bowen, etc. Nathan Ackerman, a través de la psiquiatría infantil comprendió el papel de la dinámica familiar en la patología del paciente, y en 1960 fundó el Family Institute en Nueva York, que actualmente tiene el nombre de Ackerman Institute.

La Escuela de Palo Alto organizada en torno al MIR creado por Jackson, desde su inicio se ha caracterizado por tres niveles: clínico de formación y de investigación. En 1967 se crea el Brief Therapy Center (BTC), dirigido por Richard

Fisch, y con la participación de Watzlawick, Weakland y Bodin, con el fin de investigar los resultados de la terapia familiar breve el BTC el que va a poner la marca al modelo teórico comunicacional que se va a reconocer posteriormente como el de la escuela de Palo Alto. (Watzlawick y cols., 1985)

Por otra parte, se encuentra la escuela Estratégica y su representante más significativo es Jay Haley junto con su esposa en ese tiempo Cloe Madanes, esta escuela tiene sus raíces en el Grupo de Palo Alto y en el MIR y recibió una influencia decisiva de Milton Erickson. Haley al mudarse a Filadelfia al Philadelphia Child Guidance Clinic, colaboró con Salvador Minuchin, de origen argentino, quien fuera director de la Philadelphia Child Guidance Clinic donde maduraron y se expandieron sus contribuciones y conceptos e invitó a colaborar con él a Montalvo, Rosman y a Jay Haley quienes formaban parte del grupo del MRI. Este grupo estableció un sistema de supervisión llamado On Line en que supervisaban todas las sesiones por equipos de especialistas desde la cámara de Gessell manteniendo intercomunicación de la sala de terapia a la de supervisión.

Las aportaciones del grupo integrado por Minuchin y Haley llegaron a conocerse como "Terapia Estructural". Minuchin manifestó gran interés en el estudio de las familias que inducen problemas psicosomáticos como anorexia (Minuchin, Rosman y Baker, 1978; citados en Instituto Bateson, 2014).

Después de la muerte de Don D. Jackson, el grupo conformado por Watzlawick, Bodin, Weakland y Fisch, bajo la dirección de éste último estableció el Centro de Terapia Breve y publicaron dos textos con la perspectiva de intervenciones breves. Estos textos relevantes fueron: "*Change Principles of Problem Formation*" (1974) y "*The tactics of change. Doing Therapy Briefly*" (1982).

La escuela de Milán comienza cuando Mara Selvini Palazzoli toma la decisión de terminar con la psicoterapia individual y fundar el centro para el estudio de la familia, posteriormente se integran otros psicoanalistas que estudian las aportaciones de la escuela de Palo Alto o la de Filadelfia, durante los primeros

años el debate fundamental de esta escuela era si continuar con las teorías familiares o centrarse en la Comunicación y la Teoría General de los Sistemas, y en 1971 se produce la primera ruptura quedando el cuarteto de Selvini, G, Prata, L, Bosco y G. Cecchin centrados en la Teoría General de los Sistemas sin embargo en 1978 se dividió en parejas Selvini-Prata y Boscolo y Cecchin.

Estas tres escuelas sistémicas puras toman como objeto de estudio y de intervención a la familia, utilizando el concepto cibernético de caja negra para encajarlo en la dinámica comunicacional, interesando así las comunicaciones que mantiene con su entorno.

Influencia de Milton H. Erickson

Uno de los personajes más influyentes en el desarrollo de la Terapia Familiar Breve Sistémica fue Milton H. Erickson. En 1942 Erickson se encontraba en la fase culminante de su carrera tanto como terapeuta como hipnotizador, sin embargo lo caracterizaba su forma tan particular de hacer terapia, basado en estrategias opuestas a los procedimientos clásicos, siendo sus estrategias originales y sumamente eficientes (Erickson, 1983; Zeig, 1985; citados en Vargas, 2004).

Jay Haley y John Weakland, en junio del 1955, comenzaron a visitar semanalmente a Milton Erickson durante su investigación sobre las paradojas en la comunicación, con la finalidad de entrevistarle y estudiar el tipo de comunicación terapéutica que empleaba. Encontraron que Erickson utilizaba en la terapia formar paradójicas de acción y prescripción, poniendo en práctica sus conocimientos de hipnosis y una forma de doble vinculo, de igual forma observaron que las intervenciones de Erickson parecían “mágicas” y se percataron que Erickson no se preocupaba por concepto e ideas tradicionales sobre la terapia familiar. Para él la pregunta esencial era: *¿de qué modo, como terapeuta, puedo inducir un cambio en la persona que esta ante mí?* (Wittezaele y García 1994)

La influencia de Erickson hacia la consolidación de la terapia sistémica para el MIR se centró en el propio proceso de cambio y no sólo en la familia como sistema homeostático. En el caso de la terapia estratégica, Haley publicó la primera síntesis de la explicación batsoniana y la práctica de Erickson, en cuanto al enfoque orientado a las soluciones como lo comentan Bill O'Hanlon y Steve De Shazer, su contacto con la psicoterapia tuvo como inspiración los libros de Erickson que Haley editó. (Eguiluz, 2004)

1.1 Fundamentos teóricos de la Terapia Sistémica

La Terapia Sistémica aborda al individuo desde la totalidad y globalidad de sus sistemas de pertenencia, es decir teniendo en cuenta el contexto en el que vive y se ha desarrollado. Así que el terapeuta sistémico centra su atención en conceptos como interacción, problema y dificultad más que enfermedad, trastorno y diagnóstico. Es importante señalar que se trabaja desde un pensamiento global y complejo que se basa en la observación. A veces la observación que hace el ser humano permite llegar a conclusiones que, por motivos prácticos, son vividas como realidades únicas. Así cuando un paciente acude a terapia trae una "realidad inmutable" que denomina "problema", le causa dolor y no puede modificar. El pensamiento sistémico permite abrir "la lente de la observación", tener un foco más amplio que suponga el reconocimiento de otras variables (individuales, relacionales, del presente, del pasado...) que cuestionan esa realidad única y ceda el paso a una realidad alternativa que no provoque sufrimiento.

Las ideas anteriores, son parte de una epistemología en que la Terapia Sistémica apoya sus conceptos básicos, principalmente provenientes de tres fuentes.

- Teoría General de Sistemas (Von Bertalanffy, 1954)
- Teoría Cibernética (Wiener, 1948)
- Teoría de la Comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967)

Además de los conceptos procedentes de enfoques evolutivos de Haley, y estructurales de Minuchin, resultan claves en la concepción sistémica de la familia. La resultante de estas aportaciones teóricas aplicadas a la psicoterapia familiar constituye la Terapia Familiar Sistémica (Botella, Pacheco Herrero, 1999).

Teoría General de Sistemas (TGS)

Ésta teoría surgió con la finalidad de explicar los principios sobre la organización de muchos fenómenos naturales (Hernández 1989, 1993 y 1997; citados en Espinal, Gimeno y González s/f), convirtiéndose en un modelo predominante para el estudio de la familia.

La TGS fue formulada por el biólogo austriaco Ludwing Von Bertalanffy, como respuesta a la insuficiencia de los enfoques analítico-reduccionistas y sus principios mecánico-causales (Arnoldo y Rodríguez 1990; citados en Cathalifaud y Osorio, 1998) para Bertalanffy “la Teoría General de los Sistemas debería constituirse en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales y ser al mismo tiempo un instrumento básico para la formación y preparación de científicos” (Cathalifaud y col., *Op. Cit*, p. 2), proporcionando un marco teórico unificador sustituyendo lo lineal por lo circular. Introduciendo conceptos tales como retroalimentación, homeostasis, circularidad, totalidad, autorregulación.

Al desarrollo de la TGS también contribuyeron teorías que llegaron a influenciarla fuertemente como: 1) la cibernética, basada en el principio de retroalimentación o de líneas causales circulares que proporciona mecanismos para la persecución de metas y el comportamiento autocontrolado. 2) La teoría de la información. 3) La teoría de los juegos. 4) La teoría de la decisión. 5) La topología o matemáticas relacionales. 6) El análisis factorial (Bertalanffy, 1987). Y, con la influencia de estas teorías Bertalanffy definió un sistema como el conjunto de elementos relacionados entre sí que conforman subsistemas que poseen

características propias, conformando sistemas pequeños dentro de un sistema mayor en el cual, la interacción sirve para alcanzar un conjunto de objetivos.

Los sistemas podrían ser abiertos, cuando se comunicaban, intercambian información o energía con otros sistemas y siendo susceptibles a cambios. O bien, podría ser cerrados no se comunican con ningún otro sistema. Cabe mencionar también que, la entropía (o transformación) que se genera en un sistema mide la homogeneización energética que puede ser positiva cuando la energía está en equilibrio y va de la homeostasis a la liquidación de la energía ya que el sistema no la puede producir y negativa, cuando el sistema produce la energía y se mantiene en desarrollo constante. Para los sistemas cerrados el cambio de energía siempre es positiva, provocando que el orden dentro del sistema se destruya produciendo que los procesos dentro de éste se detengan. En cuanto a los sistemas abiertos el cambio de energía siempre es negativo, lo que permite mantener un estado uniforme a través de procesos como la incorporación y la eliminación así como la construcción y destrucción para llegar a un estado de uniformidad; los sistemas abiertos poseen orden y direccionalidad. (Soto, 2007)

Al aplicar la TGS a la Terapia Familiar se definió a la familia como, un conjunto organizado e interdependiente de personas en constante interacción, que se regula por reglas y por funciones dinámicas que existen entre sí y con el exterior (Minuchin, 1986, Andolfi, 1993; Musitu, *et al.*, 1994, Rodrigo y Palacios, 1998; citados en Espinal, Gimeno y González, s/f).

De acuerdo con Montalvo (2009), las principales características de los sistemas familiares son:

- Totalidad. Entendiéndose como la interacción entre sus partes, ya que si un elemento del sistema es alterado, esto afectara a los demás componentes del sistema.
- Circularidad. Se refiere a los procesos interactivos que se repiten, donde A tiene un efecto sobre B y este a su vez sobre C y este a D y D regresa la información a A.

- Retroalimentación. Es el tipo de información que se da tanto intra como inter sistémicamente, entre los miembros del sistema, y a su vez se clasifica en: información positiva que provoca transformaciones importantes en el sistema (cambios tipo 2), e información negativa que son cambios pequeños que hacen que el sistema se mantenga (cambios tipo 1).
- Homeostasis, que es la búsqueda del equilibrio y la permanencia y se relaciona con la retroalimentación negativa (cambios tipo 1).
- Morfogénesis, hace referencia a la tendencia a el cambio drástico, y se relaciona con la retroalimentación positiva (cambios tipo 2).
- Autorregulación, hace referencia a que todo sistema abierto establece sus propias reglas y ritmo de desarrollo.
- Equifinalidad, consiste en que el mismo fin se puede lograr de distintas formas y esto lo determina los parámetros del sistema.

Teoría Cibernética

La cibernética dentro de la terapia familiar trajo consigo una epistemología circular, Warren Mc Culloch la describió como la epistemología experimental centrada en la comunicación del observador y entre el observador y el medio (Bateson) ya que la familia se asemeja a un sistema cibernético con pautas de organización y patrones de conducta, esto implicó un cambio no sólo dentro de la terapia si no en la visión del mundo al ver las cosas como totalidades y parcialidades.

Cibernética de primer orden

Bateson 1979 definió la cibernética como la ciencia de la comunicación y control caracterizado este último como el proceso de autorregulación mediante ciclos de retroalimentación, mediante estos ciclos de retroalimentación se lleva a cabo la supervivencia de cualquier sistema y se define entonces la morfostasis como el proceso del sistema a mantener su continuidad ante las variaciones del ambiente, a este fenómeno se le conoce como retroalimentación negativa.

Los sistemas cambian, se modifican y se adaptan al ambiente que les rodea a partir de la morfogénesis que comprende el círculo de retroalimentación positiva y permite al sistema cambiar su estructura básica y ampliar las desviaciones. Los procesos de retroalimentación tanto negativa como positiva son aspectos de un mismo proceso: cambio y estabilidad. Es decir el cambio del sistema se da durante los procesos de desviación y ampliación y es ahí donde surgen las coaliciones, los ataques, estas para romper el estado de crisis, reestructurar el sistema y dar movilidad a los subsistemas para crear otra realidad más hemodinámica que homeostática. (Minuchin y Whitaker, citados en Sánchez, 2000)

Dentro de la terapia familiar la conducta de cada miembro sirve de información que revierte en el sistema individual pero que influye en la conducta de otros miembros, los cuales se comportaran de acuerdo a la primera información (retroalimentación negativa) favoreciéndola (retroalimentación positiva) dentro del enfoque terapéutico, la cibernética de primer orden representa la pauta y la organización terapeuta-paciente desde una perspectiva observador-observado, siendo el terapeuta agente ajeno a lo observado.

La cibernética de primer orden postula que el observador pertenece afuera de lo observado (haciendo una analogía con los sistemas de entrada y salida), su postura estratégica supone una visión desde fuera de la familia, en donde se observa la realidad, donde el terapeuta es quien cura al paciente.

Cibernética de segundo orden

A diferencia de la cibernética de primer orden, la de segundo orden estudia no sólo el sistema, también al observador, ya que el observador se vuelve parte integral del sistema observado (Keeney, 1983; citado en Feixas y Villegas, 2000), ya que se sitúa al observador en el núcleo observado.

La cibernética de segundo orden cuestiona la objetividad y subjetividad y afirma que la ciencia se funda en la reflexividad: un objeto es definible en relación con un sujeto (Brunet y Morell, 2001).

La familia “pura” no existe en el contexto terapéutico, ya que va a estar determinada por la visión del terapeuta a partir de la interacción con la familia, ya que se incluye al terapeuta en la situación de cura y en la co-construcción de la realidad de la familia (Villareal, 2011).

Teoría de la Comunicación

Otro elemento importante que nutre la Terapia Familiar es la Comunicación, Watzlawick, Beavin y Jacksson (1986) en su libro *La Teoría de la comunicación Humana* en donde proponen 5 axiomas de la comunicación entendiéndose un axioma como un sistema hipotético-deductivo es toda proposición no deducida (de otras), sino que constituye una regla general de pensamiento lógico (por oposición a los postulados). Los axiomas son:

- 1) *Toda Conducta es comunicación, como no hay no conductas, es imposible no comunicarse.* Esto implica que todo tipo de comportamiento lleva un mensaje consciente o inconsciente, es decir que la comunicación se da todo el tiempo, no sólo a través del lenguaje (conducta verbal vocal). Por tanto los problemas de comunicación tienen que ver con los intentos (inútiles) de no comunicarnos.

- 2) *Toda comunicación tiene un aspecto de contenido (referencial) y un aspecto relacional (conativo) tales que el segundo califica al primero y es, por ende, una metacomunicación.* El primer aspecto se refiere a los mensajes, el segundo con cómo deben de entenderse dichos mensajes. Los problemas de comunicación aparecen cuando a) no hay congruencia entre un aspecto y otro; b) cuando hay desacuerdos en el contenido, entre los comunicantes; c) cuando hay desacuerdo en el aspecto relacional entre los comunicantes; y, d) cuando existen desacuerdos en ambos aspectos entre los comunicantes.
- 3) *La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.* Este axioma tiene que ver con la concepción de la realidad que tiene cada persona que interactúa, ya que dependiendo de ésta, cada individuo establecerá cierto orden, a mayor realidad en la puntuación de segundo orden compartida entre los comunicantes mayor igual y menos problemas existirán entre esas personas, sin embargo a menor realidad de segundo orden compartida menos igualdad en la puntuación y mayores problemas de comunicación.
- 4) *Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.* El lenguaje digital se refiere a las palabras y el lenguaje analógico se refiere al comportamiento no verbal vocal (movimientos corporales, gestos, entonación de la voz, muecas, postura, expresión facial, el ritmo y cadencia de las palabras mismas, cualquier manifestación no verbal); y los problemas aparecen cuando no hay congruencia entre estos dos tipos de comunicación. Este axioma es la base para la teoría del doble vínculo.
- 5) *Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad (simétricos) o en la diferencia (complementarios).* Cuando dos personas se comunican y se

consideran iguales en términos de estatus, poder, conocimiento etc., se habla de que la comunicación es simétrica, si ambos o una de ellos se considera diferente en algún aspecto antes mencionado, la comunicación es complementaria.

Montalvo (2009) propone un axioma más:

- 6) *En toda comunicación existe un nivel racional y otro emocional.* Los hombres utilizan más la lógica para “convencer” a las mujeres de algo, mientras que las mujeres utilizan las emociones para “convencer al hombre de algo. Esto normalmente a niveles inconscientes, y generalmente los problemas de comunicación se deben a que la comunicación se da en distintos niveles.

Otros elementos epistemológicos de la TS

Concepción de realidad

La noción de realidad en el quehacer psicológico determina la forma en cómo se aborda lo que se considera “lo psicológico” existiendo al menos dos posiciones de la realidad en la Psicología:

1. Aquello implícita o explícitamente que la realidad es independiente del observador (todas las aproximaciones teóricas relacionadas con el positivismo).
2. Aquello que la realidad depende del observador (constructivismo y construccionismo social).

La idea de que la realidad es independiente al observador, lleva a suponer la neutralidad con respecto a lo observado (ser objetivo) y que por lo tanto, no se altera ni modifica lo observado.

Montalvo Andrade y Pérez (2014) consideran que la idea de realidad tiene importantes repercusiones empíricas, ya que se pueden asumir posturas radicales o extremistas en la práctica profesional y personales, dependiendo de donde venga la idea de una sola realidad se pueden dar posiciones radicales como lo son el fundamentalismo religioso, científico, cultural, familiares, etc.

Dentro del ámbito psicológico al asumir sólo una postura y etiquetar al paciente con alguna enfermedad se considera que no se afecta lo etiquetado o lo nombrado, de igual forma se puede suponer al contar con una sola realidad inherente que se es víctima de algo o alguien y que no se puede hacer nada al respecto y sólo alguien o algo externo puede ayudar a aliviar ese dolor o librar del mal que aqueja, llevando a la tendencia de culpar siempre a otros por lo que nos pasa o somos, esta forma en cómo se concibe la realidad la llaman *locus* de control externo. Dentro de esta epistemología el individuo no es un agente de cambio ni generador de opciones pues su papel se limita solo a “descubrir” la realidad, siendo esta idea predominante en las ciencias, la religión y por ende en la cultura.

Por otra parte la concepción de que la realidad es construida solo ha tocado en campos filosóficos y poco se ha hecho por expandirla a las interacciones humanas, y el gran contrariedad desde esta perspectiva es quien la construye y como se construye la realidad.

Sin embargo la terapia sistémica ha adoptado una tercera forma de concebir la realidad construida, Watzlawick (1981; citado en Montalvo y cols., 2014) señala que existen dos tipos de realidades, la realidad de *primer orden* que son aquellos aspectos de la realidad contruidos consensualmente, que son repetibles y verificables, contruidos gracias a una socialización, educación culturalización etc., este tipo de realidad nos permite comunicarnos en un mismo lenguaje y un contexto. Consecuentemente se habla de una realidad independiente al observador (no se participa en su construcción).

Por lo tanto se estaría de acuerdo en que existe una realidad independiente del observador, (esta realidad se construyó por otros) la parte que no se acepta es que la realidad puede ser descubierta o conocida “tal cual es” aceptando que la realidad depende del observador, a esta realidad se le llama de *segundo orden*, haciendo referencia al valor que se da a las cosas (la realidad de primer orden) esta realidad tiene que ver con aspectos éticos estéticos y morales y como no es consensual puede ser diferente a la de los demás, “ya que en su construcción juega un papel importante el propio individuo, y lo que para una persona es bonito bueno agradable “normal”, adecuado, etc., para otra puede ser feo, malo, desagradable , “anormal” inadecuado, etc.,” (Montalvo y cols., 2014, p. 13). Dentro de la realidad de segundo orden se encuentran la mayor parte de los conflictos interpersonales como los psicológicos, desacuerdos, incomprensión, falta de comunicación, etc.

Concepción del ser humano

De igual manera un concepto fundamental dentro de esta teoría es la concepción del ser humano y existen al menos tres concepciones:

1. Visión pesimista en la que se considera que se nace con problemas, con instintos negativos, siendo los problemas psicológicos “profundos” requiriendo para su solución sesiones en terapia de largos periodos o incluso años. Aceptando que las personas tiene enfermedades mentales o trastornos incurables.
2. Otra visión del ser humano es neutral, en donde se considera que se nace de cero, todo depende del aprendizaje y la relación con el medio ambiente. Desde esta concepción, la terapia es una especie de educación, en donde los problemas son aprendizajes inadecuados que se tienen que modificar, y el tiempo del proceso terapéutico es de 3 a 4 meses en promedio.

3. Y la concepción del ser humano optimista, en la que se nace con recursos, potencialidades y capacidades. Esta visión dentro de terapia permite al terapeuta hacer que las personas hagan uso de sus capacidades inconscientes con la intención de despertar estas características para solucionar sus problemas o prevenir problemas futuros (Montalvo y cols., 2014).

Construccionismo social

En un principio se consideraba que se podía conocer la realidad y llegar a encontrar únicas y verdaderas causas de los fenómenos mediante el método científico, y la ciencia, sin embargo la sociedad se fue transformando y con ella la forma en cómo se percibía la realidad, trayendo consigo un cambio de epistemología en donde se sostiene que el sujeto (social) construye su realidad en una comunidad, y que la construye en el lenguaje, ya que este, permite compartir pensamientos, y es la fuente donde se originan las palabras, se nombran las cosas, y radica en las relaciones sociales (Limón, 2005).

El constructivismo por su parte plantea que la relación entre el conocimiento y la realidad son meramente funcionales, es decir el conocimiento está en relación de lo que observamos, la objetividad se convierte en una ilusión, cuando el sujeto considera que no tiene ninguna relación con el mundo que trata de observar. (Goolishian y Anderson 1992 en Soto, 2007)

A diferencia del constructivismo en el construccionismo social, el observador construye la realidad al interior de una red de relaciones sociales en las que participa, la realidad se construye a través de lo que ya existe, se “descubre” se interpreta y se modifica con las relaciones sociales. Es decir, las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen en el intercambio social y se expresan en el lenguaje y el diálogo, todo el conocimiento del mundo como de uno mismo evoluciona en los espacios interpersonales a través de la participación en los

juegos sociales, de la conversaciones con gente, para así desarrollar un sentido de identidad y de voz interior. (Soto, 2007)

Mediante este cambio de epistemología las familias dejaron de ser vistas como objetos de estudio o de tratamiento, existiendo independientemente de un observador y fueron abordadas como diseños sociales que comparten significado.

1.2 Modelos teóricos principales

A continuación describirán brevemente los modelos que conforman la Terapia Familiar Sistémica, incluyendo para cada modelo sus orígenes y desarrollo, las premisas y conceptos más importantes.

Modelo Estructural

El principal representante y creador del modelo Estructural fue Salvador Minuchin, quien tuvo tres momentos claves en el desarrollo de su trabajo (Montalvo, 2007). El primero, su labor desarrollada en la escuela de Wiltwyck, en donde comenzó a investigar a familias marginales de Nueva York, aun cuando trabajaba desde la perspectiva psicoanalítica citaba a toda la familia con el propósito de encontrar pautas comunes. El segundo su trabajo en el Philadelphia Child Guidance Clinic, donde Minuchin junto con Haley y Montalvo trabajaron en casos de anorexia nerviosa, obesidad, bulimia, etc., permitiendo ver la influencia de la familia en el mantenimiento de los problemas psicosomáticos, este trabajo da pie a la creación del Modelo Estructural escrito en su libro "*Familias y Terapia Familiar*" en 1986. Y el tercero su trabajo institucional en el que estudia como las instituciones de protección al menor influye en la estructura familiar.

Dentro de las grandes aportaciones de este modelo fue la inclusión del contexto y la atribución de responsabilidades compartidas entre los miembros de la familia con relación al síntoma, trayendo a la mesa el interés por encontrar

como los miembros del sistema (familiar, institucional, psicosocial) participan en el mantenimiento del síntoma para mantener la estabilidad familiar. (Desatnik, 2006)

Minuchin influenciado por la TGS considera al individuo, dentro de su contexto, explicando las causas del síntoma como resultado de las alteraciones en el sistema familiar, concibiendo a la familia como un sistema que opera dentro de contextos sociales específicos, cuya estructura es la de un sistema sociocultural abierto en constante transformación, que evoluciona a través de etapas que exigen reestructuración y adaptación a las circunstancias cambiantes pero que simultáneamente mantienen cierta continuidad. (Minuchin, 1986)

Desde este enfoque al individuo se le considera como parte del sistema interpersonal, es decir un cambio en la conducta de un miembro de la familia tendrá resultados en las interacciones de este y en la de todos los y los cambios repercutirán en cada miembro de la familia.

Como se menciona en Montalvo y cols. (2014), el modelo estructural plantea tres axiomas:

1. La actividad individual tiene el poder de alterar el contexto en el que se actúa.
2. El individuo participa en reciprocidad en el ambiente y ambos se influyen entre sí (modelo de circularidad)
3. La experiencia interior del individuo cambia cuando lo hace el ambiente.

Asimismo en el modelo estructural se define la estructura como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan las interacciones entre las personas, por tanto, se considera que la estructura familiar es un patrón repetitivo de interacciones de la familia para llevar a cabo sus funciones, al observar estos patrones se puede determinar la estructura de la familia así como su funcionalidad o disfuncionalidad. (Minuchin, 1974 en Peñalva, 2001)

Minuchin y Fishman (2009) para explicar la composición de la familia retoman el término holón de Arthur Koestler y mencionan que la familia está compuesta por diferentes holones:

- Holón individual (cada individuo es un sistema)
- Holón Conyugal (subsistema de la pareja)
- Holón parental (subsistema de los padres)
- Holón Fraternal (subsistema formado por los hermanos)

Dentro de los términos más importantes en este modelo que ayudaron a clasificar los patrones estructurales de la familia se encuentran:

Límites. Que son las reglas que define qué y cómo participa cada miembro de la familia, define los roles de cada individuo dentro del sistema y existen los límites internos, que son reglas que prevalecen entre los miembros de los subsistemas familiares, y los externos, son reglas de interacción entre la familia y el ambiente que rodea a la familia. A su vez los límites se clasifican en:

- Claros, referidos a reglas precisas que permiten que cada miembro de la familia se desarrolle sus funciones sin interferencia entre subsistema, pero permitiendo el contacto entre los miembros de los diferentes holones.
- Difusos, en donde los miembros de la familia no saben con precisión quien debe de participar, cómo y cuándo deben de hacer las cosas, no habiendo autonomía entre los miembros del sistema, quienes están aglutinados mostrando invasión entre ellos.
- Rígidos. La comunicación entre los miembros de la familia se torna difícil; cada uno funciona en forma autónoma con desproporcionado sentido de independencia, careciendo de sentimiento de lealtad y pertenencia.
- Flexibles. Se caracterizan por su capacidad de modificación y adaptación a las necesidades del sistema y de los subsistemas.

Alineamientos. Son las reglas de unión u oposición entre los miembros de la familia para cumplir una función incluyendo conceptos como alianza referente a la

unión de dos o más personas para lograr una meta en común y coalición que se refiere a la unión en contra de un tercero con la finalidad de crear conflicto, como podría ser una triangulación. Estos alineamientos pueden ser funcionales o disfuncionales según la estructura familiar.

Poder o la fuerza. Hacer referencia al nivel de influencia que un individuo puede generar para controlar la conducta de otro. Un sistema funcional tiene una organización jerárquica, sin embargo en ocasiones se puede dar un miembro de la familia que tiene poder pero no autoridad.

Geografía. El espacio físico individual o compartido dentro de la familia así como el espacio emocional.

Centralidad. Se refiere a aquella persona alrededor de la cual giran las interacciones familiares, tanto por aspectos positivos como negativos

Periferia. Aquella persona que participa menos en la organización e interacción familiar ya sea porque nunca está en casa o aunque lo este no se involucra.

Sobreinvolucramiento. Se refiere a una fuerte interdependencia emocional, que puede reflejarse como sobreprotección de un padre o ambos hacia un hijo, existiendo límites difusos entre los subsistemas existiendo poca independencia personal por parte de los miembros de la familia.

Para Minuchin (2007 en Montalvo y cols., 2014) las intervenciones de esta terapia deben basarse en los siguientes axiomas principalmente:

- 1) La presentación de la queja: En este paso se cambia el principal problema que la familia ha localizado como interno al paciente identificado. Esta es la intervención más común de cada terapeuta familiar. Es una técnica usual que incluye focalizar las aéreas de competencia del paciente identificado dándole un significado diferente al problema y explorar las formas en que el síntoma se presenta poniendo atención a los detalles.

- 2) Las interacciones que mantienen el problema o síntoma. En este paso se explora que es lo que hacen los miembros de la familia para perpetuar el problema. La clave es ayudar al cliente a ver sus interacciones que pueden estar manteniendo el problema sin provocar resistencia.
- 3) Los caminos para llegar al cambio. Este paso permite una evaluación. Después de observar que es lo que ocurre con la familia y como ellos llegaron hasta ahí, los miembros de la familia y el terapeuta deben hablar acerca de los cambios que necesitan hacer y cuales son factibles o no.
- 4) La exploración del pasado. Este paso, el cual es recientemente propuesto, enmarca la importancia de la exploración del pasado de los miembros adultos de la familia, con la finalidad de entender como ellos están trayendo estas experiencias pasadas al presente y la forma en cómo ven a los otros desde esta perspectiva.

Modelo Estratégico

Los principales representantes del modelo estratégico son Jay Haley y Cloé Madanes, a partir de la influencia de las estrategias y técnicas de Milton Erickson y su peculiar concepción de la hipnosis, esto influyó en los estudios de la familia y la comunicación en el grupo de Palo Alto (Montalvo 2007).

Bateson Haley y Weakland estudiaron el tipo de comunicación terapéutica y las estrategias utilizadas por Erickson, así como su modo de hacer terapia, las prescripciones paradójicas, el empleo de la resistencia etc., siendo para el grupo de Palo Alto su base principal en su formación teórico-práctico

Según Haley (1991) Erickson seguía dos enfoques en la terapia: primero inducía a la familia a una crisis para romper el equilibrio del sistema, posteriormente, elegía un aspecto del sistema y provocaba una desviación que

provocaba un descontrol en el sistema y este se ve en la necesidad de reorganizarse a partir de nuevas pautas.

Haley (1991), define un problema como la conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas, para la terapia estratégica el objetivo es impedir la repetición de estas secuencias, para lograr los objetivos primero se focaliza a la solución de los problemas, poniendo acento en la comunicación del presente, no es importante el pasado. Para lograr lo anterior la estrategia terapéutica es activa ya que se deben de producir cambios en las primeras sesiones, sin embargo si esto no ocurre el terapeuta es capaz de modificar sus propias estrategias para llevar al paciente a encontrar las soluciones a sus problemas (Montalvo, Andrade y Pérez 2014).

Sin embargo la terapia estratégica no busca las causas profundas del problema, ya que se considera más como se mantiene el problema y no como se formó, así como indagar que es lo que la persona ha hecho para combatir o solucionar su problema y como cambiar las situaciones problemáticas de manera rápida y eficaz. De igual forma se considera que la terapia estratégica es una intervención que apunta a la reestructuración de las maneras en que cada uno construye la realidad que luego afronta, construyendo realidades terapéuticas.

Modelo de Terapia Breve

El Modelo de Terapia Breve fue influenciado por el trabajo de MRI de Palo Alto, sin embargo con el tiempo surgieron dos corrientes, la primera es la Terapia Centrada en Soluciones que tiene sus orígenes a partir de los trabajos de Steve De Shazer, junto con su esposa Insoo Kim Berg y su equipo.

Este modelo está influenciado por los planteamientos teóricos y el trabajo terapéutico de Milton H. Erickson, y se diferencia, por no investigar la historia del problema o por hacer un diagnóstico, y en ocasiones ni siquiera en detallar el problema, por el contrario *“De Shazer comenzó a darse cuenta de que era más importante centrarse en las soluciones que permitían el cambio que en la*

naturaleza misma del problema, ya que dicho cambio venia directamente de las capacidades, competencias y fortalezas del paciente, por lo que decidió poner énfasis en lo que si funcionaba y trato de identificar y ampliar esas secuencias de solución” (De Shazer, 1982; citado en Soto, 2007, p. 59).

Para el modelo centrado en soluciones es de suma importancia el constructivismo, al sostener que la realidad es creada por el observador; por lo tanto para este modelo, los conflictos son producto de una deformada construcción de la realidad, y al cambiando la percepción de esta construcción por alguna más útil se logra una concepción distinta de los problemas y de igual modo la cibernética de segundo orden es otra característica importante de este modelo ya que declara la influencia mutua entre el terapeuta y el cliente, por lo tanto se le da importancia al acoplamiento y colaboración entre el terapeuta y el cliente.

Por su parte De Shazer (1986) consideraba que no existía ninguna relación entre el conflicto y el modo de solucionarlo, mencionaba que aun cuando el problema fuera grave, no significaba que la solución tuviera que ser en idéntica medida, incluso formas espontaneas irracionales, inapropiadas, extravagantes o humorísticas de resolver el conflicto eran posibilidades de cambio y siempre se tenía que trabajar en construir una solución. En conclusión este modelo se centra en las posibilidades del cliente de reconocer lo que está haciendo bien y lo que está haciendo mal.

Terapia de Posibilidades u Orientada a Soluciones

O’Hanlon y Weiner (1990) desarrollaron un modelo centrado en soluciones con algunas variantes, a la cuál denominaron Terapia de posibilidades.

Las variantes más significativas son que el modelo de De Shazer le da mayor énfasis a las soluciones que a las emociones, creando en los pacientes una sensación de enojo, frustración, y de no sentirse escuchados, así como frustración al sentirse presionados o forzados a trabajar en la solución del conflicto, asimismo

con la pregunta del milagro para O'Hanlon es una prueba de lo ortodoxo, dogmático formativo y directivo que puede ser el enfoque, forzando al paciente a ir en una sola dirección, por último el dejar de lado los factores político, histórico y de género que influyen en la construcción del conflicto del paciente. Para la terapia de posibilidades estos factores son importantes si son de riesgo o daño para los involucrados en el problema ya que el terapeuta adquiere una responsabilidad ético-social (Soto, 2007, p. 60).

Este modelo considera importante centrarse en factores políticos, históricos y de género que influyeron en la construcción del conflicto, ya que estos factores son causa de riesgo o daño a los miembros involucrados en el problema y el terapeuta adquiere una responsabilidad ético-social.

O'Hanlon (2001), consideró que es importante ubicar que es lo que funciona o es útil para resolver los conflictos de las personas centrándose en sus recursos y capacidades, esta idea la toma del modelo desarrollado por De Shazer. O'Hanlon trabajó bajo las siguientes premisas:

- Los clientes tienen los recursos y fuerzas para resolver sus quejas en ocasiones solo hay que "recordárselos"
- El cambio es constante y el terapeuta se encarga de identificar y ampliar el cambio, siempre con una realidad alentadora y positiva, centrándose en lo que funciona para el cliente.
- Se centra en las soluciones, demasiada información de la queja no es útil.
- La búsqueda de los ¿por qué? no ayudan a buscar soluciones
- Un pequeño cambio en una parte del sistema generará otros cambios, ya que éste es como una onda expansiva.
- El cliente define los objetivos en el tratamiento, ellos mismos definen que es funcional en su vida y que no.
- El cambio puede ser rápido, con ayuda del terapeuta
- Punto de vista distintos son igual de válidos, ya que cada punto de vista es una porción de la realidad.

- Centrarse en la solución más susceptible al cambio.

La terapia centrada en soluciones intenta aumentar los aspectos no problemáticos con la finalidad de reducir el tamaño del problema, ayudando a los clientes a identificar lo que quieren y a ampliar aquellas situaciones en la que lo consiguen y que asuman el control y la responsabilidad de los cambios.

Este modelo se constituyó con la idea básica de que los pacientes cuentan con los recursos para cambiar y que ningún problema perdura durante todo el tiempo y propiciar al paciente a participar en conversaciones sobre el cambio permitiendo modificaciones rápidas en las creencias y conductas de los pacientes (Melo, 2008).

Modelo de Milán

La escuela de Milán se desarrolló en los años 1971-1980 mediante las investigaciones del equipo de Mara Selvini, Prata, Boscolo y Cecchin, sin embargo el equipo se dividió en dos, quedando Mara Selvini y Prata y Boscolo y Cecchin.

El trabajo original del grupo integraba la TGS y los principios psicoanalistas, posteriormente adoptan el modelo sistémico estratégico influenciados por Bateson, Haley, Jackson y Milton Erickson (Watzlawick y cols., 1967; Haley, 1963; citados en Boscolo y Bertrando, s/f).

El objetivo de la terapia es romper los patrones mediante las diferentes intervenciones ya que cada sistema se rige por dos tendencias una homeostática y la otra de transformación, con la finalidad de mantener el equilibrio del sistema y garantizar la evolución del sistema, cuando un sistema mantiene tendencias rígidas al servicio de la homeostasis puede generarse un sistema disfuncional (Melo, 2008).

Las principales premisas de este modelo son:

- La familia es un sistema autocorrectivo, que se autogobierna por medio de reglas que se crearon a través de ensayo y error
- El síntoma cumple una función
- La intervención consiste en identificar el juego familiar y alterarlo
- El objetivo de la terapia es liberar a la familia de la rigidez de su sistema
- El objetivo es romper la pauta relacional, introduciendo un mensaje contradictorio al funcionamiento paradójico de la familia (Melo, 2008, p. 57)

Boscolo y sus colaboradores sugieren dentro de sus principales técnicas de intervención en este modelo:

1. Elaboración de Hipótesis, esta se elaboran a partir de la primera información que se tiene de la familia y ayudan a recaudar información guiando la sesión para evitar caer en conversaciones con poco valor informativo, asimismo el terapeuta a partir de la información obtenida busca aceptar, refutar o modificar sus hipótesis.
2. Circularidad es la habilidad del terapeuta para formular preguntas circulares con la finalidad de saber cómo es una relación diádica desde el punto de vista de un tercero y mantener un proceso de retroalimentación.
3. Neutralidad. Es la capacidad del terapeuta de no tomar partido de ninguno miembro de la familia y no preferir evolución, se centra en provocar retroalimentaciones y recoger información, la neutralidad se entiende como un estado de curiosidad por parte del terapeuta.
4. Prescripción paradójica. La paradoja es un recurso que en apariencia se opone a los objetivos de la terapia pero que en realidad sirve para alcanzarlos
5. Connotación positiva. Surge como paso para la prescripción del síntoma.
6. Rituales. Son prescripciones que cambian las reglas de la familia sin dar explicación.

7. Narrativa. Un variado y complejo conjunto de ideas al interior de la terapia, con la intención de crear diversos mundos y de imaginar posibilidades nuevas.

En este modelo hace hincapié en el “juego familiar” refiriéndose a todo aquello que se diagnostica con la finalidad de romper los patrones de comportamiento que rigen a la familia cuando estos se han sistematizado. Al entender las reglas que rigen la relación familiar, se puede generar una intervención mediante la entrevista de exploración, donde se busca identificar de cada actor del juego, sus pensamientos sentimientos y finalidad que los lleva a organizarse bajo ciertas reglas.

Modelo Narrativo

Michel White y David Epston inspirados en el modelo interpretativo de Bateson con respecto a los significados que las personas le atribuyen a los hechos, se inspiraron en Foucault que analizó la relación entre el relato y el poder, por sus trabajo con el constructivismo social entre otras cosa. También recibieron influencia de Derrida y su mecanismo de reconstrucción (White y Epston, 1993). White le dio una enorme importancia al relato a través del significado que se construye con la experiencia individual, construyendo a si narraciones alternativas en terapia.

El modelo creado por White se centra en una forma nueva de ver los problemas del cliente, y de sí mismos con la intención de liberarlo del conflicto que le produce el problema, esto mediante el uso del lenguaje para darle otro significado. Por su parte White considera que el terapeuta debe buscar deconstruir las verdades, asimismo lo síntomas están vinculados a ciertas narraciones.

La terapia narrativa es una técnica resultado de una contextualización que combina efectos, imaginación y creatividad del terapeuta y del cliente, este modelo trata de cambiar la historia de la familia haciéndole ver otra realidad sobre sus

problemas, remontándola al pasado, al presente y al futuro pero trabajando con la historia no con el problema, ya que re-escribiendo la historia se promueve un cambio de narrativa de lo saturado o problemático a uno más sano.

Soto (2007) describe que los conceptos más importantes para este modelo se encuentran:

- a) La Deconstrucción. Son procedimientos que se utilizan para remodelar los pensamientos que moldean la vida de las personas así como sus experiencias; White intenta explicar el poder de los significados en las experiencias de las personas que moldean su vida, permitiendo la externalización del conflicto para desarrollar nuevas formas de percibir la vida de las personas.
- b) Externalización. Mecanismo para ayudar a las familias para apartarse de las ideas saturadas del problema de su vida, permitiendo personificar los problemas, y disminuir los conflictos en torno a la persona que consideran responsable, combatiendo la sensación de fracaso, por tanto el problema es visto tan solo como el problema.
- c) Analogía del texto. Las personas tratan de organizar sus experiencias en secuencias temporales para dar sentido a sí mismos y a lo que les rodea, cuando sus relatos comienzan a parecer inútiles, insatisfactorios o cerrados o no incluyen suficiente de la vida de las personas, las experiencias de las personas se vuelven problemáticas, en terapia se trata de generar relatos alternativos para permitir que la persona represente nuevos significados o posibilidades más deseables, más útiles y satisfactorias.
- d) Relato dominante y alternativos. Alternativos se refiere a eventos que quedan fuera del relato dominante, sin embargo muchos de estos relatos contienen información para generar nuevos significados. En el proceso

terapéutico mediante la externalización se busca identificar eventos que tengan una influencia positiva en la vida de la persona.

Cada modelo teórico ha desarrollado valiosas técnicas para su uso en la práctica clínica, tanto en casos individuales como familiares, por ello la importancia de definir a la familia y su desarrollo.

1.4 Ciclo vital de la familia

La familia es la institución más antigua y resistente de todos los grupos humanos y el sistema de pertenencia con más influencia sobre el individuo y que cumple funciones de crianza, educación, cuidado y satisface necesidades básicas como alimento y atención a los más necesitados niños, enfermos, ancianos; es el refugio que brinda afecto, soporte emocional, económico y protección, es un elemento creador y receptor de cultura, una correa de transmisión valores, tradiciones y habilidades de la sociedad al individuo y del individuo a la sociedad y provee señas de identidad a cada uno de sus miembros desde los primeros años de vida; el terapeuta sistémico siempre la tendrá en cuenta en su práctica terapéutica sea individual o familiar por el enorme peso e influencia que este sistema de pertenencia puede llegar a tener sobre el individuo y la realidad que vive.

Incluso, el modelo sistémico plantea que lo que comúnmente denominamos síntoma, trastorno, problema conductual o enfermedad mental, es el resultado del funcionamiento defectuoso o disfuncional de la familia o grupos primarios a los que pertenecen los individuos sintomáticos o pacientes identificados. Así, el síntoma, es generalmente entendido como una “metáfora”, una muestra a pequeña escala de la dinámica familiar total. El síntoma y el entramado de relaciones que se tejen entorno al mismo suele dar una idea de cómo funciona la familia total, de cuál es el juego de poder, de relaciones y de jerarquía que se da en el interior de la familia, de cuál es la articulación de los integrantes de la familia

entre sí, y de cómo se organizan los miembros entorno al síntoma para mantenerlo.

Muchas veces los síntomas son la única forma o el último recurso que la familia como sistema encuentra para sobrevivir y evitar la desintegración o el surgimiento de problemas peores. “Lo que llamamos síntoma – y en realidad, todo lo mental – es en sí relación e interacción. No es algo que se encuentra encerrado en la cabeza de las personas, sino algo que se actualiza en contacto de ida y vuelta con el prójimo” (Bateson, 1972; citado en Arroyo, Touza, De la Torre y Pozuelo, 2012)

Cuando la estructura familiar (ese conjunto de interacciones constantes que se dan entre los miembros de la familia y con el medio en el que viven) es inadecuada; cuando el grupo familiar o alguno de sus miembros afronta un momento de estrés que rebasa sus fuerzas, la familia se estanca en su desarrollo, se repliega sobre sí misma de manera centrípeta y se cierra a la posibilidad de experimentar nuevas formas de interacción, más adecuadas al momento por el que atraviesan. Es entonces cuando surge el síntoma como “alarma” o como intento fallido de solución a la crisis.

Minuchin y Fishman (2009) definieron a la familia como un sistema vivo, en constante evolución y desarrollo, ya sea por su contexto o por cada uno de los individuos que lo conforman, en donde cada persona nace, crece, se reproduce y muere, pero en cada paso se van dejando huellas de su interacción, creando costumbres, hábitos, reglas, etc., y estos se van transmitiendo de generación en generación.

Minuchin (citado en Vargas, s/f), considera que la familia sufre transformaciones las cuales se pueden observar y se reconocen como etapas del ciclo vital de la familia, estas son:

- a) Formación de la pareja. En esta etapa se pasa de lo informal a lo formal, pasando por un periodo de adaptación y negociación en donde cada uno de

los individuos de la pareja tiene características propias que le ha heredado su familia de origen, al formar una pareja se comienza a negociar para establecer una nueva identidad como familia ya que se necesita regular la conducta de cada miembro, con la finalidad de adquirir poder, y negociar de una manera más concreta e igualitaria, así mismo en esta etapa se consolida la unión emocional, social y sexual.

- b) Familia con hijos pequeños. A la llegada de los hijos comienza un nuevo replanteamiento por parte de la pareja, ya que comienzan una nueva etapa de negociación, ya que se enfrentan a nuevos roles (función maternal y paternal). Por su parte la madre se unirá al bebé, debido al cuidado que requiere, con el fin de que evolucione la familia, por su parte el padre actuará como un observador que participa activamente.

La incorporación de un hijo a la familia provoca mucha tensión en la pareja, son frecuentes los reproches, la depresión, cansancio de ambos padres y las dificultades para ponerse de acuerdo en cómo y cuándo hacer las cosas.

- c) Parejas con hijos en edad escolar. En esta etapa se presenta un desprendimiento de los hijos del seno familia, y comienza a interactuar en otras instituciones (escuela, amigos, compañeros) poniendo a prueba lo inculcado por los padres (límites, relaciones con la autoridad, pares, etc.) ampliando la red social de los hijos y puede transmitirse al seno familiar como algo bueno, en donde el crecimiento puede ser positivo o puede transmitirse como una pérdida o un abandono, lo cual hará que los hijos se encuentren en una situación conflictiva (de elección entre la familia y lo de afuera) dificultando su adaptación.

- d) Pareja con hijos adolescentes. Esta etapa se requieren establecer límites claros ya que es una de las más complicadas en términos de negociación, comunicación y dirección con el adolescente ya que este, necesitara del

apoyo que le ofrece la familia, ya que comenzara una crisis de identidad, por tanto la pareja requiere de estabilidad y unión, así mismo el adolescente comienza a adquirir mayor autonomía y a dar más prioridad a sus relaciones con pares. Por su parte los padres atraviesan por una crisis, la de ya no ser jóvenes, lo que los lleva a analizar lo realizado por ellos en su vida, como pareja comienzan a tener más tiempo para ellos, y el apoyo con la familia extensa puede facilitar el paso por esta etapa.

- e) Parejas con hijos adultos. Se presenta una nueva organización, ahora la relación es entre adultos y se renegocia la forma en que se relacionan y conviven, ya que los hijos en esta etapa tienen más responsabilidades, se han vuelto más independientes y tiene sus propios intereses lejos de casa como los son amigos, la carrera, un trabajo e incluso una relación amorosa; por su parte los padres comienzan una etapa de descubrimiento como pareja, y comienza a presentarse la transición del nido vacío.

Cada una de las etapas requiere de nuevas reglas de interacción tanto al interior como al exterior del sistema. Se pueden encontrar familias atoradas en alguna de las etapas aun cuando la familia requiera de un cambio o transformación ante una situación nueva, cuando se da un estancamiento en alguna de las etapas del ciclo vital puede llevar a la familia a una disfuncionalidad o a presentar alguna sintomatología.

CAPÍTULO 2

Importancia de la investigación en psicoterapia

El interés por demostrar que la terapia era efectiva tuvo sus inicios con la investigación realizada por Eysenck 1952 en donde demostró que la psicoterapia producía los mismos resultados que la ausencia total de tratamiento. A raíz de estos resultados, diversos investigadores (Bergin 1970, en: Martínez-Taboas y Francia-Martínez, 1992; Lambert y Bergin, 1994; Hubble, Duncan y Miller, 1999) se dieron a la tarea de refutar estos resultados y demostrar que la psicoterapia era eficaz en comparación al no tratamiento, dando inicio al campo de la investigación en psicoterapia.

En un principio el cambio en el proceso terapéutico era atribuido a las diferentes variables de intervención propias del modelo terapéutico aplicado, sin embargo conforme las investigaciones avanzaban se identificaron variables o factores inespecíficas o factores comunes, estos se refieren a aspectos del paciente, del terapeuta y de la relación de ambos, que son comunes, pero que son independientes del marco teórico empleado (Frances, 1985; Omer, 1989, citados ambos en Bagladi; Carrasco y Lira, 1992 citados en Santibáñez, Román y Vinet, 2009). Estos factores según Lambert (1986, citado en Walter y Moncada, 2002) explican más del 30% de los resultados de la psicoterapia y especialmente el vínculo entre terapeuta y paciente.

Romero (2008) aplicó un cuestionario sobre las atribuciones de la efectividad de la terapia a todos los terapeutas que trabajaba Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental, encontrando que la mayoría de los terapeutas consideraban que los factores comunes eran en mayor porcentaje los responsables en la mejora y avance terapéutico. Mientras que otras investigaciones para corroborar la efectividad de la psicoterapia fue la realizadas por Orlinsky, Grawe y Parks (1994 citados en Santibáñez, Román y Vinet, 2009) concluyeron que la calidad de la alianza terapéutica tiene fuerte relación con el resultado del proceso en terapia; por su parte Krause (2001), señaló que desde la perspectiva del paciente la falta o

ausencia de simpatía o confianza por parte del terapeuta, pone en peligro el proceso de cambio llevando generalmente a la ruptura de la relación paciente-terapeuta, y que incluso los pacientes son capaces de establecer en la primera sesión si se podrá establecer una relación positiva con el terapeuta.

Otro factor estudiado que promovía la mejora del proceso terapéutico fue el realizado por Whipple, Lambert, Vermeersch, Smart, Nielsen, y Hawkins (2003), en la cual se enfocaron en el paciente y en monitorear y promover retroalimentación con respecto al progreso en psicoterapia. Estudiando la entrega de la retroalimentación sobre el progreso del paciente y el número de sesiones, encontraron que los pacientes con retroalimentación sumado el uso de las técnicas psicoterapéuticas provocan un aumento significativo a la mejora en la terapia posibilitando los cambios, por ello investigadores como Norcross y Fronagy (2001 2005 en Arratia 2017) consideran importante solicitar al paciente información respecto al proceso del tratamiento.

Algunas investigaciones intentaron explorar los efectos de la empatía, la comprensión y el compromiso de terapeuta con respecto a la efectividad. Los resultados obtenidos señalaron que los terapeutas que presentaron altos niveles de desarrollo de empatía comprensión y compromiso del terapeuta fueron más exitosos que aquellos que las desarrollaron menos (Horvath y Luborsky, 1993; citados en Arratia, 2007).

Estas y muchas otras investigaciones corresponden a la investigación de resultados o bien la llamada etapa de justificación (Jiménez, 2000; citado en Walter y Moncada 2002), la cual sólo se centró en probar que sí se obtenían buenos resultados en psicoterapia. Sin embargo estas investigaciones trajeron otro tipo de preguntas, como la de ¿por qué tan distintas corrientes teóricas pueden tener resultados similares? Este tipo de cuestionamientos motivó la elaboración de más investigaciones con la finalidad de identificar exactamente qué es lo que hace que la terapia funcione y así poder mejorar las técnicas psicoterapéuticas a estas investigaciones se les conoce como “investigaciones de proceso”.

Estas investigaciones han sido causa del desarrollo y mejoramiento de la psicoterapia, asimismo la psicoterapia basada en evidencia intenta consolidar los tratamientos que son efectivos para determinados tiempos de trastornos. Con la finalidad de que el clínico mejore su quehacer terapéutico.

2.1 Investigación en la Terapia Sistémica

Cuando se demostró que la psicoterapia era efectiva, se entró en la disyuntiva de saber cuál de todas las corrientes era más efectiva. De acuerdo con Bayés, 1984 y Encheburua, 1998 (citado en Echeburúa y Corral, s/f), la importancia de evaluar la eficacia terapéutica radica en tres puntos principales:

1. Los progresos científicos y delimitar terapias eficaces
2. Enfrentarse a casos de mayor complejidad
3. Dar terapias en los Centros de Salud Mental públicos se deben de ofrecer terapias eficaces breves que acorten el sufrimiento del paciente, sea de menor costo tanto en dinero como en tiempo.

La Terapia Breve Sistémica (TBS) por su parte ha demostrado en gran cantidad de investigaciones su utilidad en diversos problemas psicológicos, resolviendo éstos en un mínimo de sesiones (Selvini y cols., 1998; Nardone y Watzlawick, 1992 citado en Arratia, 2017) aportándole gran efectividad y eficacia. Esto lo confirmaron *"Roth y Fonagy (2005), en su libro What Works For Whom?, en el cual se determinó la efectividad de cada terapia generando un soporte empírico, con el cual el A.P.A emitió un sello de aprobación para 22 enfoques entre los que destacaba el método de terapia cognitiva breve estableciendo que un 15% de la mejoría del paciente era explicada por las técnicas empleadas, mientras que otro 30% es explicado por la relación terapéutica que se daba en esta terapia"* (Lambert, Ogles, y Masters 1992 en Hubble et. al., 1999; citados en Arratia, 2007, p. 2).

Buscando alternativas de tratamiento en los centros de salud de Asturias Fernández y cols. (2010), demostraron que la Terapia Breve es más efectiva que los tratamientos habituales (casi exclusivamente fármacos) de trastornos mentales comunes (depresivo mayor, trastornos de ansiedad, de pánico, etc.) ofrecidos en estos centros, encontrando que la mayoría de los grupos que recibieron terapia presentaron mejores y mayores avances, mayores tasas de recuperación, y el número de recaídas fue el mínimo en comparación con el grupo control (fármacos). Al emplear la Terapia breve se dieron cuenta que redujeron el número de sesiones, sin afectar la calidad del proceso terapéutico, y que este tipo de terapia es efectiva y viable para la mayoría de los trastornos mentales comunes.

La Terapia Sistémica ha demostrado su eficacia en diferentes problemáticas tanto mentales como de adicciones como lo reportan estudios de Austin (2005), Szapocznik, López, Prado, Schwartz y Pantin (2006); Thompson (2005) (en Sierra y Garrido 2009). Por su parte Stanton y Todd (1982) demostraron la efectividad de la terapia sistémica utilizando los modelos estructural-estratégico con problemas de adicción teniendo tres objetivos principales: 1) el abandono del uso de drogas, 2) uso productivo de tiempo, 3) que el adicto consiga una situación estable y autónoma, para esto fue relevante trabajar con la familia, en la creación de metas alcanzables, pero sin perder el objetivo de la terapia, el abandono del uso de las drogas, y sólo cuando hay una periodo de un mes de abstinencia se empieza a enfocar en el proceso de independencia y autonomía funcional del paciente. Para estos autores la confrontación no es de gran utilidad ya que las familiar se presentan de forma defensiva y resistente, y con este tipo de estudios desarrollaron estrategias para que las familias se integraran en el proceso terapéutico.

Por otro lado, se ha demostrado que la terapia familiar es eficaz en problemas de adicción, ya que ayuda a retener a los pacientes en los programas de tratamiento más que las intervenciones “comunes” y los resultados son superiores cuando se comparan con tratamientos basados en terapias grupales,

educación de padres una intervención multifamiliar con resultados a mediano y largo plazo. (Sierra y Garrido, 2009)

Otro de los importantes trabajos para demostrar la eficacia de la Terapia Familiar fue el realizado por Espina, Ortego, Ochoa (s/f) sobre trastornos alimenticios en donde compararon la intervención de la Terapia Familiar Sistémica (TBS) vs grupos de apoyo de familiares más terapia de grupo para los pacientes, durante un periodo de un año. Los resultados evidenciaron que quienes estuvieron bajo la terapia familiar tuvieron mejores resultados, adjudicados a las pocas sesiones, la flexibilidad en cuanto a la frecuencia y duración del proceso terapéutico, reduciendo notablemente el abandono de los pacientes, y algo a destacar en esta investigación es que la mayoría de los pacientes atendidos (TBS) ya habían tenido algún tratamiento previo y éste había fracasado. Como ya se ha mencionado una de las más grandes críticas a las TBS es que a pesar de que es más efectiva al no tratamiento, Svartberg y Stiles (1991) señalan que la terapia conductual en la fase de seguimiento al cabo de un año es superior a la TBS, en contraste con lo dicho por Anderson y Lambert quienes mencionan que hay una ligera diferencias de la psicoterapia breve con respecto al seguimiento, (Bados, et al, 2002). Se considera que la poca validez que se atribuye a la terapia breve es a la falta de trabajos empíricos (Selvini y cols. 1998).

Uno de los casos más importantes que contradice lo dicho sobre la poca validez y la efectividad en los resultados de fase de seguimiento es el estudio realizado por Selvini y cols. (*op cit*) con la intención de saber el destino a largo plazo de las jóvenes que sufrían anorexia y tratadas de manera ambulatoria en donde estaban interesados en saber el nivel de mortalidad, la calidad de vida y de sus relaciones familiares, así como la verificación de los métodos empleados como tratamiento, encontrando que de las 143 ex-pacientes, sólo 15 aun presentaban sintomatología (anorexia bulímica 5,3% anorexia restrictiva 4,3%, fallecidas 1,4%), el resto no presentaba síntomas (89%), en cuanto al promedio de sesiones osciló entre 1 y la 3 sesiones, el tiempo esperado para realizar el seguimiento fue de un mínimo de 8 años a un máximo de 24 años (media de 13

años). Con respecto a las técnicas se usaron 3 diferentes: paradójico, prescripción invariable, revelación del juego; encontrando resultados muy similares con respecto a la no recaída (hospitalización después de la terapia), al bienestar global. Sin embargo, tanto la técnica paradójica como la de revelación del juego sobresalen en el bienestar global y en la no recaída respectivamente. Cabe resaltar que se corroboró los efectos a largo plazo que generara la Terapia Familiar Sistémica y su efectividad en cuanto a trastornos complejos.

2.2 Investigación de resultados en la terapia sistémica.

El interés por demostrar la efectividad de la terapia después del estudio de Eysenck (1952), se le “llamó etapa de justificación” (Jiménez, 2000 citado en Kühne y Moncada 2002, p. 1), la cual se centró en probar que si se obtenían buenos resultados en la psicoterapia, a los estudios para corroborar lo anterior se les llamo investigación de resultados.

Este tipo de investigaciones tiene como objetivo “*evaluar los méritos de una o varias técnicas, procedimientos o estrategias de intervención para la resolución de un tipo de problema o en situación relativamente bien especificados*” (Botella, 2000, p.176).

Para corroborar la eficacia de la terapia se han hecho estudios controlados de resultados (en ambientes no propios de la psicoterapia) algunos con el propósito de comparar de la terapia breve con el “no tratamiento” y otros interesados en comparar la terapia breve con tratamientos alternativos (Aranda, Beyebach, Herrero, 2006). En ejemplo del estudios sobre la comparación de la terapia breve con el “no tratamiento” es el realizado por Springer, Lynch y Rubin (2000) en el que analizaron los efectos de una intervención grupal centrada en las soluciones sobre el autoestima de cinco niños cuyos padres hispanos estaban encarcelados, el tratamiento consistió en seis sesiones de terapia de grupo

centrada en soluciones (TCS) al final se produjo un incremento significativo en la autoestima de los niños a comparación del grupo control “sin tratamiento”

Dentro de los estudios en los que se compara la Terapia breve con un tratamiento alternativo se encuentra el de Lambert, Okiishi, Finch y Johnson (1998) para comprobar la eficiencia de las TCS utilizaron el cuestionario general OQ45, La muestra consistió en 27 pacientes tratados con TCS, Como grupo control se usó de muestra 45 pacientes de otro estudio (Kadera, Lambert y Andrews, 1996) a los cuales se les aplicó como tratamiento un modelo ecléctico de psicoterapia. Encontrando que el 36% del grupo experimental registró una recuperación clínicamente significativa después de dos sesiones de TCS y que tras 7 sesiones se habían recuperado un 46%, en comparación con un 2% de pacientes que registró el grupo control tras 7 sesiones recuperándose tan sólo un 18%, para este grupo se necesitaron 26 sesiones para alcanzar el porcentaje de recuperación del 46% de los pacientes de TCS que alcanzaron ese puntaje en siete sesiones, concluyendo que la TCS era más eficiente que el tratamiento alternativo.

Knekt y Lindforss (2004) en el que investigaron la efectividad de la TCS en 4 tratamientos diferentes en trastornos depresivos y de ansiedad, terapia centrada en las soluciones, psicoterapia psicodinámica breve (PPB), psicoterapia psicodinámica de larga duración y psicoanálisis, en la primera publicación se presentan los resultados de los primeros modelos TCS y PPB. La muestra consistió en 326 pacientes atendidos en los psiquiátricos de Helsinki entre 1994 y 2000 y se asignaron en forma aleatoria al grupo de tratamiento, todos los pacientes tenían un trastorno depresivo mayor de ansiedad según el DSM-IV. La media de las sesiones fue para la PBB de 15.3 (durante 5.7 meses), mientras que para la TCS fue de 10 sesiones en (7.5 meses). “Los instrumentos utilizados fueron el *Inventario para la Depresión de Beck*, (BDI) y las *Hamilton Depression Rating Scales* (HDRS) para la depresión, y la *Symptom Checklist Anxiety Scale* y la *Hamilton Anxiety Rating Scale* (HARS) para la ansiedad. Estos instrumentos se aplicaron a todos los pacientes antes de iniciar los tratamientos y a los 3, 7, 9 y 12

meses. La diferencia más significativa se encontró en la remisión de los síntomas que fue más rápida para la TCS que para la PPB, en 4 de los 3 meses se remitió a 45% de los pacientes en TCS y sólo el 30% para pacientes en PPB; sin embargo, al año ya no se detectaron diferencias ya que se produjo un remisión del 52% para las TCS y 56 para los pacientes de PPB. Asimismo la PPB mostró una superioridad para reducir trastornos de personalidad.

La evaluación de este tipo de investigación ha requerido distintas perspectivas a) la perspectiva del cliente; b) la perspectiva del terapeuta y c) el enfoque de un evaluador independiente incluyendo entrevistadores clínicos, terapeutas en entrenamiento y supervisores clínicos. Y se consideran diferentes dimensiones sobre los resultados como son listas de síntomas, aspectos de la personalidad, funcionamiento social entre otros, abarcando indicadores objetivos como lo son escalas o pruebas psicométricas estandarizadas, sin embargo se han utilizado escalas de significancia clínica, por ejemplo “mejorado”, “medianamente mejorado” “sin cambios”. (Díaz, 2012).

Aun cuando existen estudios con importantes insuficiencias metodológicas también existen investigaciones de buena calidad que permiten corroborar y confirmar la eficacia de la terapia sistémica. Una de las mayores críticas a las que se enfrenta este tipo de investigación es a la poca atención que se les da a los clientes acerca de lo que ellos consideran como éxito o fracaso de la terapia (Díaz, 2012). Ya que la efectividad de la terapia también está ligada a lo que sucede entre el terapeuta y los pacientes.

2.3 Investigación de proceso en la terapia sistémica

Las investigaciones de resultado pusieron en la mesa preguntas, acerca de ¿por qué tan distintas corrientes teóricas pueden tener resultados similares? Este tipo de cuestionamientos motivó la elaboración de más investigaciones con la finalidad de identificar exactamente qué es lo que hace que la terapia funcione,

estas investigaciones se les conoce como “investigación de proceso” de acuerdo con Walter y Moncada (2002).

Como anteriormente se mencionó la investigación de proceso dio pie a la clasificación de componentes que facilitan el cambio en psicoterapia en factores comunes o específicos, sin embargo el primero que hablo de este tema fue Rosenzweig (citado en Uribe 2008) describiendo 4 factores que a su juicio eran principalmente los responsables del cambio en los pacientes:

1. La catarsis.
2. El recondicionamiento social.
3. La personalidad de terapeuta.
4. Organización compleja y sistémica de la mente humana.

También Rosenzweig menciona que todas las psicoterapias se pueden atribuir cambios mediante las técnicas propias de cada modelo, pero que la efectividad de éstas, no determinan que la teoría en la que se desarrollan sea correcta. *“Como epígrafe de su trabajo cita la historia del pájaro Dodo en Alicia en el país de las maravillas. En el tercer capítulo, Alicia ha formado un mar con sus lágrimas, donde todos se han mojado. El Dodo organiza una carrera para secarse sin reglas ni duración definida, donde todos corren en círculos. Al final el pájaro Dodo declara a todos ganadores y dice que todos merecen un premio”* (Uribe, 2008, p. 17). Si bien todas las psicoterapias son similares en cuanto a eficacia, no quiere decir que todas sean iguales para los pacientes.

Diversos investigadores se han dado a la tarea a partir del trabajo de Rosenzweig de describir y clasificar los factores comunes, propios del paciente, del terapeuta y del vínculo entre ambos, que propician los cambios en psicoterapia; dentro de los factores del paciente Frank (1991) considera: a) el compromiso, b) motivación, c) esperanza, d) Confianza, e) idealización, en cuanto a los factores del terapeuta: a) poder de sugestión, b) Persuasión, c) Calidez, d) Empatía, e) Compromiso, f) Directividad, g) experticia; y en cuanto a factores del

vínculo: a) Contacto, b) apego, c) grado en que están de acuerdo, d) contrato, e) rapport (Uribe, 2008).

Por su parte Uribe menciona que en diversos estudios (Lambert 1992, Asay y Lambert 1999) se realizó una revisión en la que encontraron cuatro componentes claves en la psicoterapia:

- a) Factores extra-terapéuticos. Elementos que se relacionan directamente con el contexto del paciente (apoyo familiar, de amigos o grupos sociales; incluyendo factores propios del paciente como motivación resiliencia, la capacidad de identificar y focalizar su problema entre otros.
- b) La relación terapéutica. Se refieren a la empatía exacta, aprecio positivo y congruencia, asimismo estas variables deben de ser percibidas por el paciente; c) expectativas y efecto placebo. Se refiere a la idea que hay por parte de los pacientes y terapeutas de que la terapia tiene efectos “sanadores” “curativos” y “restauradores”.
- c) Las técnicas terapéuticas. Propias de cada modelo psicológico. e) conceptualización relacional. Exclusivo factor de la terapia familiar, ya que el terapeuta considera el problema en el contexto de su red social.
- d) Sistema de tratamiento directo expandido: distinción entre el sistema directo del cliente y el indirecto.

Mientras que Díaz (2012), describe la existencia de factores comunes efectivos y cognitivos clasificados en: 1) Regulación cognitiva, relacionado con los cambios que el terapeuta facilita; 2) Cambios cognitivos. Cuando el terapeuta facilita el desarrollo de nuevos significados, 3) Experiencias de emoción, la conexión del terapeuta con el paciente y su familia. 4) Privilegiar la experiencia del cliente. Involucrar sus ideas respecto al cambio y las teorías.

Uno de los estudios que se encargó de analizar los factores comunes fue el realizado por Romero (2008) mediante una revisión bibliográfica, sobre los factores comunes, posteriormente confeccionaron un cuestionario donde se

referenciaban las variables psicoterapéuticas consideradas las más relevantes en el proceso terapéutico, en el estudio los terapeutas tenían que hacer una valoración de 1 a 5 (donde 1 era “no influye nada en la mejora del paciente” y 5 “influye mucho en la mejora del paciente”). Las variables fueron 1) Enfoque terapéutico, 2) Técnicas o procedimientos utilizados, 3) Expectativas de cura del paciente, 4) Implicaciones del paciente, 5) Fe y credibilidad en el terapeuta del paciente, 6) Empatía del terapeuta, 7) Directividad/apoyo del terapeuta, 8) Percepción del terapeuta de influir en el paciente, 9) Capacidad del terapeuta de influir en el paciente, 10) Grado de aceptación, interés ánimo mostrado por el terapeuta, 11) Experiencia del terapeuta, 12) Establecimiento de la alianza terapéutica. Encontrando que los terapeutas atribuyen los cambios en mayor porcentaje a los factores comunes que a las mismas técnicas de los modelos.

Otro estudio que se dio a la tarea de ver la relación de los factores inespecíficos y la alianza terapéutica fue el de Santibáñez, Román y Vinet (2009). Usando el Inventario de Alianza Terapéutica (ITA) de Santibáñez (2001) que evaluaba vínculo, tareas y metas. Encontrando que los pacientes evalúan como un factor importante la alianza terapéutica, aun cuando su terapeuta sea un novato, mencionando que es importante el sentimiento de empatía, de confianza hacia el terapeuta, entre otros, para lograr un cambio significativo en el motivo de consulta del paciente. Sin lugar a dudas, este tipo de investigación se ha usado mucho la construcción de instrumentos de medición para evaluar predictores de resultado en terapia individual, familiar y de pareja durante el proceso terapéutico, existen dos formas, la primera el uso de medidas de autorreporte que son llenadas tanto por el cliente como por el terapeuta y segundo el uso de medidas directas de observación (Díaz 2012).

Uno de los problemas de este tipo de investigación, es estudiar las reacciones del sistema del paciente, que no están directamente involucrados en el tratamiento, ya que este sistema indirecto plantea diversos problemas y es necesario contemplarlo porque afecta el proceso y los resultados del cliente.

2.4 Factores que influyen en la efectividad o fracaso de la terapia sistémica desde la perspectiva del paciente y de los terapeutas

Como se mencionó la mayoría de las investigaciones en psicoterapia estaban centradas en los tratamientos o técnicas que propician un cambio en el motivo de consulta de los pacientes, sin embargo Lambert y Anderson (1996; citados en García y Fatin, 2010) encontraron que solo el 15% de la mejoría en terapia se debía a técnicas del tratamiento, esto llamo la atención de que otras factores intervenían en la terapia y surgieron trabajos como los de Santibáñez, Román y Vinet (2009) quienes hacen mención de la relación entre el terapeuta y el paciente señalando que esta relación es esencial dentro de la terapia, al igual que Rogers (1957; citados en García y Fantin, 2010) quien no sólo le da la importancia a la relación paciente terapeuta sino también a los factores contextuales y la empatía de ambos dentro para el buen manejo de la terapia.

Para poder investigar qué es lo que hace efectiva o eficaz a la terapia sistémica, autores como Frank (1982; en García y Fantin, 2010) propone 6 factores que determinan la eficacia de la terapia como lo son:

1. La relación de confianza entre paciente y terapeuta.
2. Confianza y aceptación por parte del paciente con respecto al tratamiento proporcionado.
3. Entrega de información del terapeuta y la oferta de nuevas oportunidades de aprendizaje.
4. Las expectativas del paciente al recibir la ayuda.
5. Brindar experiencias exitosas con la finalidad de que haya aumento en sensaciones de dominio y autoeficacia.
6. Facilitar la vida emocional del paciente.

Cabe resaltar la importancia que se le da a la alianza terapéutica ya que este puede ser un predictor de mejoría para los pacientes, y a su vez esta alianza mejora las intervenciones (técnicas) implementadas por el terapeuta (Herrero, Beyebach y Lázaro, 2001). Sin embargo, no podemos dar por hecho que sólo

estos dos factores son esenciales para que se dé el cambio en el paciente se debe buscar que otros factores pueden favorecer este cambio para que así mejore la eficacia (costos, tiempo) de la terapia con el fin de mejorar el servicio y calidad de la terapia clínica (Miller, Duncan y Hubble, 1997, citados en Herrero, Beyebach y Lázaro, 2001).

La idea de encontrar que factores propiciaban el cambio trajo a la mesa el buscar indicadores de cambio para referirse a la evolución de los pacientes, y representar un tipo específico de cambio, Krause et al. (2006,) propone unos indicadores ordenados jerárquicamente sustentando la premisa de que el proceso terapéutico es una serie variable de fases en donde se espera encontrar momentos de cambio. Estos indicadores son:

- Aceptación de la existencia de un problema.
- Aceptación de los propios límites y reconocimiento de la necesidad de ayuda.
- Aceptación del terapeuta como un profesional competente.
- Expresión de esperanza (“remoralización” o expectativa de ser ayudado o de superar los problemas).
- Descongelamiento (o cuestionamiento) de formas de entendimiento, comportamientos y emociones Habituales (“fisura”). Puede implicar reconocimiento de problemas antes no vistos, autocrítica y/o redefinición de expectativas y metas terapéuticas.
- Expresión de la necesidad de cambio.
- Reconocimiento de la propia participación en los “problemas”.
- Descubrimiento de nuevos aspectos de sí mismo.
- Manifestación de un comportamiento o de una emoción nueva.
- Aparición de sentimientos de competencia.
- Establecimiento de nuevas conexiones entre:
 - Aspectos propios (creencias, conductas, emociones, etc.)
 - Aspectos propios y del entorno (personas o sucesos)
 - Aspectos propios y elementos biográficos.

- Reconceptualización de los propios problemas y/o síntomas
- Transformación de valoraciones y emociones en relación a sí mismo u otros.
- Formación de constructos subjetivos respecto de sí mismo a través de la interconexión de aspectos personales y del entorno incluyendo problemas y síntomas.
- Enraizamiento de los constructos subjetivos en la propia biografía.
- Autonomía en cuanto al manejo propio del contexto de significado psicológico.
- Reconocimiento de la ayuda recibida.
- Disminución de la asimetría entre paciente y terapeuta.
- Construcción de una Teoría Subjetiva, biográficamente fundada, sobre sí mismo y la relación con el entorno (indicador global).

Para estudiar diversos modelos psicoterapéuticos Echávarri, González, Krause, Tomicic, Perez, Dagnino, De la Parra, Valdés, Altimir, Vilchis, Strasser, Ramirez y Reyes (2009) se centraron los microcambios del proceso terapéutico en 4 modelos terapéuticos, aplicaron tanto a pacientes como a terapeutas, el instrumento de indicadores Genéricos de cambio de (Lambert *et al*,1996) que evalúa: a) la sintomatología, b) las relaciones interpersonales y c) el rol social; en donde encontraron que a lo largo de la terapia se pueden identificar los indicadores de cambio por los que transitan los pacientes, y entre los más relevantes por parte de los pacientes son la relación terapéutica, el sentimiento de competencia personal, el desarrollo de entendimiento y la manifestación del comportamiento tanto en la interacción con el terapeuta como con el contexto, sin embargo los mismos autores no encontraron datos concluyentes, y consideran que se deben de realizar más estudios de este tipo con una mayor cantidad de pacientes.

En cualquier proceso psicoterapéutico, el terapeuta debe de darse el espacio para monitorear los cambios que va presentando el paciente, ya que por muchos años los clínicos han dado por hecho que el cambio que presenta el paciente es

gracias a las técnicas utilizadas por él a la hora de la terapia, sin embargo hay pocos modelos como el caso de la Terapia Familiar Sistémica donde no existe tanto esa división entre la intervención y la evaluación, ya que cualquier intervención por parte del terapeuta tiene un valor también de evaluación y esto permite darle otra visión al proceso terapéutico, y el hecho de que el proceso de evaluación no se dé al final de la terapia da pie a que el terapeuta perciba si sus intervenciones están dando resultado, o cual va siendo el ritmo de cambio del paciente, permitiendo hacer modificaciones en su intervención (Herrero, Beyebach y Lázaro, 2001). Sin embargo, otro factor que se debe de tomar en cuenta es la retroalimentación al terapeuta sobre su desempeño, esto con la finalidad de tener una mayor eficacia psicoterapéutica producto de conocer de manera rigurosa la labor del terapeuta (Arratia, 2007).

La mayoría de las investigaciones encargadas de ver qué factores contribuyen a la mejora del paciente se han enfocado sólo en la versión de uno de los miembros de “relación terapéutica” dando total relevancia al paciente como el trabajo realizado Santibáñez, Roman- Mella y Vinet (2009) sobre la “Efectividad de la Psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica” en donde solo es tomada la opinión del paciente con respecto las atribuciones de la alianza terapéutica. Otro claro ejemplo es el trabajo realizado por Arredondo y Salinas (2005) sobre “Alianza Terapéutica en psicoterapia: Concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el centro de psicología aplicada de la Universidad de Chile” que como el título lo menciona solo toman en cuenta la perspectiva de los terapeuta con respecto a los factores relacionados con la alianza terapéutica, y en contraste son pocos los trabajos en donde se toma en cuenta ambos puntos de vista como el realizado por Beyebach, Rodríguez Sanchez, Arribas, Martín, Hernández y Rodríguez Morejon (1996) “Un estudio sobre los resultados de la terapia breve Centrada en Soluciones y el trabajo de Romero (2008) titulado “Factores atribuciones de la efectividad psicoterapéutica” en donde toman en cuenta la perspectiva tanto del paciente como del terapeuta: sin embargo es importante aclarar que en México se ha encontrado algún estudio contrastando ambas opiniones por eso el interés de

realizar esta investigación, para saber si los resultados encontrados se pueden generalizar a la población mexicana.

Con lo antes mencionado, se puede vislumbrar que una gran cantidad de factores son los responsables de propiciar el cambio en el paciente, y cada uno de estos factores ha sido estudiado de manera independiente, existen pocos estudios sobre procesos que se enfoquen en las perspectivas del paciente y del terapeuta reiterando que en México no se han encontrado investigaciones sobre este tema.

Por tanto el objetivo del presente trabajo es identificar y comparar que factores pueden facilitar o dificultar la terapia, desde la perspectiva del paciente y el terapeuta centrándonos en la etapa del ciclo vital matrimonio con hijos adultos y nido vacío. Esto con la finalidad de descubrir qué pasa en la terapia que favorece el proceso terapéutico, muchas veces se da por hecho que el cambio se debe a las técnicas usadas por el terapeuta y no se toma en cuenta lo hecho por el paciente y de igual manera pocas veces prestamos atención a la relación que establecen terapeuta y paciente, aun cuando ésta favorece el proceso de cambio por tanto este estudio pretende identificar otros factores con la idea de poder retroalimentar a los terapeutas clínicos para poder ofrecer un servicio más eficaz entendiéndose esto como los resultados favorables en el contexto de la investigación, tener más efectividad en cuanto a los buenos resultados en la práctica de la terapia clínica y de igual manera en cuanto a la eficiencia refiriéndonos a buenos resultados al menor costo posible. (Echeburúa, Corral y Salaberría, 2010).

Ahora bien si se logran identificar ciertos patrones tal vez se pueda llegar a modificar la terapia con respecto a las necesidades del paciente y ayudara a retroalimentar supervisión en las aulas y a la forma de dar terapia.

CAPÍTULO 3

Factores que influyen en la efectividad o fracaso de la terapia Sistémica

3.1 Método

Para el presente reporte de trabajo se realizó una investigación mixta (cualitativa-cuantitativa) descriptivo-correlacional. El diseño de investigación fue cuasi-experimental de series 4 series cronológicas de un solo grupo, como lo menciona Hernandez y Sampieri (2001), el número de mediciones puede estar sujeto a las necesidades específicas de la investigación que se esté realizando y en nuestro sólo se realizaron tres en distintos momentos como a continuación se detalla.

3.1.1 Participantes

La muestra final estuvo conformada por 15 pacientes atendidos en INFASI ACT, S.C. (Instituto Familiar Sistémico, de atención privada).

El criterio de inclusión únicamente consistió en ser mayores de edad (de 18 años) y aceptar voluntariamente ser entrevistados, sin importar edad, género, condición social, grado de estudios ni problema por el que asistían a terapia. Además de cumplir con un mínimo de tres sesiones en terapia.

3.1.2 Condiciones de investigación

El trabajo se realizó dentro de las instalaciones de INFASI ACT. Las entrevistas se llevaban a cabo en un consultorio, con tres sillones y un escritorio. Todas las entrevistas se fueron grabadas (sólo audio) bajo consentimiento de los participantes, aclarando los fines de la misma. Se consideró además respetar el

tiempo de los pacientes, así que las entrevistas fueron programadas de acuerdo a las citas de las sesiones terapéuticas.

Las llamadas de seguimiento fueron realizadas desde la misma institución.

3.1.3 Materiales e Instrumentos

- Formato de Entrevista a profundidad. (Ver anexo 1)

Recopila datos:

- Demográficos.
 - Motivo de consulta.
 - Su bienestar individual, social y familiar antes y después de asistir a terapia
 - Las atribuciones que consideraron que contribuyó con la mejora de su M.C. (el terapeuta y sus técnicas, lo hecho por el mismo paciente, relación terapeuta-paciente, factores externos a la terapia),
 - Opinión acerca de lo que hizo o dijo su terapeuta que fuera significativo para lograr un avance en su motivo de consulta.
 - Cómo fue la relación que tuvieron con su terapeuta
 - Si había un factor externo a terapia que les ayudara a mejorar su M.C
- Formato de Consentimiento Informado.
 - Grabadora de mano.

3.1.4 Definición de variables

Se consideró que para comparar los factores que influyen en la efectividad o fracaso de la terapia sistémica desde la perspectiva del paciente y de los terapeutas, deberían poder identificarse las siguientes variables:

Variable Independiente

- Terapia Breve Sistémica e hipnosis ericksoniana. Las técnicas propias del modelo como reestructuración, creación de metáforas, reencuadre, etc., así como técnicas de hipnosis que Téllez describe como *“un foco concentrado de atención que nos guía a un estado especial de conciencia, en el cual pueden evocarse en forma involuntaria experiencias previamente aprendidas. Este estado se caracteriza por un incremento en la sugestionabilidad y la capacidad de modificación de la percepción, memoria y del funcionamiento del sistema nervioso autónomo”* (Téllez, 2007, p. 14).

Variables Dependientes

- Motivo de consulta. La que reporta el paciente
- Bienestar psicológico individual. Entendiéndose por una valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida, en los que predominan los estados de ánimo positivos en una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente.
- Bienestar psicológico de pareja en una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente.
- Bienestar psicológico familiar en una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente.
- Estado del motivo de consulta según paciente y terapeuta (mejoró, permaneció igual, o desapareció).
- Atribuciones entendidas como las conductas o interpretaciones que un individuo le da a la conducta o conductas propias o ajenas que ocurren en terapia (empatía, confianza, saberse escuchado etc.) por parte del paciente y del terapeuta, dentro de las categorías de técnicas y terapeuta (hipnosis, reestructuración etc.) que hizo el

paciente (si realizó o no tareas), así como la relación terapéutica (confianza, respeto, trato) que posibilitaron el resolver o mejorar el problema del paciente (estas cuatro atribuciones tenían que sumar un 100%).

Otras Variables

- Tipo de terapia: individual, de pareja o familiar. Quien asistió a terapia, una única persona, toda la familia nuclear o una pareja.

3.2 Procedimiento

El trabajo realizado se llevó a cabo entre finales del año 2012 y del 2013, correspondientes a las primeras dos fases del trabajo A y B.

Fase A. Entre la segunda y tercera sesión se solicitó una entrevista a pacientes y terapeutas, con la finalidad de obtener los datos demográficos de los pacientes así como medir las variables de Bienestar Psicológico Individual (BPI), Familiar (BPF), Social (BPF) (en una escala donde 0 es muy mal y 10 excelente situándolos antes de iniciar el proceso terapéutico. Cada entrevista tuvo una duración aproximada entre 10-20 min.

Fase B. Aplicación de la variable independiente. Consistió en la Intervención terapéutica que consistió en tres sesiones de TBC e Hipnosis Ericksoniana,

Fase C. Consistió en la evaluación de las variables dependientes, después de la tercera sesión del proceso terapéutico, obtener, así como su estala de Bienestar Psicológico Individual (BPI), Familiar (BPF), Social (BPF);

saber si el motivo de consulta había mejorado, empeorado o no había presentado cambios. Finalmente, también se indagó sobre los factores que hasta el momento consideraban tanto terapeutas como pacientes que habían contribuido a la mejoría de su motivo de consulta, considerando las técnicas empleadas por el terapeuta, la relación establecida entre paciente y terapeuta y situaciones ajenas a terapia, así como lo hecho por los mismos pacientes, con respecto a estas atribuciones, se pido que se le agregara un valor a cada una, para que juntas sumaran un 100%. Cada entrevista tuvo una duración entre 15 y 20 min. Cabe aclarar que ningún entrevistador fue terapeuta o co-terapeuta.

Fase D. Seguimiento. Entre 9 y 12 meses después de la última visita a terapia, ya fuera por baja con o sin avances o dados de alta, se realizó una llamada a los pacientes para indagar sobre el estado del motivo de consulta (mejoró, empeoró, desapareció, se mantuvo sin cambios), la sesión en la cual percibieron cambios y cómo se encontraban en su escala de Bienestar Psicológico Individual (BPI), Familiar (BPF), Social BPF.

Resultados

4.1 Resultados cuantitativos

A continuación se presentan el análisis de los resultados obtenidos en este reporte de investigación enfocado en la efectividad y el proceso de la terapia a pacientes y terapeutas que recibieron y dieron terapia en INFASI, ACT. Cabe mencionar que para el análisis de la información fue utilizado el programa estadístico SPSS 21.0

Características de los pacientes y los motivos de consulta atendidos.

Para este reporte de experiencia profesional, la muestra estuvo conformada por 15 pacientes, 11 mujeres (73,3%) y 4 hombres (26,7%). Su edad promedio fue de 35.5 años (DV=12.44); un rango entre los 20 y los 61 años de edad. El 20% tenía como máximo grado de estudios de bachillerato, el 66.7% de licenciatura y el restantes 13,3% lo marcaban como otros. Sobre su ocupación, sólo el 20% mencionó ser empleado, el 26,8% se definieron como ama de casa, estudiante, comerciante y desempleados (con un 6,7% cada uno respectivamente), y el 53% dijo pertenecer a otro rubro.

El 60% eran solteros, el 26,7% casados y el 13,3% mencionó sólo mantener una relación sin definir el tipo. Sobre sus creencias religiosas, 46,7% eran católicos, el 26,7% dijo no tener preferencia, el 20% eran cristianos, y el 6,7% se identificaron con otra religión.

De los motivos de conducta tendidos se presenta la Tabla 1, en la que se muestra por género del paciente, el motivo de consulta de acuerdo a su frecuencia (las cuales fueron clasificadas con categorías conductual, emocional, comunicación, de relación y de adicciones).

Género por Motivo de Consulta del paciente

GÉNERO	MOTIVO DE CONSULTA					Total	
	Conductual	Emocional	Comunicación	Relación	Adicciones		
Femenino	Frecuencia	2	7	1	1	0	11
	% del total	13.3%	46.7%	6.7%	6.7%	.0%	73.3%
Masculino	Frecuencia	2	0	0	1	1	4
	% del total	13.3	.0%	.0%	6.7%	6.7%	26.7%
Total	Frecuencia	4	7	1	2	1	15
	% del total	26.7%	46.7%	6.7%	13.3%	6.7%	100.0%

Tabla 1. Género por Motivo de Consulta del paciente.

Como se puede observar en la Tabla 1, del 73,3% de las mujeres, el 46,7% buscan apoyo terapéutico por problemas emocionales; mientras que del 26,7% de los hombres, el 13,3% solicitan terapia por problemas conductuales. Para ambas muestras, los porcentajes representan el aproximado del 50%.

Tipo de Familia por Motivo de consulta del paciente

TIPO DE FAMILIA	MOTIVO DE CONSULTA					Total	
	Conductual	Emocional	Comunicación	Relación	Adicciones		
Nuclear	Frecuencia	4	3	1	2	0	10
	% del total	26.7%	20.0%	6.7%	13.3%	.0%	66.7%
Reconstituida	Frecuencia	0	3	0	0	0	3
	% del total	.0%	20.0%	.0%	.0%	.0%	20.0%
Uniparental	Frecuencia	0	0	0	0	1	1
	% del total	.0%	.0%	.0%	.0%	6.7%	6.7%
Solo	Frecuencia	0	1	0	0	0	1
	% del total	.0%	6.7%	.0%	.0%	.0%	6.7%
Total	Frecuencia	4	7	1	2	1	15
	% del total	26.7%	46.7%	6.7%	13.3%	6.7%	100.0%

Tabla 2. Tipo de Familia por Motivo de consulta del paciente.

La tabla 2 muestra el tipo de familia y el motivo de consulta de cada paciente, mostrando que de las familias nucleares el 26,7% presentan problemas de tipo conductual, el 20% emocionales, el 6,7% de comunicación, y el 13,3% de relación; referente a las familias reconstruidas el 20% presenta problemas emocionales, y sólo el 6,7% de las familias uniparentales presentan problemas de adicciones al igual que 6,7% para problemas emocionales

Tipo de Familia por Etapa del ciclo vital

TIPO DE FAMILIA	ETAPA DEL CICLO VITAL			Total	
	Matrimonio sin hijos	Matrimonio con hijos adultos	Nido vacío		
Nuclear	Frecuencia	1	6	3	10
	% del total	6.7%	40.0%	20.0%	66.7%
Reconstituida	Frecuencia	0	2	1	3
	% del total	.0%	13.3%	6.7%	20.0%
Uniparental	Frecuencia	0	1	0	1
	% del total	.0%	6.7%	.0%	6.7%
Solo	Frecuencia	0	0	1	1
	% del total	.0%	.0%	6.7%	6.7%
Total	Frecuencia	1	9	5	15
	% del total	6.7%	60.0%	33.3%	100.0%

Tabla 3. Tipo de Familia por Etapa del ciclo vital.

La Tabla 3 muestra el tipo de familia y el ciclo al que pertenecen, observándose que el 40% de las familias nucleares son matrimonios con hijos adultos, 6,7% corresponden a matrimonio sin hijos y 20% a nido vacío. En lo que respecta a las familias reconstruidas, el 13% son de matrimonio con hijos adultos y 6,7% pertenecen al ciclo vital de nido vacío y familias con un solo miembro.

En la Tabla 4, se muestra las familias en la etapa de ciclo con matrimonios sin hijos que acudieron a terapia presentaron problemas conductuales (6,7%), las pertenecientes a la etapa de matrimonio con hijos adultos presentaron problemas conductuales (13,3%) emocionales (26,7%) de comunicación (6,7%) y de

adicciones (6,7%), y las pertenecientes a nido vacío presentaron conductuales 6,7% emocional (20%) y de relación (6,7%).

Ciclo vital Tipo de problema del paciente

CICLO VITAL		TIPO DE PROBLEMA					Total
		Conductual	Emocional	Comunicación	Relación	Adicciones	
Matrimonio sin hijos	Frecuencia	1	0	0	0	0	1
	% del total	6.7%	.0%	.0%	.0%	.0%	6.7%
Matrimonio con hijos adultos	Frecuencia	2	4	1	1	1	9
	% del total	13.3%	26.7%	6.7%	6.7%	6.7%	60.0%
Nido Vacío	Frecuencia	1	3	0	1	0	5
	% del total	6.7%	20.0%	.0%	6.7%	.0%	33.3%
Total	Frecuencia	4	7	1	2	1	15
	% del total	26.7%	46.7%	6.7%	13.3%	6.7%	100.0%

Tabla 4. Ciclo vital Tipo de problema del paciente

Características del terapeuta

De los terapeutas el 73,3% eran hombres y el 26,7% mujeres, con una edad promedio de 52,8 años, con 2 a 33 años de experiencia en la práctica clínica. El 100% comentó seguir el modelo sistémico en su trabajo clínico.

Comparación de la eficacia terapéutica

Referente al avance alcanzado por parte de los pacientes la figura 1 muestra la percepción del paciente acerca del su Bienestar Psicológico Individual (BPI), Bienestar Psicológico Familiar (BPF) y Bienestar Psicológico Social (BPS) antes, durante y al finalizar el proceso terapéutico, se puede observar el avance que presentan los pacientes a partir de la tercera sesión y cómo este avance permanece en la fase de seguimiento.

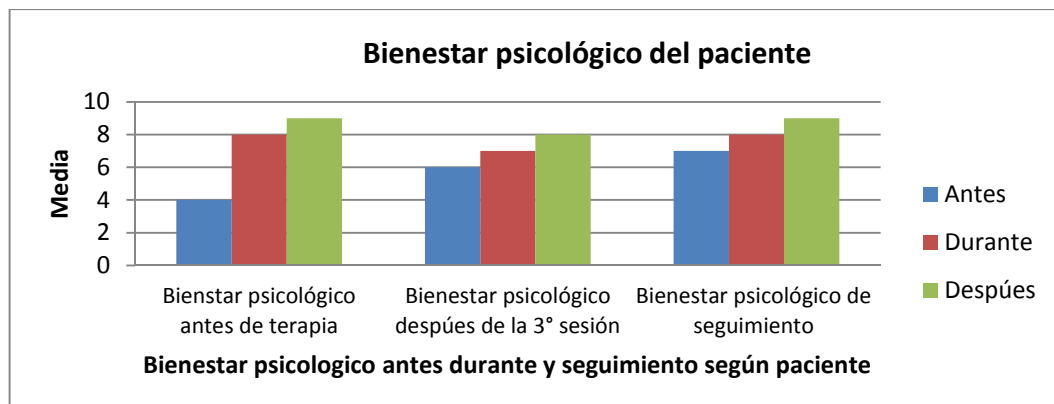


Figura 1 Escala de bienestar psicológico individual, familiar y social antes durante y después de la terapia.

En la figura 2 se muestra la percepción del terapeuta donde indica cómo percibió el BPI, BPF y BPS en el momento en que llegó su paciente, durante el proceso y al final, observándose una diferencia entre la percepción que atribuye el paciente y el terapeuta en donde éste da puntajes más bajos que el paciente.

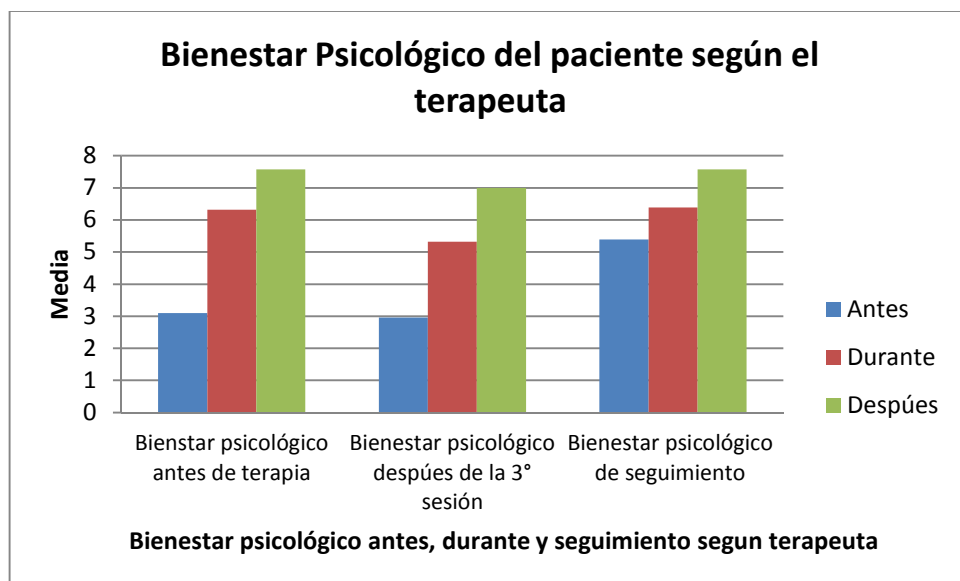


Figura 2. Escala de Bienestar Psicológico Individual, Familiar y social.

La figura 3 muestra la percepción respecto al avance del paciente después de la tercera sesión, en donde la media es de 58,33% según el paciente y un 60,67% según los terapeutas, siendo esta similar para ambos casos.

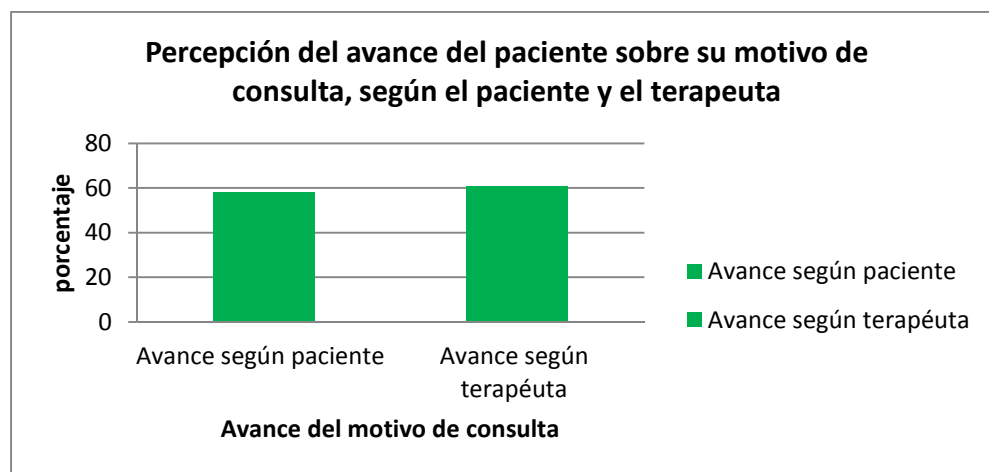


Figura 3. Avance del motivo de consulta según paciente y terapeuta.

La figura 4 muestra la sesión en la que los pacientes percibieron un cambio con respecto a su motivo de consulta, 8 pacientes (53,3% de los casos) reportaron que el cambio lo percibieron después de la primera sesión, 5 (33,3%) en la segunda, y 1 (6,7%) en la primera y otro (6,7%) después de la tercera.

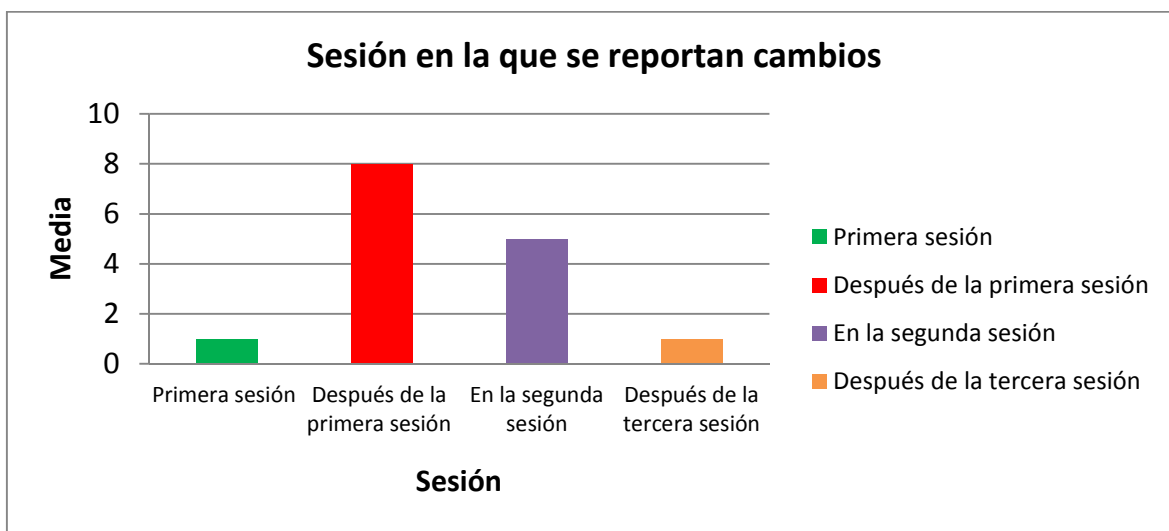


Figura 4. Sesión en la que el paciente reporta cambios.

La figura 5 muestra el estado del motivo de consulta según el paciente al final de la terapia, encontrando que 4 de los 15 casos (26,8%) presentados aquí fueron dados de alta, seguido de 9 (66,5%) que reportan que su motivo de consulta mejoró, y sólo 1 (6,7%) reporta que su motivo de consulta permaneció igual.

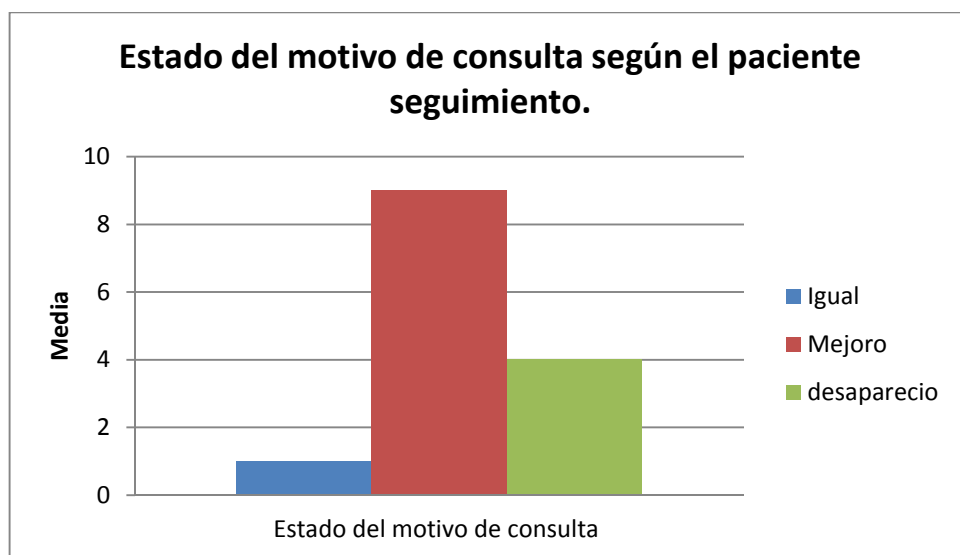


Figura 5. Estado del motivo de consulta según el paciente en el periodo de seguimiento.

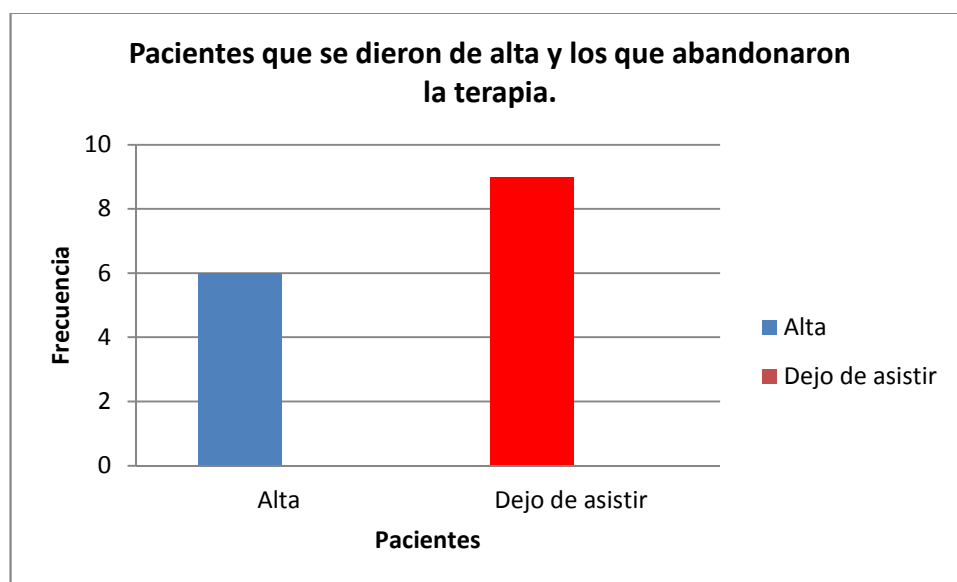


Figura 6. Número de pacientes que fueron dados de alta y los que abandonaron la terapia.

La figura 6 muestra el número de pacientes a los que se les dio de alta y los que abandonaron la terapia encontrando que sólo a 6 de los 15 (40%) de esta muestra permanecieron en terapia hasta ser dados de alta y 9 abandonaron la terapia (entre la 4 y 10) entre la 4 y 5 sesión sin embargo todos presentaron cambios.

La figura 7 muestra el porcentaje otorgado por paciente y terapeuta a las atribuciones de la variable terapeuta y sus técnicas, el paciente, la relación que se estableció entre paciente y terapeuta y factores externos a terapia, encontrando por parte de los pacientes que le otorgan un 32,67% a la variable terapeuta y técnicas, un 31,3 a ellos mismos, así como un 26% a la relación establecida con el terapeuta, y un 8,83% a otros factores que no tiene nada que ver con terapia. Por su parte el terapeuta le da el mayor peso al cambio del motivo de consulta al paciente otorgándole un 65%, seguido de las técnicas con un 16,07% y la relación terapéutica con un 11% y un 7,26% a factores externos.

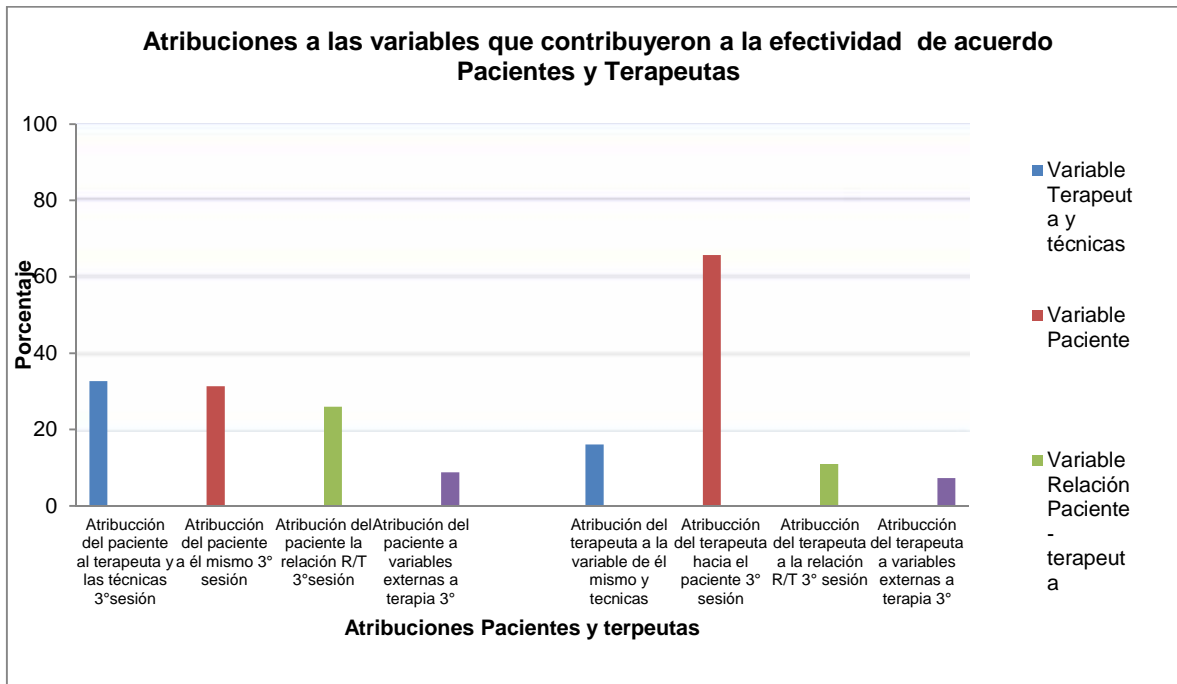


Figura 7. Atribuciones a las variables que contribuyeron a la efectividad de acuerdo Pacientes y Terapeutas.

Se realizó un análisis estadístico de las variables de Bienestar Psicológico antes y durante la terapia sobre el BPI, BPF y el BPS para comprobar si los *cambios eran diferentes* estadísticamente significativos.

En el caso de los pacientes, a partir de la prueba estadística de Wilcoxon se obtuvo una significancia de .001 para BPI .008 y para el BPF, para la BPS no se presentan diferencias significativas entre la primera sesión y después de la tercera. En el caso de la tercera en relación a la llamada de seguimiento no se encontraron valores de diferencias significativas.

En el caso de los terapeutas se encontraron diferencias significativas para los tres tipos de bienestar (BPI= .001, BPF =.002 y BPS=.006)

Para encontrar *coincidencias en el bienestar reportado entre terapeutas y pacientes* se utilizó el coeficiente de Kappa de Cohen, los resultados obtenidos mostraron niveles de escasa coincidencia en los tres tipos de bienestar. Sin embargo, en la medición de atribuciones, se encontró coincidencia moderada (.503) para la relación paciente terapeuta, y coincidencia alta (.928) a factores no relacionados con la terapia.

4.2 Resultados cualitativos

A continuación se presenta qué elementos consideran tanto paciente como terapeuta claves para el avance de su motivo de consulta.

Desde la perspectiva del paciente, éstos destacan técnicas como la hipnosis donde el 40% mencionan que fue una de las técnicas empleadas que más les ayudó

“...hipnotizo y ya había sentido el cambio, pero me pude concentrar más y pude sentir el cambio más drástico”.

“...técnicas de hipnosis han sido muy enfocadas hacia mi salud y mi autoestima”.

“...hipnosis siempre que practicamos me siento muy tranquila muy muy bien”.

“...el me hipnotizó y eso me ayudó mucho”.

El 33% menciona que otra técnica significativa para ellos fue la creación de frases (meta ser/ estar) con su terapeuta.

“...importante las frases estoy sana estoy feliz y me siento estupendamente y por las noches mientras mi mente consiente se duerme le pido a mi mente sanadora que me ayude a ser más amorosamente equilibrada”.

“...me han ayudado las frases, la de yo soy responsable de todos mis actos, me ha ayudado con mi familia”.

“...algo importante es una frase antes de dormir”.

El 13% mencionó que la creación de metas a corto mediano y largo plazo les ayudo a tener claridad para empezar a hacer cosas

“...Las metas de corto y mediano, largo plazo, me han ayudado”

“...el escribir mis metas en 6, 3 meses, 1 año y 3 años”

El otro 14% se distribuyen en técnicas como la programación neurolingüística, el tapping, reencuadre y la visualización entre otras.

Con respecto a lo que los pacientes realizaban para propiciar el cambio, la mayoría de las respuestas hacen referencia al hacer las cosas que el terapeuta les dice.

“...la disposición de trabajar con las cosas”

“...tratar de poner en práctica lo que me enseñe”

...los consejos que me da los trato de llevar a la práctica”

En cuanto a la *relación establecida entre paciente y terapeuta*, el 53% de los pacientes reportaron que la relación fue muy buena, y que los elementos para que esta relación fuera muy buena eran la confianza (47% de los pacientes) el comentar cosas personales (20%) la empatía, el sentirse escuchados el decir que ellos eran buenos terapeutas (13%), el que su terapeuta les “cayera bien” (13%) otros comentarios como el sentir el interés del terapeuta con respecto a su problema, el sentirse escuchados, el tener química, ser honesto y claro (6%).

“...la relación es buena, es una buena persona que da confianza, comenta cosas personales y me hace ver que todos tenemos problemas y el pensar que hay cosas que no se pueden controlar”

“...empático, no me obliga a dejar de ser yo, primero soy yo y que soy, y mencionar cosas de su vida que me ayudaron a decir, ok, él si puede conmigo”.

“...La relación es muy buena... siento su interés en ayudarme... su confianza, es una relación muy fuerte...”

“...la relación buena cordial, amable, respetuosa, la honestidad de la terapeuta para ver los puntos y exponerlos con esa claridad”.

“...es muy buena terapeuta, me cae muy bien, siempre me escucha, me escucha y complementa lo que yo estoy tratando de darle a entender, me entiende muy bien aunque yo no le diga es esto”

Con respecto a *factores no relacionados con la terapia* que ayudaron a los pacientes a mejorar su motivo de consulta, se encuentran situaciones relacionadas con el trabajo, grupos o personas de apoyo.

“...me siento mejor me está cayendo más trabajo”.

“...la religión porque soy creyente canto y me gusta todo eso que me rodea en ese tema que nos rodea”

“...Las palabras de una compañera, ella me dice que le eche ganas, que Dios me va ayudar, que tenga fe”

“...Apoyo de mi hermana”

Desde el punto de vista de los terapeutas, ellos consideran que dentro de las técnicas que más le ayudaron al paciente fueron la hipnosis (47%) las frases y metáforas (27%) junto con establecimiento de límites, jerarquía, las anécdotas personales entre otras (6%).

“...ayudó la hipnosis, le apliqué técnicas de regresión, alfombra mágica y metas, silla vacía, modelo ericksoniano”.

“...Hipnosis clave en el ámbito del autoestima”.

“...hipnosis dándole poder diciendo que ella puede tener el control”.

“...Límites importantes entre su familia, la comunidad (religión) y él”.

“...MDR, la frase sanamente egoísta”.

“...Técnicas para que se aceptara y la de ser y/ o estar”.

Para los terapeutas dentro de las cosas que hacían los pacientes para mejorar su motivo de consulta son las cosas que ellos cambian para sentirse mejor, el reflexionar, empezar a preocuparse por ellos y tomar el control de ellos (25%) entre otras cosas.

“...Tiene iniciativa, sigue sugerencias y le pone de su cosecha”.

“...El que él haya involucrado a su esposa tomar y compartir responsabilidades y participar con su pareja”.

“...ella misma dice que ha llegado a autocontrolarse”

“...es muy claridoso, sabe porque esta así y a dónde quiere ir y eso es lo que hace”.

“...dice, hablé con mi mamá y le dije esto me gusta, esto no y con mi papá y con mi novio... y lo que pasó fue empezó poner límites y le dije que más tu puedes hacer...”

Con lo que respecta a los factores de la relación entre paciente y terapeuta, los terapeutas mencionan que los factores que ellos consideran que facilitan o

propician un cambio en el paciente son la empatía (20%) el escuchar atentamente a los pacientes, el respeto (27%) así como no cuestionar o confrontar en un principio y usar el lenguaje y postura del paciente (13%) incluyendo el ser claros, mostrarse interesados y comprender (13%).

“...El escucharla y darle importancia a su sintomatología, ya que ella reportaba que otros procesos no había cumplido. Principalmente darle la confianza”.

“...el trato que procuro, el ser amables con mis pacientes, que noten que estoy en lo que me están diciendo, y no estar distraído”.

“...lo que siempre la empatía, el que se sienta comprendido”.

“...no cuestiono no confronto en la primera sesión ya después del apacho y les doy el coscorrón es escuchar usar su lenguaje su postura”.

“...Muy buena la relación ambos somos académicos se por lo que está pasando y creo que por ahí se estableció el rapport más fácil”.

Los terapeutas dentro de los factores que no están relacionados con la terapia mencionan que el cambio se puede relacionar la familia y grupo de apoyo con los que cuenta el paciente, sin embargo son pocos los que mencionan estos factores en esta muestra.

“...Que ha enfrentado su situación”.

“...Su misma situación escolar, que una chica lo busca”.

“...Que el novio se fue y no tiene comunicación con él y no tiene con quien pelear... está trabajando para poder ser independiente”.

“...Grupo de A.A y clínica de rehabilitación”

“...Su pareja y esta adaptación de ser recién casados”.

Las categorías a las que el terapeuta y el paciente le atribuyen el cambio es a los factores que favorecen la relación y que a su vez crean una buena relación terapéutica, siendo este un factor clave para todos los pacientes, de la misma

forma las técnicas empleadas, para ambos son importantes para el desarrollo y si bien los pacientes describen muy poco su papel al contribuir al cambio los terapeutas, le dan énfasis al paciente como agente de cambio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue el identificar y comparar qué factores pueden facilitar o dificultar la terapia, desde la perspectiva del paciente y el terapeuta centrándonos en las etapas del ciclo vital de la familia de matrimonios sin hijos, matrimonios con hijos adultos y nido vacío. Los datos que se han proporcionado en investigaciones como la de Lambert Lambert, Oggles, y Masters 1992 en Hubble, Duncan, y Miller, (1999) mencionan que la efectividad de la terapia se le puede atribuir en un 30% a la relación del paciente y terapeuta, sin embargo no especifican si la atribución la hacen los terapeutas, los pacientes o es un promedio de ambos. En comparación con lo dicho por estos autores en la presente investigación se encontró que los terapeuta dan más importancia al paciente (a los cambios que realiza en su vida), seguido de las técnicas (reestructuración, hipnosis, etc.) de la relación entre paciente y terapeuta y por ultimo de factores no relacionados a terapia que propician un cambio o mejora en el motivo de consulta y desde el punto de vista del paciente estos atribuyen su cambio a las técnicas empleadas por el terapeuta dándole un enorme importancia a la hipnosis, seguido por las cosas que ellos hacen para mejorar su motivo de conducta, así como la relación establecida, encontrando aquí factores como el sentirse escuchados, que el terapeuta cuente experiencias personales etc., y por ultimo factores no relacionados a terapia, siendo estos resultados totalmente diferentes a los reportados por otras investigaciones.

Sin embargo aunque la relación terapéutica no fue el factor primordial que llevo al cambio tanto para pacientes como para terapeutas esta es un factor esencial para favorecer el cambio, ya que los pacientes entrevistados mencionaron que factores como el “sentirse escuchados”, “ver que el terapeuta se interesa en su problemática” y “contar anécdotas de su vida personal(terapeuta)” favorecen la confianza y ésta a su vez la buena relación, y al igual que los pacientes los terapeutas le dan un peso grande a la relación, incluyendo factores como ser “amables”, “ser empáticos”, “no cuestionar al paciente de entrada,

comprenderlo, eh interesarse en su problemática, con la intención que haya apertura por parte del paciente. Corroborando lo dicho por Santibáñez, Román y Vinet (2009), para quienes en el paciente es importante la empatía y la confianza, que genera y le trasmite el terapeuta sin que importe la experiencia de éste. Estos autores concluyeron que la calidad de la alianza terapéutica tiene fuerte relación con el resultado del proceso en terapia, lo cual coincide con los resultados encontrados en nuestra investigación ya que los pacientes mencionan que el “sentirse escuchados” el que “haya química” generó confianza en ellos y se sintieron en la libertad de abrirse con sus terapeutas.

Por otro lado, y a pesar de que la relación sea una parte esencial del cambio, en el presente estudio y como se mostró en el punto 4.1 de resultados cuantitativos, los pacientes reportaron que diversas técnicas (como la de hipnosis, establecimiento de límites, metáforas y creación de frases como la meta ser-estar) fueron fundamentales para su avance e incluso gracias a éstas pudieron percibir cambios en las primeras sesiones (incluso antes de la cuarta sesión); y si recordamos lo dicho por Miller Duncan y Hubble 1997 (citado en Herrero) que el paciente no percibe cambios en las primeras sesiones es más probable que abandone la terapia, por eso la idea de que el paciente debe de ser considerado como un agente activo y centrarnos no solo en el como individuo si no como un alguien que interactúa en diferentes contextos y estos influyen a su vez en su mejora

Ya que los pacientes también otorgan una gran importancia a factores no relacionados a terapia como lo son a amigos, familia o grupos de apoyo, que los habían motivado o se sentían a gusto en estos lugares y personas que contribuían no tener recaídas. Incluso estas últimas atribuciones aunque fueron poco tomadas en cuenta tanto por paciente como por el terapeuta en la prueba estadística Kappan de Cohen, se encontró una concordancia alta lo cual establece que factores no relacionados a terapia también favorecen y contribuyen al avance del paciente.

Dentro de la fase de seguimiento el tiempo que paso de dar de alta a los pacientes o del abandono de la terapia a hacer la entrevista de seguimiento fue de tres meses (como mínimo) a un año (máximo), se pudieron localizar a 4 pacientes que si fueron dados de alta y comentaron que su motivo de consulta desapareció, dando para su BPI, BPF y BPS puntajes entre 9 y 10 (donde 0 era considerado nada de bienestar y 10 como el máximo puntaje que se pudiera obtener); con respecto a los pacientes que abandonaron la terapia (10 pacientes) comentaron que las razones de esto, habían sido externas a terapia (trabajo, muchos gastos, otras actividades), sin embargo dentro de las escalas de bienestar psicológico reportaban datos iguales a la última consulta o mayores y varios de los pacientes aun realizaban tareas (meta ser-estar) dejadas por el terapeuta. Cabe resaltar la importancia de esta parte de la investigación ya que como lo mencionan Bados et al. (2002) en la mayoría de las investigaciones no se toma en cuenta la opinión del paciente que abandonó la terapia por ello la labor de retomar los datos de estos pacientes, para saber los motivos del abandono y si las pocas sesiones que tuvieron les proporcionaron algún tipo de cambio, encontrando que sí tuvieron cambios positivos y que su abandono no se debió a causas propias de la terapia como se mencionó con anterioridad.

A partir de los resultados obtenidos podemos corroborar que la Terapia Breve Sistémica es efectiva como lo han corroborado autores como Botella y Feixas, 1994; Chambless y Ollendick, 2001; Elliott, Stiles y Shapiro, 1993; García, Bados y Saldaña, 1998; Giles, Neims y Prial, 1993; Lambert y Bergin, 1994; Matt y Navarro, 1997; Pérez, 1996 (Bados, et al., 2002). Cumpliendo el objetivo de la presente investigación, de igual forma es importante considerar que además de la terapia debemos atribuirle su beneficio a las variables externas como el tipo de terapia, el tipo de sistemas en los que se ve involucrado el paciente, la problemática, incluso si el paciente prefiere un terapeuta masculino o femenino y los años de experiencia del terapeuta, como factores que propician el cambio en el paciente.

De igual forma se puede obtener información sobre que herramientas facilitan el proceso terapéutico, con la finalidad de crear un ambiente en el que el paciente se sintiera en confianza, esto con la finalidad de transmitir estas herramientas a los terapeutas en formación. Así mismo se tiene evidencia de que técnicas ya usadas por terapeutas expertos, tienen efecto en la mejora del paciente.

Para futuras investigaciones se propone ampliar la muestra de participantes terapeutas y pacientes, así como contrastar entre diferentes tipos de instrumentos, y quizá hasta con diversos métodos de intervención, entrevistas más profundas, así como indagar más en factores que no se relaciona a la terapia pero que generan cambios en el paciente.

REFERENCIAS

- Aranda, E. B., Beyebach, M. y Herrero de la Vega, M. (2006) El estatus científico de la terapia centrada en soluciones: Una revisión de los estudios de resultados. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar* (36), pp.33-44
- Arratia, M. (2007). La efectividad del proceso terapéutico en relación a la retroalimentación y la alianza terapéutica, *Ciencia Psicológica*, (1):2. Recuperado de: http://www.fcsucentral.cl/varios/files/file/publicaciones/cienciapsicologia_02/02_cienciapsicologica_01.pdf
- Arredondo, R, L. M. y Salinas, R, A. P. (2005) *Alianza Terapéutica en Psicoterapia: Concepción e Importancia Atribuida por Psicoterapeutas con distintas Orientaciones Teóricas que trabajan en el Centro de Psicología Aplicada en la Universidad de Chile*, Tesis de Licenciatura. Universidad de Chile Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología. Chile.
- Arroyo, H.; Touza, M.; De la Torre, R. y Pozuelo, S. (2012). Terapia Familiar Sistémica. Recuperado de: <http://www.etsis.es/documentos/doc-terapia-familiar-sistemica/>
- Bados, L, A., García G, E. y Fausté, E, A. (2002) Eficacia y utilidad clínica de la terapia psicológica. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud* Universidad de Barcelona, España (2) 3 pp. 477-502. Recuperado de http://www.researchgate.net/profile/Eugenio_Garcia-Grau/publication/26420209_Eficacia_y_utilidad_clinica_de_la_terapia_psicologica/links/00b4951dd16381fed8000000.pdf
- Bateson, G. (1979) *Espíritu y Naturaleza*. Buenos aires: Amorrortu, Buenos Aires.
- Bertalanffy, L. V. (1987) *Teoría general de los sistemas*. México: FCE.
- Beyebach, M., Rodríguez, Sánchez .M., Arribas de Miguel, J., Hernández, C., Martín, J.,M. y Rodríguez, M, A.(1996) *Terapia Familiar Breve: Resultados de la Terapia Centrada en Soluciones en la Universidad Pontificia de Salamanca*. Resultados presentados en el XVII Congreso de Terapia Familiar. Las Palmas de Gran Canaria. Pp.9-29 Recuperado de
- Brunet, I, I., Morell, B, A. (2001) Epistemología y cibernética. *Paper* (65) pp.31-45. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/papers/article/viewFile/25620/25455>

- Boscolo y Bertrando, (s/f). La terapia sistémica de Milán. Recuperado de [http://win.associazioneculturaleepisteme.com/articoli/LA%20TERAPIA%20SISTEMICA%20DE%20MILAN%20\(para%20publicacion%20chilena\).pdf](http://win.associazioneculturaleepisteme.com/articoli/LA%20TERAPIA%20SISTEMICA%20DE%20MILAN%20(para%20publicacion%20chilena).pdf)
- Botella, L., Pacheco, M., Herrero, O. (1990) Pensamiento Posmoderno Constructivo y Psicoterapia. Revista de psicoterapia. Vol. X No. 37 p.p. 5-28. Recuperado de http://www.researchgate.net/profile/Luis_Botella/publication/237402551_Pensamiento_posmoderno_constructivo_y_psicoterapia/links/004635260546a785c5000000.pdf
- Cathalifaud A, M., y Osorio F. (1998) Introducción a los conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas, Departamento de Antropología. Universidad de Chile. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10100306>
- Desatnik M., O. El Modelo estructural de Salvador Minuchin. Eguiluz, L. (Comp.) Terapia Familiar. Su uso hoy en día. Editorial Pax. México
- De Shazer, S. (1986) *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós
Leñero, O. L. (1968) *Investigación de la familia en México*. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales A. C.
- Díaz, O. I, F. (2012) Investigación en terapia familiar. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1411/141125357010.pdf>
- Echeburúa, E., Corral, P. y Salaberría K. (2010). Efectividad de las terapias psicológicas: Un análisis de la realidad actual. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, (15):2. Recuperado de: <http://www.ehu.es/echeburua/pdfs/Art%C3%ADculo%20RPSPC.pdf>
- Echávarri, O., González, A., Krause, M., Tomicic, A., Pérez, C., Dagnino, P., De la Parra, G., Valdés, N., Altamir, C., Vilches, O., Strasser, K., Ramírez, I. y Reyes, L. (2009) *Revista Argentina de Clínica Psicología*, Vol. XVII, núm. 1, pp. 5-19. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2819/281921800001.pdf>
- Eguiluz, (2004). Terapia Familiar. Su uso hoy en día Editorial Pax. México
- Espinal, I. , Gimeno, A. y González, F. (s/f) El Enfoque Sistémico en los estudios sobre la Familia, Universidad Autónoma de Santo Domingo UASD y Centro Cultural, Santo Domingo. Recuperado de: <http://www.uv.es/jugar2/Enfoque%20Sistemico.pdf>
- Espina, A., Ortego, A, M. y Ochoa de Alda, I. (s/f) Un Ensayo Controlado de intervenciones familiares en trastornos alimentarios. Cambios en patologías y ajustes sociales. Universidad de País Vasco recuperado de http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL20_1_4.pdf

- Estremero, J. y Gacia, X. (s/f). Familia y ciclo vital Familiar, Recuperado de: <http://www.foroaps.org/files/4%20familia%20y%20ciclo%20vital.pdf>
- Fernández, M, J., Luengo, C, A. M., García, H, J., Cabero, A, A., González, D, D, M., Bruña, M, B., Cuesta, I, M. y Caunedo, R, J. (2010) Efectividad de la psicoterapia Brece en los centros de salud mental I: Diseño, Tratamiento y procedimiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*,(30) 4 p.p. 563-580. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352010000400002&script=sci_arttext
- Fernández, M, J., Luengo, C, A. M., García, H, J., Cabero, A, A., González, D, D, M., Bruña, M, B., Cuesta, I, M. y Caunedo, R, J. (2010) Efectividad de la psicoterapia Brece en los centros de salud mental II: Resultados. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (31) 109. P.p. 13-29. Recuperado de. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019470002>
- Feixas, V, G. y Villegas, B, M. (2000) Constructivismo y Psicoterapia 3° edición revisada. Editorial Desclée de Brouwer. España.
- Fruggeri, L. (1998) Del constructivismo al construccionismo social: implicaciones teóricas y terapéuticas. *Psicobiattivo*, Vol. XVIII, N. 1. p. 37-48 Recuperado de: http://sistemicarelacional.com.mx/articulos/Construccionismo_al_constructivismo.pdf
- García, H. y Fantin, M. (2010). Percepción de eficacia de la psicoterapia en argentina. *Revista puertorriqueña de psicología*, (21). Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3630650>
- Haley, J. (1991). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Herrero, Beyeabeach y Lázaro, (2001). El proceso de Cambio durante las sesiones de terapia Familiar Breve. Investigacion presentada en el congreso de la European Brief Therapy Association, Dublín (Irlanda) 28-30 de septiembre del 2001
- Instituto Bateson de Psicoterapia Sistemica A. C.(2014) Historia de la Psicoterapia Sistémica. Recuperado de: <http://www.institutobateson.edu.mx/contenido/historia-de-la-psicoterapia-sistemica>
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. y Miller, S. D. (1999). *The Heart and Soul of Change*. Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Knekt, P. y Lindfors, O. (2004). A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. *Studies in social security and health*, (77). The Social Insurance Institution, Helsinki, Finland.

- Kühne, C. W. y Moncada, H. (2002) Actitud de los psicólogos clínicos hacia la investigación en psicoterapia. Congreso Nacional de Psicología Clínica y VII Congreso Iberoamericano de Psicología de la Salud. Recuperado de <http://www.kuhne.cl/documentos/actitud.pdf>.
- Krause, M., De la Parra, G., Aristegui, R., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., Vilchies, O., Echavarrí, O., Ben-Dov, P., Reyes, L., Altimir, C. y Ramírez, I. (2006) Indicadores Genéricos de Cambio en el proceso Terapéutico. *Revista Latinoamericana de Psicología* (39): 2 pp.299-325. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/805/80538206.pdf>
- Krause, M. (2011). La Psicoterapia: ¿Oficio sin Ciencia y Ciencia sin Oficio? *Revista colombiana de psicología*, (20):1, 89-98.
- Lambert, M. J., Okiishi, J. C., Finch, A. E., y Johnson, L. D. (1998). Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29 (1),63-70.
- Limón, A, G. (2005) Terapias postmodernas: aportaciones construccionistas. Editorial Pax. México.
- Martínez- Taboas, A. y Francia-Martínez, M. (1992). Efectividad de las psicoterapias en niños y adolescentes: revisión de estudios controlados. *Revista latinoamericana de Psicología*. (24) 3. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/805/80524301/80524301.html>
- Melo, D, L, D. (2008) Fundamentos Teórico-Práctico para desarrollar la terapia breve en las principales escuelas de terapia sistémica. Tesis de licenciatura en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México
- Minuchin, S. y Fishman Ch., H. (2009) Técnicas de Terapia Familiar. Paidós México (obra publicada por primera vez 1981).
- Minuchin, S. (1986). *Familias y Terapia Familiar*. México: Gedisa.
- Montalvo, J. (2007). *Terapia Sistémica Breve Estructural. Teoría, Investigación y Aplicaciones*. México: CREE-SER.
- Montalvo, J. (2009). *Terapia Familiar Breve*. México: Trillas.
- Montalvo, J.; Andrade, A. y Pérez, A. (2014). *Terapia sistémica de pareja: teoría, investigación y aplicaciones*. México: CREE-SER.
- Montalvo, J.; Espinosa, R. y Pérez, A. (2013). Análisis del ciclo vital de la estructura familiar y sus principales problemas en algunas familias mexicanas. *Revista Alternativas en Psicología*, (XVII):28.

- Montalvo, J.; Valencia, N.; Pérez, A. y Espinosa, R. (2012). Análisis diferencial de la estructura familiar y del equilibrio energético en familias con un adolescente diagnosticado con trastorno por déficit de atención (TDA), *Revista de Psicología Nueva Época*. UAEM, (1)2: 56-68. Recuperado de: <http://www.facico-uaemex.mx/descargas/no2.pdf>
- Nardone, G., wazlawick, P. (1992) *El Arte del Cambio*. Barcelona: Herder
- O'Hanlon, B. (2001). *Desarrollar posibilidades*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. y Weiner, D. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- Peñalva, C. (2001). Evaluación del funcionamiento familiar por medio de la "entrevista estructural". *Salud Mental*. 24 (2). Recuperado de: <http://www.inprfcd.org.mx/pdf/sm2402/sm240232Uep.pdf>
- Pereira, T, R. (1994) Revisión Histórica de la Terapia Familiar, Actualización del artículo publicado en la Revista Psicopatología. Madrid 14, 1º (5-17). Recuperado de: http://www.robertopereiratercero.es/articulos/Revisi%C3%B3n_Hist%C3%B3rica_de_la_TF.pdf
- Ramón, H, C. (2007). El self en la psicoterapia posmoderna. Tesis de Maestría en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Residencia en Terapia Familiar Sistémica.
- Romero M, F. A. (2008) Factores Atribucionales de la efectividad psicoterapéutica. *Anales de psicología* (24): 1 pp. 88-99
- Sampieri, H.; Fernández, C. y Baptista, L. (1991). *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill México.
- Sánchez, D. (2000). *Terapia Familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Santibáñez-Fernández, P., Román-Mella M. y Vinet, E. (2009). Efectividad de la psicoterapia y su relación con la alianza terapéutica. *Interdisciplinaria*, (26):2. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1668-70272009000200006&script=sci_abstract&lng=es
- Selvini, P. M. Cirrillo, S, M. Sorentino, A, M. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Sierra M., J., A., Fernandez G., M. (2009) La terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología* Vol. 27, 2-3, p.p. 339-362. Recuperado de <http://www.terapiafamiliar.cl/intranet/archivos/La%20Terapia%20Familiar%20en%20el%20Tratamiento%20de%20las%20Adicciones.pdf>

- Soto, H. (2007). *Un recorrido recursivo desde la terapia sistémica hasta la terapia no convencional*. Tesis de Maestría en Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México. Residencia en terapia familiar.
- Stanton, M.D. y Tood, T. (1982). *Terapia familiar del abuso y adicción a las drogas*. Barcelona: Gedisa, 1989.
- Téllez, A. (2007). *Hipnosis clínica: Un enfoque ericksoniano*. México: Trillas.
- Uribe, R, M. (2008). Factores Comunes e integración de las psicoterapias. *Revista Colombiana de Psiquiatría* (37):1 Recuperado de <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-37/S/37-S.pdf>
- Vargas, A, P. (2004). Antecedentes de la Terapia Sistémica: Una aproximación a su tradición de investigación científica. En Eguiluz, L. (Comp.) *La terapia Familiar. Su uso hoy en día*. Pax. México pp. 1-27
- Vargas, I. (s/f) Familia y Ciclo Vital Familiar. Recuperado de: <http://psiquiatria.facmed.unam.mx/doctos/descargas/4.1%20CICLO%20VITAL%20DE%20LA%20FAMILIA.pdf>
- Villarreal, J. M. (2011) *Terapia Sistémica: Su soporte epistemológico a partir de la segunda cibernética. Cambios en la dinámica terapéutica*. Tercer congreso internacional de investigación. Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Plata. Disponible en http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.1457/ev.1457.pdf
- Walter, K., Moncada, H. (2002) *Actitud de los psicólogos clínicos hacia la investigación en psicoterapia*. Trabajo realizado dentro del Programa de Magister en Psicología Clínica de la Universidad de Santiago de Chile. p.p. 7 Recuperado de <http://www.kuhne.cl/documentos/actitud.pdf>
- Watzlawick, P.; Beavin y Jacksson, D. (1986). *La Teoría de la comunicación Humana*.
- Watzlawick, P.; Weakland, J. y Fisch, R. (1985). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Witzeaele, J., García, T. (1994): *La escuela de palo alto*. Barcelona: Herder
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

ANEXO 1

Formato de Guía Entrevista

Datos demográficos

Nombre del paciente:

Edad:

Ocupación:

Escolaridad:

Religión:

Estado civil/relación de pareja:

Quiénes viven con él, parentesco, ocupación, escolaridad:

Motivo de consulta:

Quiénes asisten a terapia:

Nombre del terapeuta:

Género:

Edad:

Grado:

Lugar (infasi o iztacala):

Modelos terapéuticos empleados:

Técnicas, procedimientos:

Número de sesiones:

Tipo de terapia (Individual, de pareja, familia.):

Comentarios:

Guía de entrevista para el paciente

*Hacer esto después de la tercera sesión

Antes de de iniciar la terapia como evaluabas tu bienestar psicológico individual con una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente_____

Antes de de iniciar la terapia cómo evaluabas tu bienestar psicológico familiar con una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente_____

Antes de de iniciar la terapia cómo evaluabas tu bienestar psicológico social (otras relaciones, laboral, escolar etc.) Con una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente_____

¿En esta tu 3° sesión tu motivo de consulta se ha modificó positivamente, negativamente, sigue igual o desapareció?_____

Evaluar el bienestar psicológico individual ahora_____

Evaluar el bienestar psicológico familiar ahora_____

Evaluar el bienestar psicológico social ahora_____

El avance que has tenido se lo atribuyes en qué porcentaje (escala del 0 al 100):

Al terapeuta y sus técnicas ____

A ti mismo ____

A la relación que establecieron tu (usted) y el o la terapeuta ____

A otra cosa que nada tiene que ver con lo anterior ____

Datos cualitativos

¿Qué hizo, dijo (pregunta, afirmación, metáfora, historia, cuento, ejemplo, etc.) O qué tarea te dejó el terapeuta que consideras que fue clave para tu avance en la terapia?

¿Qué hiciste tu que consideras que fue clave para tu avance?

Cómo fue la relación entre el terapeuta y tu?

¿Qué otros factores que no tienen nada que ver con los anteriores fueron los que te ayudaron?

Hacer esto al final cuando el paciente ha sido dado de alta. Anotar en qué sesión

A que atribuyes que hayas resuelto la queja, problema o motivo por el que asististe a terapia en una escala del 0 al 100, de tal manera que al sumar los valores te dé, el 100 por ciento, por ejemplo, 30 al terapeuta, 50 a ti mismo, 10 a la relación que estableciste con el terapeuta y 10 a otras cosas que no tuvieron nada que ver con las anteriores opciones.

Al terapeuta y sus técnicas _____

A ti mismo _____

A la relación que establecieron el terapeuta y tu _____

A otras cosas que nada tienen que ver con las anteriores (especifica). _____

Datos cualitativos

El terapeuta ¿qué hizo, qué te dijo (afirmación, pregunta, historia, metáfora, cuento, ejemplo, etc.), alguna tarea o qué otra cosa fue la clave para tu avance?

Porqué tu ¿qué hiciste, qué pensaste?

Porqué la relación ¿qué hizo el terapeuta y qué hiciste tu?

Otras cosas ¿cuáles?

Guía de entrevista para el terapeuta

*Hacer esto antes de la tercera sesión

Antes de de iniciar la terapia cómo evaluabas el bienestar psicológico individual de tu paciente en una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente _____

Antes de de iniciar la terapia cómo evaluabas el bienestar psicológico familiar de tu paciente en una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente _____

Antes de de iniciar la terapia cómo evaluabas el bienestar psicológico social de tu paciente (otras relaciones, laboral, escolar etc.), en una escala donde 0 es muy mal y 10 es excelente _____

Para esta 3° sesión la queja de tu paciente se ha modificó positivamente, negativamente, sigue igual o desapareció? _____

En esta 3° sesión como evaluarías su bienestar psicológico individual _____

En esta 3° sesión como evaluarías su bienestar psicológico familiar _____

En esta 3° sesión como evaluarías su bienestar psicológico social _____

El avance que ha tenido tu paciente se lo atribuyes en qué porcentaje (escala del 0 al 100):

Al terapeuta (usted) y las técnicas _____

Al paciente _____

A la relación que establecieron tu (usted) y el o la paciente _____

A otra cosa que nada tiene que ver con lo anterior _____

De manera general ¿Qué puntaje le da al avance que has tenido su paciente sobre su motivo de consulta? Del 0 a 100% _____

Datos cualitativos

¿Qué diferencias percibió con respecto al motivo de consulta de su paciente (mejoras, avances, algún cambio importante)?

¿Qué hizo, dijo, o realizó usted durante la sesión (preguntas, afirmaciones, metáforas, historias, cuentos, ejemplos, etc.) O qué tarea le dejó realizar? (técnicas, procedimientos)

De los aspectos que mencionó anteriormente. ¿Cuáles considera que fueron importantes para provocar un cambio (mejora, avance, cambio importante) en el motivo de consulta del paciente?

¿Qué hizo usted, que consideras que favoreció un cambio o mejora en el motivo de consulta a la terapia de su paciente?

¿Cómo fue la relación entre usted y el paciente?

¿Qué aspectos de la relación entre usted y el paciente (la actitud, trato, etc.) consideras que fueron importantes para propiciar un cambio o mejora sobre el motivo de consulta?

¿Qué otros factores que no tienen nada que ver con los anteriores fueron los que ayudaron en las mejoras del paciente?