

LA EFECTIVIDAD DE LAS TERAPIAS DE FAMILIA

Alfonso Martínez Taboas, M.A.*
Sociedad de Ayuda al Paciente con Epilepsia

The present paper offers a succinct but critical review of the effectiveness of family intervention as a treatment modality. There is enough evidence to tentatively conclude that family therapy is effective with some disorders. However, inconsistent results are found when compared with some individual psychotherapies. The clinical efficacy of four of the major schools of family therapy (strategic, humanistic, structural and behavioral) are examined. The conclusions are disappointing. First, the strategic and the humanistic approaches have not accumulated a single controlled clinical study to sustain their assertions of effectiveness. Second, although the structural and behavioral approaches have produced impressive data in favor of their efficacy, the bulk of the studies have been almost exclusively confined to a handful of disorders. Therefore, we conclude that the enthusiasm demonstrated by some clinicians toward family therapy has not been matched with rigorous and impressive data. Further research is needed to elucidate the relative assets and liabilities of the various schools of family therapy.

Según un informe publicado por Herink (1980), en la actualidad existen más de 250 modelos terapéuticos. Lo curioso, y alarmante a la vez, es que menos del 10% de éstos han sido examinados en estudios clínicos controlados. La "evidencia" que se presenta a favor de la efectividad de la mayoría de dichas modalidades consiste en el reporte de un puñado de pacientes que alegan haber mejorado luego de ser tratados. Este tipo de evidencia anecdótica y no controlada, sin embargo, es difícil de evaluar. En primer lugar, la historia de las psicoterapias nos revela que un porcentaje considerable de personas se "curan" de condiciones emocionales o psicósomáticas aún cuando eran sometidas a terapias que en el mejor de los casos no pasan de ser puros placebos. Así, por ejemplo, W. Fliess (el íntimo

amigo de Freud) publicó una monografía alegando que ciertas disfunciones emocionales podían ser erradicadas cortando u operando ciertas secciones de la nariz. Fliess publicó 90 casos a favor de la efectividad de su método (Masson, 1984). Otro caso curioso lo tenemos con la electroterapia, técnica desarrollada en el Siglo XIX. Se decía que el paso de corrientes eléctricas por distintas partes del cuerpo, traería una mejora, o hasta cura, en problemas emocionales. La "curación" de unos cuantos pacientes provocó furor en ciertos círculos; furor que prontamente fue reemplazado por la decepción (Drinka, 1984). Por lo tanto, el factor placebo y la sugestión nos ayudan a explicar el surgimiento masivo de tantas escuelas psicoterapéuticas (Frank, 1973; Plotkin, 1985).

* Para comunicarse con el autor diríjase a: Sociedad de Ayuda al Paciente con Epilepsia, Antiguo Hospital Ruiz Soler, Bayamón, P.R. 00619

Otro factor que debe destacarse en la debida investigación de la efectividad de la psicoterapia es que la presentación de casos anecdóticos y no

controlados usualmente no constituyen un cuadro completo ni fidedigno de los resultados obtenidos. Así, Rosen (1947, 1953) informó que luego de él tratar a 37 pacientes psicóticos con una técnica que el llamó "análisis directo", un 100% se recuperó totalmente de su disfunción. En un seguimiento de varios años, Rosen indicó que 31 de éstos vivían vidas normales. La importancia de la investigación empírica y rigurosa de muchos de estos alegatos, se ejemplifica con el trabajo realizado por Horwitz, Polatin, Kolb y Hoch (1958) quienes decidieron re-examinar los expedientes de los esquizofrénicos tratados por Rosen. La conclusión de estos fue contraria: de los pacientes tratados por Rosen sólo una mínima parte de éstos podían considerarse como funcionales, de hecho, muchos recayeron en el seguimiento. Este panorama es uno totalmente distinto al presentado por Rosen.

Otra razón por la cual es necesaria la investigación empírica en esta área es que los terapeutas que inician estas nuevas modalidades suelen presentar sus éxitos y no así sus fracasos terapéuticos. Más aún, existe un cúmulo extenso de evidencia que señala que muchos terapeutas tienden a sobreevaluar el resultado de sus intervenciones (Garfield, Bergin & Prager, 1971; Harty & Horwitz, 1976). Estas razones, más otras de fácil justificación (Rachman, 1971), hacen necesaria e imperativa la investigación sistemática y cautelosa en este campo.

Efectividad y cambio en las terapias de familia

El campo de terapia de familia (TF) había quedado totalmente rezagado en cuanto a investigación se refiere. No es sino luego de 1970 cuando comienza a generarse investigación en esta área. Esto se puede notar al encontrarnos con el hecho de que el 82% de todos los estudios comparativos de TF se publican luego de 1970 (Gurman y Kniskern, 1978). Debido a que Gurman y Kniskern (1978, 1981) y Wells y

Dezen (1978) han realizado abarcadoras revisiones del área, nos referimos constantemente a sus hallazgos y resultados.

Cambios globales

La revisión que hicieran Gurman y Kniskern (1978) ofrece fuerte apoyo a la creencia clínica de que las TF sí son efectivas. Así, de 14 estudios identificados en donde se aplicó TF no-conductual contra alguna modalidad individual, en 10 la de familia resultó ser más efectiva. Así mismo, en 8 de 16 estudios las TF resultaron ser más efectivas que un grupo control (no tratamiento).

Estos resultados, sin embargo, deben ser cualificados por varias razones:

(1) Gurman y Kniskern (1978) incluyeron en sus análisis muchos estudios con crasas deficiencias metodológicas;

(2) Muchos de los estudios incluidos en el análisis describen la terapia aplicada como de "familia", pero no se detallan los procedimientos o técnicas empleadas. Por lo tanto, estos hallazgos resultan ser poco informativos.

(3) En la mayoría de los estudios en donde la TF resultó ser más efectiva, la mejoría se basó en la impresión del terapeuta. Se sabe que esta manera de evaluación es una extremadamente limitada y presta a la infiltración de apreciaciones incorrectas (Garfield, Bergin & Prager, 1971; Meltzoff & Kornreich, 1970).

(4) En algunos estudios donde la terapia familiar resultó ser más efectiva, los parámetros que más se afectaron fueron de dudoso valor clínico. Así, en el estudio de Love, Kaswan y Bugental (1972) uno de los criterios de efectividad fue que los niños mejoraron sus notas de C- a C. Este resultado fue significativo estadísticamente pero su valor clínico es cuestionable.

(5) La manera en que Gurman y Kniskern evaluaron las ventajas terapéuticas resulta demasiado global para ser útil. Así, estos usaron etiquetas tan amplias como: "paciente mejoró"- "paciente no mejoró" y "paciente empeoró". Nos parece que el término "mejoró" resulta ser muy inclusivo y ambiguo.

Ante esta situación Wells y Dezen (1978) intentaron hacer una evaluación rigurosa de los resultados de las terapias de familia no-conductuales. Los estudios que estos incluyen en su revisión, aunque menor en número, son más sofisticados desde el punto de vista metodológico. De esta manera, Wells y Dezen identificaron 5

estudios en donde se comparó algún tipo de TF contra un grupo control (no tratamiento). Los resultados indicaron que en tres de los cinco estudios, las TF fueron más efectivas que el grupo control. Por último, Wells y Dezen localizaron 8 estudios en donde las TF fueron comparadas contra terapias individuales. En 4 de los 8 estudios las TF resultaron más exitosas.

En la Tabla 1 puede apreciarse la diferencia de cómputos entre la revisión de Gurman y Kniskern (1978) y la de Wells y Dezen (1978). Se podrá apreciar que los cómputos de estos últimos reflejan, en general, unos resultados más modestos.

Tabla 1

Comparación de las revisiones de Gurman y Kniskern (1978) y Wells y Dezen (1978)

TF versus Grupo Control

<u>Gurman y Kniskern</u>	<u>Wells y Dezen</u>
8 TF mejor grupo control (50%)	3 TF mejor grupo control (60%)
8 TF igual grupo control (50%)	2 TF igual grupo control (40%)

TF versus Terapias Individuales

<u>Gurman y Kniskern</u>	<u>Wells y Dezen</u>
10 TF mejor otra terapia (71%)	4 TF mejor otra terapia (50%)
4 TF igual otra terapia (29%)	4 TF igual otra terapia (50%)

Sin embargo, y aún tomando en cuenta las limitaciones de muchos de estos estudios, sí parece razonable concluir, al menos tentativamente, que la modalidad de TF suele ser tan o más efectiva que terapias individuales en problemas asociados con desórdenes conductuales de niños y adolescentes. Esta impresión ha sido confirmada recientemente en la magnífica revisión de Hazelrigg, Cooper & Bourdin (1987). Esta conclusión, insistimos, debe ser atemperada por las graves fallas metodológicas antes señaladas.

Efectividad de acuerdo a la orientación teórica de TF

En esta sección nos proponemos indagar con más detalles y rigurosidad, la evidencia terapéutica con que cuentan varias de las más importantes escuelas de TF (Véase a Gurman y Kniskern (1981b) y Nichols (1984) para una exposición amplia de las diferentes modalidades de familia).

Terapia de Familia Estratégica

A pesar de ser una de las escuelas que más énfasis hace en la operacionalización e identificación de "síntomas", ésta ha generado muy poca investigación. Los libros de Haley (1976, 1980, 1984) y de Madanes (1981) abundan en recuentos anecdóticos en donde se utilizan con profusidad técnicas paradójicas (Weeks & L'Abate, 1982). Sin embargo, aparte de estos casos no-controlados, es difícil encontrar evidencia más contundente.

Recientemente, Haley (1980) reconoció esta situación: "Los resultados con este tipo de terapia no han sido investigados debidamente. Este modelo se basa en 20 años de experiencia en practicar y enseñar terapia y en observar éxitos y fracasos" (p. 2). Los pocos datos disponibles han sido recogidos "de manera anecdótica y nunca como parte de una investigación seria" (p. 2).

Esta situación, obviamente, es lamentable y alarmante. Decididamente nos parece digno de comentario que uno de los enfoques de familia más practicados, diseminados y promulgados no cuente con evidencia clínica controlada.

Como un mero ejemplo de los resultados que se **alegan** con este modelo terapéutico, podemos mencionar el estudio (no controlado) de Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (1974). En su estudio con 97 pacientes tratados con el modelo estratégico, un 40% "mejoran marcadamente" y un 32% "mejoraron". Estos resultados, los cuales no son muy informativos, están expuestos a un tipo de crítica mucho más grave. El problema central es que los clínicos estratégicos usan con profusidad técnicas derivadas de la escuela de aprendizaje social. Así, según nuestros cómputos, en más del 50% de los casos presentados por Madanes (1981) se utilizan de manera sistemática técnicas conductuales de probada efectividad. Como un mero ejemplo podemos tomar el caso del niño con terrores nocturnos (p. 147). Se puede apreciar con toda claridad que los clínicos en este caso emplearon técnicas conductuales tales como: extinción; ensayos de exposición en vivo al contenido de la pesadilla (técnica muy empleada por Marks (1978) en casos parecidos) y la técnica de imaginiería emotiva introducida en el 1962 por Lazarus (Lazarus & Abramovitz, 1962). El problema de utilizar técnicas conductuales entremezcladas con las estratégicas es que no sabemos, entonces, si la mejoría del paciente se debió a la utilización del modelo conductual, al estratégico o a la combinación de ambos.

Debido a estas dificultades se nos hace extremadamente difícil enjuiciar la validez y alcance clínico de este enfoque. Preguntas como las siguientes quedan por contestar: ¿Qué tipo de paciente tiende a mejorar más con esta modalidad?, ¿cuáles son sus limitaciones?, ¿son duraderos los cambios obtenidos?, ¿qué técnicas específicas, dentro de este modelo, contribuye

más al cambio?, ¿cómo comparan los resultados de esta modalidad con otras TF?

Terapias De familia humanistas

Las TF humanistas representadas por Satir (1983) y Whitaker (Whitaker & Keith, 1981), a pesar de hacer fuertes aserciones de su efectividad, hasta ahora no han sometido sus alegatos al escrutinio empírico. Citamos a Nichols (1984):

A los terapeutas de familia humanista no parece interesarles mucho verificar sus teorías ni resultados. Sus escritos reflejan, en vez, una preocupación en proveer experiencias afectivas en terapia...Hasta ahora no se ha reportado ningún estudio empírico de este tipo de terapia de familia (p. 289).

Esta situación no es del todo difícil de comprender. Tengamos en cuenta que gran parte de los psicólogos y terapeutas de orientación humanista no parecen inclinarse a la investigación y sí a la especulación meta-empírica (Gurman, Kniskern & Pinsof, 1986). Nuestra inclinación es que cuando este tipo de modalidad sea sometida al escrutinio empírico, no resultará como una de las más efectivas. Decimos esto haciendo una extrapolación de los resultados de los estudios de terapias humanistas a nivel individual. Las revisiones de Andrews y Harvey (1981), Luborsky, Singer y Luborsky (1975) y de Rachman y Wilson (1980) señalan con consistencia que la psicoterapia individual que menos efectividad ha demostrado, al ser comparada con otras modalidades, es la humanista. Este hallazgo sale a relucir independientemente de que se realizara un meta-análisis (Andrews y Harvey, 1981) o una revisión narrativa (Rachman & Wilson, 1980).

En conclusión, a pesar de haber pasado más de 15 años, el modelo familiar humanista no ha generado ninguna investigación programática que nos ayude a contestar la interrogante de su relativa efectividad.

Terapia de familia estructural

Ejemplificada por Minuchin (1974, 1985) y Aponte y VanDeusen (1981) este modelo terapéutico sí ha generado investigación empírica, aunque ésta ha sido escasa. De hecho, sólo se han publicado tres estudios controlados utilizando esta modalidad. Los otros estudios son de naturaleza no-controlada. Sin embargo, y de notable importancia es el hecho de que se considera que algunas de las poblaciones clínicas tratadas por este modelo (anorexia nervosa, asma, adictos a drogas) tienen un pronóstico bajo de recuperación.

Sin embargo, al intentar evaluar esta modalidad terapéutica, nos enfrentamos con un escollo notable: la terapia estructural de Minuchin se ha aplicado concomitantemente con terapias conductuales de marcada efectividad. Veamos varios ejemplos:

(1) En el estudio de Minuchin, Rosman y Baker (1978) se trataron 53 pacientes con anorexia nervosa. De éstos, 86% mejoraron su sintomatología y otras de sus relaciones. Un 4% mejoró un poco; otro 6% no mejoró y un 4% recayó. El problema central lo constituye el hecho de que la mayoría de estos pacientes recibieron activamente otro tipo de terapia: programas operantes conductuales. Este dato es importante debido a que detalladas revisiones de literatura (Agras & Werner, 1981; Martínez-Taboas, 1981) demuestran que del 65-75% de los anoréxicos que pasan por programas conductuales se recuperan de la condición o al menos son descritos como "marcadamente mejorados".

Problemático a su vez es el hecho de que

aparentemente **muchos o todos** los pacientes y familias tratados por el equipo de Minuchin son intervenidos con otras técnicas conductuales con el propósito de manejar con más efectividad la disfunción familiar. Por ejemplo, Minuchin y colaboradores (1978) detallan cuatro casos de manera extensa en su libro. Veamos el uso sistemático de las técnicas conductuales en los mismos:

*Familia Kaplan: hija= terapia conductual en el hospital

padres= terapia sexual conductual

*Familia Gilbert: hija= terapia conductual en el hospital

papá= entrenamiento en asertividad

*Familia Priestman: hija= terapia conductual en el hospital

hija= programa operante de economía de fichas en el hogar.

*Familia Menotti: hija= terapia conductual en el hospital

Este patrón se repite en los casos de niños tratados por asma (Minuchin y colaboradores, 1975) y dolores estomacales (Liebman, Honig & Berger, 1976).

¿Cómo evaluar, entonces, este tipo de datos no-controlados que a la vez parecen estar viciados por la combinación de dos modalidades terapéuticas? ¿Se deben las mejoras a las técnicas estructurales o se deben más bien a los programas conductuales? O, ¿se deberán las mejoras a la combinación de ambas?

Dichas preguntas necesitan una contestación rigurosa, la cual sólo puede ser resuelta a través de estudios de proceso, en donde los clínicos estructuralistas se limiten a utilizar las técnicas

estructurales que ellos aseguran que son las responsables del cambio. Hasta que no se realicen estudios de desmantelación de técnicas, la evidencia sobre la efectividad de la terapia estructural queda como sugestiva, pero lejos de ser concluyente.

Agraciadamente, el modelo estructural cuenta con tres estudios **controlados** que nos facilitan tener una visión más rigurosa de su efectividad. Precisamente, el más reciente de éstos consistió de una replicación sistemática del estudio de Minuchin y colaboradores (1978) con la anorexia nervosa y bulimia. Russell, Szmukler, Dare y Eisler (1987) admitieron en su estudio a 80 pacientes (57 con anorexia nervosa; 23 con bulimia) los cuales fueron asignados al azar a un grupo de terapia de familia estructural o a uno de psicoterapia individual. La terapia de familia básicamente seguía el modelo de Minuchin; mientras que la psicoterapia individual era una modalidad ecléctica (operante, dinámica y cognoscitiva).

Una de las críticas (Bruch, 1974) que se le han dirigido a los resultados de Minuchin es que casi todos sus pacientes eran muy jóvenes (14-17 años) y que el curso de la anorexia no era uno crónico. Estas críticas se basan en el hallazgo clínico de que este tipo de paciente tiene un buen pronóstico de cura, independientemente de la modalidad terapéutica utilizada (Garfield & Garner, 1982). Por lo tanto, para analizar por separado el factor edad y cronicidad, Russell y colaboradores (1987) dividieron en tres sub-grupos a los pacientes: sub-grupo 1= tener menos de 18 años cuando comenzó la anorexia y una duración del desorden de menos de tres años; sub-grupo 2= tener menos de 18 años cuando comenzó la anorexia y una duración del desorden mayor de tres años; y sub-grupo 3= tener 19 años o más cuando comenzó la anorexia.

Luego de un año de terapia, los resultados indicaron que los pacientes menores de 19 años

y con un comienzo reciente (sub-grupo 1), mejoraron de una manera más notable en la TF que en la terapia individual. Este resultado es compatible con el de Minuchin. Sin embargo, los pacientes mayores de 19 años ($X=24$ años; sub-grupo 3) se beneficiaron más en terapia individual que en TF. De hecho, el 83% de los pacientes en TF no se benefició de la misma. Por otro lado, los pacientes con un curso crónico de anorexia ($X=6$ años; sub-grupo 2) mejoraron de manera equitativa tanto en TF como en terapia individual.

Este estudio hace patente la necesidad imperiosa de someter al escrutinio empírico los alegatos que se vierten en torno a las psicoterapias. Si bien es cierto que Russell y colaboradores replicaron la efectividad de TF con pacientes jóvenes ($X=16$ años) y con un curso reciente ($X=14$ meses) de anorexia nervosa, éstos no encontraron que la TF fuera particularmente efectiva en pacientes con un curso más crónico en su condición. Incluso hallaron evidencia que indica que las terapias individuales son más efectivas en dichas poblaciones, las cuales suelen ser más recalcitrantes al tratamiento.

El estudio de Russell y colaboradores indica que las TF de tipo estructural no son de particular efectividad cuando se aplican en casos más típicos de anorexia. De hecho, sólo el 30% de los anoréxicos que pasaron por TF pudieron ser clasificados como muy "mejorados". Como otro dato interesante, ocho de los nueve pacientes bulímicos no mostraron mejoría clínica en TF, hallazgo que sugiere que esta modalidad terapéutica no es la más indicada para esta condición.

El segundo estudio controlado es el de Stanton y Todd (1982) con adictos a las drogas. Se tomaron 53 pacientes los cuales fueron localizados en 4 grupos: (1) terapia de consejería individual; (2) terapia de placebo familiar; (3) TF no-pagada; y (4) TF pagada. La diferencia entre el grupo 3 y 4 consistía en que en el último

de ellos se añadió un programa operante de refuerzos conductuales si no tomaban drogas. En la tabla 2 pueden verse los resultados. Los mismos sí le dan apoyo a la noción de que la TF estructural es más efectiva que un grupo placebo y otro de consejería individual. A nuestro juicio de los 4 grupos estudiados, el que debe representar a la TF estructural es el tercero. El cuarto grupo, que de paso fue el más efectivo, fue una combinación de un programa de contingencias operantes y terapia estructural.

Un hallazgo que resalta es que aunque los resultados fueron estadísticamente significativos, la mejoría clínica no fue muy marcada. Notemos, por ejemplo, que en la variable de opiatos legales, sólo un 43% de los sujetos pudieron ser clasificados como "muy mejorados". En el grupo de opiatos ilegales esto subió a un 56%. Estos datos indican que un 50% de los pacientes tratados con técnicas estructurales recibieron sólo una ayuda moderada o simplemente no se beneficiaron. Más aún, nótese que aunque los sujetos mejoraron su condición adictiva, sus múltiples problemas psicosociales (conducta en el trabajo, en la escuela, etc.) no tendieron a mejorar. Lo que indica que la mejoría **no** se generalizó a otras áreas. Esto lo reconoce Stanton (1981): "Los cambios en las medidas relacionadas con el funcionamiento psico-social fueron mínimas y no confirmaron nuestra hipótesis de que dichas mejorías se generalizarían a la escuela o al trabajo. Esta falta de mejoría nos resulta extraña y requiere mayor estudio" (p. 355).

El tercer estudio controlado es el reportado por Szapocznik, Kurtines, Foote, Pérez-Vidal y Hervis (1983). Estos investigadores trataron a 37 familias hispanas que presentaban problemas con el abuso de drogas y las asignaron al azar a dos condiciones: TF estructural y terapia individual en donde un sólo miembro de la familia era visto, pero en donde se intentaba cambiar la conducta de los demás miembros a través de él.

Tabla 2

Adaptación de los resultados principales del estudio de Stanton y Todd (1982)*

	Mejoría	Terapia Individual	Placebo	TF No-Pagada	TF Pagada
	Marcada	27	28	43	62
Drogas legales	Regular	31	22	31	5
	Pobre	42	50	26	33
	Marcada	33	39	56	67
Drogas ilegales	Regular	47	50	40	24
	Pobre	20	11	4	9
	Marcada	20	17	21	10
Ajuste Psicosocial	Regular	34	50	38	52
	Pobre	46	33	41	58

* Resultados expresados en porcentajes.

Las medidas dependientes incluyeron: problemas conductuales y de personalidad; incidencia de actos delincuentes; tensión; control de impulsos; abuso de drogas, etc.

El hallazgo que más resalta es que los pacientes que pasaron por TF estructural mejoraron solo marginalmente al terminar el proceso de

terapia y tendieron a recaer o empeorar en el período de seguimiento en casi todas las variables estudiadas. Por otro lado, los pacientes en terapia individual mostraron mejorías más marcadas al concluirse el estudio y en el período de seguimiento siguieron consolidando las mismas. Este estudio controlado, pues, no apoya la efectividad del modelo estructural de familia en

jóvenes hispanos con problemas de abuso de drogas.

¿Cómo podemos, entonces, juzgar el modelo de familia estructural? ¿Es efectivo o inefectivo? Definitivamente una decisión simplista no es adecuada al momento. A nuestro juicio, la evidencia presentada por este modelo cuenta con varios serios inconvenientes:

(1) sólo un puñado de estudios que indagan su efectividad

(2) el uso sistemático de técnicas conductuales ocasiona confusión al momento de juzgar su efectividad

(3) no se ha presentado evidencia convincente de que la familia y sus miembros cambien en algún sentido. La evidencia que se ha presentado consiste de cambios en el "paciente identificado"

(4) falta de replicación. Así, aunque Minuchin publicó sus resultados sobre la anorexia para 1978, sólo se ha informado una replicación (Russell y colaboradores, 1987). La misma, como hemos detallado, no confirmó los sorprendentes hallazgos de Minuchin.

A pesar de estas críticas, no se puede descartar que el modelo estructural ha presentado alguna evidencia (Stanton & Todd, 1982) que parece apoyar la efectividad de ésta. Nos parece extremadamente prematuro describir esta modalidad como una "marcadamente efectiva". De hecho, el estudio de Stanton sólo arrojó resultados moderadamente significativos. Pero, a pesar de todas estas críticas creemos que esta modalidad sistemática es la que mayor apoyo empírico tiene a su favor.

Terapia de Familia Conductual

Contrario a las terapias sistémicas, el modelo

de terapia conductual familiar esquematiza la concepción del desarrollo y mantenimiento de las psicopatologías de una manera distinta. Este modelo, el cual inicialmente se desarrolló dentro de parámetros lineales y reduccionistas, ha madurado lo suficiente como para adquirir propiedades circulares, mediacionales y de acción recíproca (Véase a Falloon, 1988; Jacobson & Holtzworth-Munroe, 1986; Patterson, 1982; Robinson & Jacobson, 1987). Dentro del mismo se acepta la idea de que la familia funciona como un sistema, pero se ponen en duda algunos postulados sistémicos, tales como: el síntoma como metáfora y la necesidad de comprometer a toda la familia durante el proceso de terapia (recomendamos la lectura de Birchler & Spinks (1980) y de Foster y Hoier (1981) para el lector interesado en las comunalidades y diferencias de esto dos sistemas).

Una de las características que más distinguen al clínico estructural y al conductual es que el último sólo trabaja con aquellos sub-sistemas que un análisis funcional le indique que necesitan terapia. Así, si una pareja viene en busca de ayuda marital y sus hijos no tienen síntomas ni a la luz de un análisis funcional tienen estos que ver con los problemas, entonces los hijos no serán vistos. De hecho, estudios como los de Oltmanns, Broderick y O'Leary (1977) y Porter & O'Leary (1980) indican que un 60% o más de los matrimonios que buscan ayuda no tienen hijos sintomáticos.

El modelo conductual, contrario al sistémico, a generado una impresionante evidencia clínica controlada a favor de su efectividad. De hecho, ésta es tan abundante que se nos hace imposible resumirla aquí. Sin temor a equivocarnos podemos indicar que en más de una veintena de ocasiones esta modalidad ha sido comparada con placebos, grupos controles y otras terapias. Consistentemente el modelo conductual surge como superior a todos estos (el lector interesado en rigurosas revisiones de esta temática puede

dirigirse a las siguientes fuentes: Alexander & Malouf, 1983; Danged & Polster, 1984; Falloon, 1988; Griest & Wells, 1983; Gurman, Kniskern & Pinsof, 1986; Jacobson, 1978a).

En esta sección resumiremos algunos hallazgos de interés. Por ejemplo, en el estudio diseñado por Patterson y Fleishman (1979) con 50 familias con niños que demostraban agresividad se notó que el 76% de éstos llegaron a normalizar su conducta. Para llegar a esta conclusión se utilizaron normas conductuales de un grupo de niños que no tenían este problema. En el seguimiento de un año esto aumentó a un 84%. Este estudio fue replicado luego por Weinrott, Bauske y Patterson (1979) con 18 familias. Un aspecto importante en las investigaciones de Patterson (Arnold, Levine & Patterson, 1975; Patterson, 1974; Patterson, Chamberlain & Reid, 1982; Patterson & Reid, 1973) y de Forehand (1977; Forehand & McMahon, 1981) es que se ha documentado que en ocasiones los hermanos del niño tratado tienden a mejorar a su vez en problemas que no fueron manejados directamente. Así mismo, en muchos casos se ha notado que la madre del niño tiende a reportar menos depresión y ansiedad según éste va mejorando (Forehand, Wells & Griest, 1980; Horne & Van Dyke, 1983; Humphrys, Forehand, McMahon & Roberts, 1978; Patterson & Fleishman, 1979).

El estudio de Walter y Gilmore (1973) examinó los efectos de un grupo placebo creíble y TF conductual en 12 familias que tenían hijos con serios problemas conductuales. Los hallazgos indicaron que mientras que el grupo placebo se deterioró en las variables dependientes, el grupo de TF conductual minimizó grandemente sus disfunciones.

Debido a que se encuentran decenas de estudios como los citados, se comprenderá que se nos imposibilita hacerle justicia a los mismos. Coincidimos con la evaluación que recientemente realizó Kazdin (1984) al referirse al es-

tado actual de la TF conductual cuando ha sido aplicada en casos de problemas conductuales: "ninguna otra intervención psicológica ha sido investigada tan ampliamente ni ha mostrado resultados tan favorables en la literatura revisada" (p. 14). Esta opinión es secundada en la masiva revisión de Gurman, Kniskern y Pinsof (1986).

En el área de problemas maritales los resultados también han sido consistentemente favorables. Por ejemplo, los estudios controlados de Jacobson (1977, 1978), utilizando grupos controles, placebos y líneas bases múltiples, han arrojado mejorías duraderas en un 60% de los casos. Estos estudios han sido replicados por otros clínicos, aún en poblaciones difíciles como lo son los alcohólicos (O'Farrell, Cutter & Floyd, 1985). Adicional a esto, Jacobson y colaboradores han estado publicando una serie de estudios cuya meta es aislar los componentes efectivos en el proceso de terapia conductual marital (Jacobson & Follett, 1985; Jacobson & Holtzworth-Munroes, 1986). Debe destacarse que esta labor no tiene precedentes en el área de terapias maritales.

Otro estudio de interés es el de Emmelkamp, DerHelm, MacGillarry y VanZanten (1984) en donde se compararon técnicas de aprendizaje social versus sistémicas en 21 parejas con problemas maritales. Los hallazgos señalaron que la terapia conductual resultó ser más efectiva que la sistémica y el grupo control, aún en un seguimiento de 6 meses. A nivel clínico se reportó que mientras el 88% de las parejas en terapia conductual marital mejoraron, esto solo ocurrió en un 50% de las parejas en el grupo sistémico.

Robinson y Jacobson (1987) recientemente ofrecieron una declaración que sintetiza de una manera adecuada el estado actual de esta modalidad cuando es aplicada a problemas maritales:

Aunque la terapia conduc-

tual marital bajo ninguna circunstancia puede ser presentada como la solución total a los problemas maritales, ésta ha generado más investigación que todos los demás enfoques de familia juntos. Más aún, hay evidencia que indica que esta modalidad es viable para una proporción sustancial de parejas con problemas (p. 155).

Curiosamente, Gurman, Kniskern y Pinsof (1986) en su voluminosa revisión de esta temática, llegan a una conclusión similar: "Debe notarse que durante la última década se han venido publicando numerosas investigaciones acerca de la eficacia de la terapia conductual marital, y en términos de cantidad y calidad ésta no tiene rival en la esfera marital" (p. 585).

Por último, debe mencionarse que desde hace unos siete años el modelo de TF conductual se ha venido aplicando en casos de esquizofrenia. Estos estudios revelan que los pacientes en TF conductual muestran un porcentaje menor de recaídas, menos sintomatología y un funcionamiento social más adecuado (véase las revisiones de Falloon, Boyd & McGill, 1984; Gurman, Kniskern & Pinsof, 1986).

¿Qué podemos concluir de la TF conductual? La evidencia anecdótica, la clínica y la controlada es consistente en señalar que las mejorías exceden del 70% y que alrededor de un 60% de los pacientes normalizan su conducta. Hay evidencia de que las mejorías se pueden generalizar por el sistema y los resultados del seguimiento indican que por lo general los beneficios se mantienen. Contrario a lo que alegan algunos autores sistémicos, es infrecuente o totalmente ausente la sustitución de síntomas (Martínez-Taboas, 1985, 1986). Sin temor a equivocarnos podemos declarar que, al día de hoy, el modelo

que más investigación y apoyo ha recibido es el de aprendizaje social. Este juicio coincide plenamente con el de otras autoridades en el campo (Gurman, Kniskern y Pinsof, 1986). Sin embargo, esto no significa que necesariamente este modelo sea más efectivo que otros de los ya mencionados. Sólo estudios clínicos controlados podrán ofrecer una contestación rigurosa a esta interrogante. Por último, alrededor de un 30% de los pacientes en TF conductual no logran beneficiarse del proceso de terapia. Esto plantea la necesidad imperiosa de ampliar las bases terapéuticas de este modelo o de admitir que hay familias que quizás se beneficiarían más en otro tipo de intervención. Esperamos que futuras investigaciones ayuden a esclarecer este punto.

Otras reflexiones

No queremos terminar este trabajo sin antes hacer unos comentarios acerca de la debida medición del cambio terapéutico. Tanto Gurman y Kniskern (1978) como Jacobson (1985) han señalado que el criterio pivote en todo estudio de TF es el cambio en el "paciente identificado". Segundo en orden debe venir la medición u observación del matrimonio y luego el de otros familiares que viven en el hogar. Es sorprendente notar, entonces, la ausencia de evaluación sistémica de la reacción de los otros miembros de la familia durante el proceso terapéutico. Aún en los estudios de Minuchin y colaboradores están ausentes dichas evaluaciones. O como bien señalan Gurman y Kniskern (1978): "El defecto más grave en esos estudios de 'intervención sistémica' han sido que los cambios dentro del sistema han sido examinados en un solo estudio (Stanton & Todd, 1976)...". La revisión del estudio de Stanton y Todd, a nuestro juicio, ni siquiera cumple con dicho requisito. Lo que estos dos clínicos midieron fue ajuste psicosocial en el adicto (trabajo, escuela) y no cambios sistémicos familiares. Igualmente, todos los estudios provenientes del área estratégica solo evalúan cambio en el "paciente identi-

cado". El marco conductual también le da demasiada preferencia al cambio en las conductas problemas, aunque, y como ya citamos, se encuentra alguna evidencia empírica de que la familia se beneficia de dichos cambios (véase los estudios de Falloon, Boyd & McGill, 1984; Forehand, Wells & Griest, 1980; O'Brien, Barlow & Last, 1982).

Otras áreas que necesitan investigación son las siguientes: (a) Los cómputos de Gurman y Kniskern (1978) revelan que un 8% de las familias que pasan por TF empeoran su condición a causa del proceso terapéutico. ¿Qué factores son los responsables de esta situación? Hasta ahora se sabe que un terapeuta que confronta muy rápido y que crea poca estructura en la terapia está propiciando un proceso de deterioro. Pero la ignorancia es marcada en esta área (véase a Martínez-Taboas & Francia, 1988, para una revisión de ésta área) y (b) Se necesitan más estudios de proceso para poder separar y distinguir qué técnicas y acciones son vitales y cuales son superfluas en el proceso de cambio familiar. La labor de Jacobson (1977, 1978; Jacobson & Follett, 1985) es una notable excepción en este sentido.

Conclusión

La evidencia empírica es consistente en señalar que algunas modalidades de TF son efectivas. Sin embargo, una cuantiosa parte de esta evidencia es relativamente débil si la juzgamos desde un punto de vista metodológico. Más aún, debe aclararse que los alegatos de efectividad se limitan a problemas maritales, adicción a drogas, problemas de conducta en niños, esquizofrenia y ciertos desórdenes psicósomáticos. No hay documentación ni evidencia disponible que nos facilite dilucidar el papel terapéutico de la TF en otros síndromes psiquiátricos (fobias, desorden de pánico, obsesión-compulsión, desorden bipolar, parafilias sexuales, etc.).

Por otro lado, creemos ser consistente con la evidencia al declarar que las TF con más apoyo son las estructurales y las de aprendizaje social. Estos modelos han sometido sus hipótesis al escrutinio empírico y han demostrado de manera convincente su efectividad ante grupos controles y placebos. Lamentablemente, la gran mayoría de las TF no han seguido el laudable ejemplo de estas dos. En particular, las escuelas humanistas y las estratégicas, aún cuando disfrutan de gran popularidad, no han sometido sus conjeturas e impresiones al área de la crítica empírica. A nuestro juicio, la credibilidad de nuestra profesión no se fortalece con la actitud de endosar con entusiasmo sistemas terapéuticos que no cuentan a su favor con evidencia clínica controlada (consúltese el interesante ensayo de Parloff, 1984). Revisiones recientes indican que la proliferación de nuevas escuelas terapéuticas va a un ritmo alarmante. De hecho, el último conteo destaca el dato de que hay más de 400 modalidades terapéuticas en existencia; todas ellas alegando vehementemente ser la más efectiva (Martínez-Taboas, en prensa). Creemos, pues, que la manera más adecuada y rigurosa de auscultar cuanto hay de cierto en estos alegatos es a través de la investigación empírica controlada. Esperamos que la próxima década se caracterice por la exploración cautelosa de esas otras modalidades de familia, para así enjuiciar los alcances y limitaciones de las mismas.

Referencias

- Agras, S., & Werne, J. (1981). En S.M. Turner, K.S. Calhoun & H.E. Adams (Eds.), Handbook of clinical behavior therapy (pp. 214-239). Nueva York: Wiley.
- Alexander, J.F. & Malouf, R.E. (1983). Intervention with children experiencing problems in personality and social development. En E.M. Hetherington (Ed.), Handbook of child psychology- Vol. IV (pp. 913- 981). Nueva York: Wiley.

- Andrews, G. & Harvey, R. (1981). Does psychotherapy benefits neurotic patients? Archives of General Psychiatry, 38, 1203-1208.
- Arnold, J.E., Levine, A.G. & Patterson, G.R. (1975). Changes in sibling behavior following family intervention. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43, 683-688.
- Birchler, G.R. & Spinks, S.H. (1980). Behavioral-systems marital and family therapy: Integration and clinical application. American Journal of Family Therapy, 8, 6-28.
- Bruch, H. (1977). Anorexia nervosa. En E.D. Wittkower & H. Wames (Eds.), Psychosomatic medicine (pp. 229-237). Nueva York: Harper & Row.
- Danged, R.F., & Polster, R.A. (1984). Parent training. Nueva York: Guilford.
- Drinka, G.F. (1984). The birth of neurosis. Nueva York: Simon & Schuster.
- Emmelkamp, P., VanderHelm, M., MacGillavry, D., & VanZaten, B. (1984). Marital therapy with clinically distressed couples: A comparative evaluation of system- Theoretic, contingency management and communication skills approaches. En K. Hahlweg & N.S. Jacobson (Eds.), Marital Interaction (pp. 36-53). Nueva York: Guilford.
- Falloon, I.R.H. (1988). Handbook of behavioral family therapy. Nueva York: Guilford.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L., & McGill, C.W. (1984). Family care of schizophrenia. Nueva York: Guilford.
- Forehand, R. (1977). Child noncompliance to parental requests: Behavioral analysis and treatment. En M. Hersen, R.M. Eisler & P.M. Miller (Eds.), Progress in behavior modification- Vol. 5 (pp. 111-147). Nueva York: Academic.
- Forehand, R., & MacMahon, R.J. (1981). Helping the noncompliance child: A clinicians guide to parent training. Nueva York: Guilford.
- Forehand, R., Wells, K.C., & Griest, D.L. (1980). An examination of the social validity of a parent training program. Behavior Therapy, 11, 488-502.
- Foster, S.L., & Hoier, T.S. (1981). Behavioral and systems family therapies: A comparison of theoretical assumptions. American Journal of Family Therapy, 10, 13-23.
- Frank, J.D. (1973). Persuasion and healing. Nueva York: Schocken Books.
- Garfield, S.L., Bergin, A.E., & Prager, R.A. (1971). Evaluation of outcome in psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 37, 307-313.
- Garfinkel, P.E., & Garner, D.M. (1982). Anorexia nervosa: A multidimensional perspective. Nueva York: Brunner/Mazel, Inc.
- Griest, D.L., & Wells, K.C. (1978). Behavior family therapy with conduct disorders in children. Behavior Therapy, 14, 37-53.
- Gurman, A.S. & Kniskern, D. P. (1978). Research on marital and family therapy: Progress, perspectives, and prospects. En S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change. (Segunda Edición) (pp. 817-902). Nueva York: Wiley.
- Gurman, A.S. & Kniskern, D. P. (1981a). Family therapy outcome research: Knowns and unknowns. En Gurman, A.S. & Kniskern, D. P. (Eds.), Handbook of family therapy (pp. 742-776). Nueva York: Brunner/Mazel, Inc.
- Gurman, A.S. & Kniskern, D. P. (Eds.) (1981b).

- Handbook of family therapy. Nueva York: Brunner/Mazel, Inc.
- Gurman, A.S., Kniskern, D. P. & Pinsof, W.M. (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy. En S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (3ra. Edición) (pp. 565-624). Nueva York: Wiley.
- Haley, J. (1976). Problem solving therapy. San Francisco: Josey-Bass.
- Haley, J. (1980). Leaving home. Nueva York: Mc Graw-Hill.
- Haley, J. (1984). Ordeal therapy. San Francisco: Josey-Bass.
- Harty, M. & Horwitz, L. (1976). Therapeutic outcome as rated by patients, therapists and judges. Archives of General Psychiatry, 33, 957-961.
- Hazelrigg, M.D., Cooper, H.M. & Borduin, C.M. (1987). Evaluating the effectiveness of family therapists: and integrative review and analysis. Psychological Bulletin, 101, 428-442.
- Herink, R. (1980). The psychotherapy handbook. Nueva York: New American Library.
- Horne, A.M. & VanDyke, B. (1983). Treatment and maintenance of social learning family therapy. Behavior Therapy, 14, 606-613.
- Horowitz, W.A., Polatin, P., Kolb, L.C. & Hoch, P.H. (1958). A study of cases of schizophrenia treated by "direct analysis". American Journal of Psychiatry, 114, 780-783.
- Humphreys, L., Forehand, R., McMahon, R., & Roberts, M. (1978). Parent behavioral training to modify child noncompliance: Effects on untreated siblings. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 9, 235-238.
- Jacobson, N.S. (1977). Problem solving and contingency contracting in the treatment of marital discord. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 92-100.
- Jacobson, N.S. (1978). Specific and non-specific factors in the effectiveness of a behavioral approach to marital discord. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46, 442-452.
- Jacobson, N.J. (1978b). A review of the research of the effectiveness of marital therapy. En T.J. Paulino & B.S. McCrady (Eds.), Marriage & marital therapy (pp. 395-444). Nueva York: Brunner/Mazel, Inc.
- Jacobson, N.J. (1985). Family therapy outcome research: Potential pitfalls and prospects. Journal of Marital and Family Therapy, 11, 149-158.
- Jacobson, N.J., & Follett, W.C. (1985). Clinical significance of improvement resulting from two behavioral marital therapy components. Behavior Therapy, 16, 249-262.
- Jacobson, N.J., & Holtzworth-Munroe, A. (1986). Marital therapy: A social learning-cognitive perspective. En N.J. Jacobson & A.S. Gurman (Eds.), Clinical handbook of marital therapy (pp. 29-70). Nueva York: Guilford.
- Kazdin, A.E. (1974). Treatment of conduct disorders. En J. Williams & R. Spitzer (Eds.), Psychotherapy Research: Where are we and where should we go? (pp. 3-27). Nueva York: Guilford.
- Lazarus, A.A. & Abramovitz, A. (1962). The use of "emotive imagery" in the treatment of children's phobias. Journal of Mental

Science, 108, 191-195.

- Liebman, R., Honig, P., & Berger, H. (1976). An integrated treatment program for psychogenic pain. Family Process, 15, 397-405.
- Love, L.R., Kaswan, J. & Bugental, D.E. (1972). Differential effectiveness of three clinical interventions for diferent socioeconomic groupings. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 39, 347-360.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapy: Is it true that everyone has won an all must have prizes? Archives of General Psychiatry, 32, 995-1008.
- Madanes, C. (1981). Strategic Family Therapy. San Francisco: Josey-Bass.
- Marks, I. (1978). Rehearsal relief of a nightmare. British Journal of Psychiatry, 144, 461-465.
- Martínez-Taboas, A. (1981). Anorexia nervosa y terapia del comportamiento. Revista Latinoamericana de Psicología, 13, 97-109.
- Martinez-Taboas, A. (1985). Mitos relacionados con la terapia conductual. Revista Puertorriquena de Psicología, 3, 38-54.
- Martinez-Taboas, A. (1986). Terapia sistémica de familia: Evaluación crítica de algunos postulados. Revista Latinoamericana de Psicología, 18, 43-56.
- Martinez-Taboas, A. (en prensa). ¿Son todas las psicoterapias igualmente efectivas? Una revisión crítica. Avances en psicología clínica latinoamericana.
- Martinez-Taboas, A. & Francia, M. (1988). Psicoterapia para bien o para mal: El problema de los efectos negativos. Manuscrito sometido a publicación.
- Masson, J.M. (1984). The assault on truth. Nueva York: Farrar.
- Meltkoff, J. & Komreich, M. (1970). Research in psychotherapy. Nueva York: Atherton.
- Minuchin, S. (1974). Families and family therapy. Mass: Harvard University Press.
- Minuchin, S. (1985). Family kaleidoscope. Mass: Harvard University Press.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B.L., Liebman, R., Milman, L. & Todd, T.C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. Archives of General Psychiatry, 32, 1043-1051.
- Minuchin, S., Rosman, B.L. & Baker, L. (1978). Psychosomatic families. Mass: Harvard University Press.
- Nichols, M. (1984). Family therapy: concepts and methods. Nueva York: Gardner.
- O'Brien, G.T., Barlow, D.H., & Last, C. (1982). Changing marriage patterns of agoraphobics as a result of treatment. En R.L. DuPont (Ed.), Phobia (pp. 140-152). Nueva York: Brunner/Mazel, Inc.
- O'Farrell, T.J., Cutter, H. & Floyd, F.J. (1985). Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: Effects on marital adjustments and communication from before to after treatment. Behavior Therapy, 16, 147-167.
- Oltmanns, T.F., Broderick, J.E. & O'Leary, K.D. (1977). Marital adjustments and the efficacy of behavior therapy with children. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45, 724-729.
- Parloff, M.B. (1984). Psychotherapy and its

- incredible credibility crisis. Clinical Psychology Review, 4, 95-109.
- Patterson, G.R. (1974). Interventions for boys with conduct problems: Multiple settings, treatments and criteria. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 471-481.
- Patterson, G.R. (1982). Coercive family process. Oregon: Castalia.
- Patterson, G.R., Chamberlain, P., & Reid, J. (1982). A comparative evaluation of a parent-training program. Behavior Therapy, 13, 638-650.
- Patterson, G.R. & Fleishman, M.J. (1979). Maintenance of treatment effects: Some considerations concerning family systems and follow-up data. Behavior Therapy, 10, 168-185.
- Patterson, G.R., Reid, J.B. (1973). Intervention for families of aggressive boys: A replication study. Behavior Research and Therapy, 11, 383-394.
- Plotkin, W.B. (1985). A Psychological approach to placebo: The role of faith in therapy and treatment. En L. White (Ed.), Placebo (pp. 237-254). Nueva York: Guilford.
- Porter, B. & O'Leary, K.D. (1980). Marital discord and childhood behavior problems. Journal of Abnormal Child Psychology, 8, 287-295.
- Rachman, S. (1971). The effects of psychotherapy. Londres: Pergamon.
- Rachman, S. & Wilson, G.T. (1980). The effects of psychological therapy. Londres: Pergamon.
- Robinson, E.A. & Jacobson, N.S. (1987). Social Learning theory and family psychopathology: A Kantian model in behaviorism? En T. Jacob (Ed.), Family interaction and psychopathology (pp. 117-162). Nueva York: Plenum.
- Rosen, J.N. (1947). The treatment of schizophrenic psychosis by direct analytic therapy. Psychiatric Quarterly, 21, 3-37.
- Rosen, J.N. (1953). Direct analysis. Nueva York: Grune & Stratton.
- Russell, G.F.M., Szmukler, G.I., Dare, C & Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. Archives of General Psychiatry, 44, 1047-1056.
- Satir, V. (1983). Conjoint family therapy. Palo Alto: Science Books.
- Stanton, M.D. (1981). Strategic approaches to family therapy. En A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy (pp. 361-402). Nueva York: Brunner/Mazel, Inc.
- Stanton, M.D. & Todd, T.C. (1982). The family therapy of drug abuse and addiction. Nueva York: Guilford.
- Szapocznik, J., Kurtines, W.M., Foote, F.H., Pérez-Vidal, A. & Herbis, O. (1983). Conjoint versus one-person family therapy: Some evidence for effectiveness of conducting family therapy through one-person. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, 889-899.
- Walter, H. & Gilmore, S. (1973). Placebo versus social learning effects in parent training procedures design to alter the behavior of aggressive boys. Behavior Therapy, 4, 361-377.
- Weakland, J, Fisch, R., Watzlawick, P. & Bodin, A. (1974). Brief Therapy: Focused problem resolution. Family Process, 13, 141-168.

- Weeks, G. & L'Abate, L. (1982). Paradoxical psychotherapy. Nueva York: Brunner/Mazel, Inc.
- Weinrott, M.R., Bauske, B. & Patterson, G.R. (1979). Systematic replication of a social learning approach to parent training. En P.O.Sjoden, S. Bates, & W.S. Dockens (Eds.), Trends in behavior therapy. (pp. 331-351). Academic Press.
- Wells, R., & Dezen, A.E. (1978). The results of family therapy revisited: The non-behavioral methods. Family Process, 17, 251-275.
- Whitaker, C.A. & Keith, D.V. (1981). Symbolic-experimental family therapy. En A.S. Gurman & D.P. Kniskern (Eds.), Handbook of family therapy (pp. 187-225). Nueva York: Brunner/Mazel, Inc.
- Yalom, I.D. & Lieberman, M.A. (1971). Study of encounter group casualties. Archives of General Psychiatry, 25, 16-30.

Recibido en septiembre de 1988.