

A minimalist approaching to working with couples

Raquel Maresma Bernal^a

^aEscuela de Terapia familiar del Hospital de Sant Pau. Barcelona

Historia editorial

Recibido: 18-11-2020

Primera revisión: 15-04-2021

Aceptado: 10-04-2022

Palabras clave

parejas, terapia breve, terapia de pareja, sesión individual.

Resumen

El presente artículo describe el abordaje sistémico del Modelo de Terapia Breve de Resolución de Problemas en el ámbito de la terapia con parejas. Se presentan las teorías que sustentan el modelo de intervención, así como la metodología y técnicas básicas aplicadas al trabajo con parejas y la descripción se ejemplifica con tres casos clínicos, haciendo énfasis en la particularidad de trabajar mayormente con un solo miembro de la pareja. El artículo constituye una reflexión teórica que invita a repensar lo que se entiende por *Terapia de Pareja* desde una aproximación sistémica, a la vez que, pone en relieve la necesidad de realizar una valoración, en cada caso, de la pertinencia de trabajar con sesiones individuales con uno u ambos miembros en las *terapias con parejas*. Se plantea una propuesta de trabajo con parejas que tiene por objetivo el abordar problemáticas, que necesaria e indescifrablemente concurren de modo individual y en pareja, sin ajustar las terapias de pareja a un formato de sesiones conjuntas que, podría limitar la maniobrabilidad de acción terapéutica a la vez que, la mirada flexible y circular del terapeuta sistémico.

Abstract

This article describes the systemic approach of the *Model for Short Problem Solving Therapy* in the field of couples' therapy. Theories supporting the intervention model, as well as the methodology and basic techniques applied to work with couples are presented and the description is exemplified by three clinical cases, emphasizing the particularity of working mostly with one partner. The article is a theoretical reflection that invites to reconsider what is meant by Couple Therapy from a systemic approach, while highlighting the need to make an assessment, in each case, of the relevance of working with individual sessions with one or both members in couples' therapies. A proposal for working with couples is proposed with the objective of addressing problems that necessarily and indecipherably concur individually and as a couple without adjusting couples' therapies to a format of joint sessions that, at some point, could limit the maneuverability of therapeutic action as well as the flexible and circular gaze of the systemic therapist.

Keywords

couples, brief therapy, couple therapy, individual session.

Es frecuente que los terapeutas reciban demandas de terapia de pareja, en las que solo un miembro de la pareja está dispuesto y motivado para iniciar la terapia.

Es relativamente común en las parejas en conflicto, encontrarse en la situación de que, a pesar de coincidir en la percepción de que el sufrimiento es ya insostenible, uno de los dos no quiere oír hablar de la posibilidad de visitar a un terapeuta. De hecho, muchas parejas deciden poner fin a su relación, después de las infructuosas tentativas, de uno de ellos, de amenazar al otro con el “últimátum” de que acepte acudir a terapia de pareja.

Todo ello, sin olvidar aquellas parejas que sí desearían asistir a terapia conjuntamente y que, sin embargo, la dificultad de cuadrar la agenda de ambos con la del terapeuta, hace inviable el proceso terapéutico.

Para el éxito de una terapia de pareja han de cumplirse como mínimo algunas de las siguientes consideraciones:

- a) Una atribución de significado al constructo “terapia de pareja “similar en ambos miembros.
- b) Una percepción semejante en los dos integrantes de la pareja de la intensidad del sufrimiento personal que les provoca la problemática que les ocupa.
- c) Por último, un grado de motivación parecida, en ambas personas, para realizar el esfuerzo que conlleva cualquier cambio.

Sin embargo, no es fácil que se cumplan estas premisas. Es reconocido desde el siglo I por el filósofo estoico Epicteto que no son las cosas en sí mismas las que nos perturban, sino las opiniones que tenemos de esas cosas y que la construcción de significados en categorías o constructos personales es un proceso subjetivo puesto que “el medio ambiente, tal como nosotros lo percibimos, es invención nuestra” (Von Foerster, 1984 p.38), de lo que se deduce que el grado de motivación para iniciar una terapia será muy fácilmente dispar en dos personas que, si bien son pareja, son individuos distintos.

Cabe recordar también que todo sistema relacional puede ser definido en función de dos coordenadas: organización y mitología, haciendo referencia la organización sistémica a la fusión de las identidades individuales y surgiendo la mitología familiar a partir de los mitos individuales de los diferentes miembros de la familia (Linares, 1996).

De hecho, en una primera sesión con una pareja, es posible encontrar que uno de los dos miembros manifiesta, más o menos, abiertamente sus reticencias con el inicio de la terapia, lo cual no cabe decir, supondrá un trabajo añadido para el/la terapeuta, no solo en la construcción de la demanda de ayuda, sino especialmente, en la construcción de la alianza terapéutica.

2. DESARROLLO

ALIANZA TERAPÉUTICA

Es gracias a la perspectiva constructivista que se empieza a considerar la alianza terapéutica como un aspecto central del proceso terapéutico (Arnkoff, 1995; Goldfried y Davidson, 1994; Newman, 1998; Safran, 1998). A partir de ahí, los estudios realizados desde los diferentes modelos han puesto en evidencia la necesidad de establecer una alianza adecuada para obtener resultados óptimos (Blow, Sprenkle, y Davis, 2007; Corbella y Botella, 2003).

En los años ochenta, se comienzan a realizar estudios centrados en el papel de la alianza terapéutica como una pieza clave en la terapia familiar y de pareja, relacionándola con el éxito del tratamiento (Burgeois, Sabourin, y Wright, 1990; Escudero, Friedlander, Varela, y Abascal, 2008; Friedlander, Escudero, y Heatherington, 2006a; Friedlander, Escudero, Heatherington, y Diamond, 2011; Knobloch-Fedders, Pinsof, y Mann, 2007; Pinsof, 1994; Quinn, Dotson, y Jordan, 1997; Rait, 2000).

Un autor clave en la conceptualización sistémica del concepto de alianza terapéutica ha sido Pinsof, al ser el primero en describir la causalidad recíproca en la alianza (Pinsof, 1994; Pinsof, 1995; Pinsof y Catherall, 1986), así como en definir la alianza intrasistema, que se refiere tanto a las alianzas entre los miembros de la familia como la que se da dentro del sistema terapéutico (Escudero, 2009).

El establecimiento de la alianza terapéutica en la terapia de familia y de pareja representa un reto por la complejidad y diversidad de las motivaciones y expectativas de los distintos miembros sobre la terapia. Es común que en estas terapias concurren motivos en conflicto (Beck, Friedlander, y Escudero, 2006). La estructura de la familia, el conflicto en crisis o el tipo de comunicación que tiene la familia entre sus miembros son algunos de los factores que aumentan la complejidad a la hora de establecer una buena alianza terapéutica (Escudero, 2009).

De algún modo, la comunicación entre terapeuta y familia está enmarcada en el tipo de comunicación que tienen los miembros de la familia entre ellos y la ansiedad está presente en la relación terapéutica como una consecuencia de la relación familiar. Será labor del terapeuta lidiar con esa ansiedad y crear un clima seguro y de alianza terapéutica (Carpenter, Escudero, y Rivett, 2008; Friedlander, Escudero, y Heatherington, 2009).

En terapia de pareja, cuando la relación entre ellos es muy problemática, se ve dificultada la creación de la alianza y esto obliga al terapeuta a equilibrar la alianza regularmente (Symonds y Horvath, 2004). En ese sentido, se ha señalado la alianza entre los miembros de la pareja como un elemento clave en este tipo de terapias (Garfield, 2004; Friedlander, Escudero, Horvath, Heatherington, Cabero, y Martens 2006b; Snyder, 1999; Symonds y Horvath, 2004).

Un fenómeno característico únicamente de la terapia de familia y de pareja es la “alianza dividida”, esto es, un patrón de relación en el que las alianzas de los miembros de la familia con el terapeuta son discrepantes entre ellas (Muñiz de la Peña, Friedlander, y Escudero, 2009). En las terapias de pareja se da cuando un miembro de la pareja muestra una relación no positiva (negativa o neutral) con el terapeuta mientras que el otro miembro mantiene una buena alianza de trabajo con él.

En el trabajo con parejas, estas situaciones de alianza dividida pueden darse debido a conflictos individuales o debido a conflictos de pareja (Knobloch-Fedders, Pinsof, y Mann, 2004; Mamodhousen, Wright, Tremblay, y Poitras-Wright, 2005; Symonds y Horvath, 2004), y su reparación es esencial para el buen resultado del tratamiento (Friedlander et al., 2006).

Dada la complejidad añadida para establecer una buena alianza en la terapia de familia y de parejas, el terapeuta familiar debe sustentarse en aspectos teóricos y técnicos para crear un sistema terapéutico caracterizado por las alianzas (Carpenter et al., 2008).

Desde el plano técnico, se ha destacado la importancia de prestar atención simultánea a las necesidades del sistema (Escudero, 2009), así como señalar las buenas intenciones de todos (Pittman, 1987) y enfatizar los valores comunes y las fortalezas del conjunto (Coulehan, Friedlander, y Heatherington, 1998).

Desde el plano teórico, la conceptualización de la alianza hecha por Bordin (1979) es el modelo de alianza más heurístico. Bordin definió la alianza de trabajo sobre tres componentes: a) el acuerdo entre el terapeuta y el cliente acerca de las metas del tratamiento, b) el acuerdo de ambos sobre las tareas necesarias para conseguir esos objetivos y c) los lazos afectivos necesarios para sostener el a veces arduo trabajo que representa el cambio terapéutico. Es a partir de esa conceptualización que la alianza terapéutica queda representada por la cualidad y la fortaleza de la relación de colaboración entre el cliente y el terapeuta (Escudero, 2009).

Diversos autores afirman que el desarrollo de la alianza terapéutica está afectado por las variables del terapeuta, del sistema consultante, el contexto en el que ocurre la terapia y la técnica utilizada por el terapeuta (Braconier, 2002; Bermúdez, y Navia, 2013). Aun así, los datos señalan que el terapeuta es mayormente responsable de la relación entre la alianza terapéutica y los resultados (Baldwin, Wampold, y Imel, 2007).

En relación al sistema consultante se encontró que las expectativas sobre la terapia, el beneficio percibido y la claridad sobre el proceso se relacionan con el establecimiento de la alianza, especialmente si esto se cumple en las primeras sesiones (Rondón, Otálora, y Salamanca, 2009). Corning et al. (2007) encontraron que hay mayor continuidad del tratamiento, cuando los consultantes tienen claridad con respecto a lo que pueden esperar de la terapia y experimentan bienestar como resultado de las sesiones.

Para aumentar la motivación de los consultantes, parece necesario observar mejoría de manera más o menos inmediata y que el terapeuta dé esperanzas sobre la posibilidad de hacer cambios, que los objetivos respondan a sus necesidades y expectativas, que la reformulación del problema sea en términos comprensibles, que la terapia responda a sus inquietudes, experimentar cambios como resultado de la terapia y una participación activa del terapeuta (Bermúdez y Navia, 2013).

EL TRABAJO CON PAREJAS DESDE LA TERAPIA BREVE

La Terapia Breve de Resolución de problemas se centra en dos ideas fundamentales de la terapia familiar: se focaliza en la interacción conductual observable en el presente y piensa en una intervención para alterar el funcionamiento del sistema. A partir de ahí, se lleva a cabo una conceptualización particular de la naturaleza de los problemas humanos y su resolución efectiva, que es diferente de muchas corrientes de terapia familiar (Weakland, Fisch, Watzlawick, y Bodin, 1974).

En relación al planteamiento que realiza el modelo de Terapia Breve de Palo Alto, cabe destacar una serie de principios teóricos, así como cuestiones de manejo práctico. Desde un punto de vista teórico, señalar el Constructivismo, la Teoría de Comunicación Humana y el hecho que el problema viene dado por los intentos de solución previos (De Shazer, 1988). En relación a las herramientas del manejo clínico algunas de las técnicas más implementadas desde la terapia breve son: Hablar con el lenguaje del cliente, la reestructuración, Connotación positiva, uso de analogías, historias o relatos, Utilizar la resistencia, Técnicas de confusión, Preguntas circulares, Uso del *one down* y el *one up*, Animar desanimando, Ilusión de alternativas, Evitar formas lingüísticas negativas y Prescripciones de comportamiento (Ceberio, 2016).

El constructivismo afirma que no existe una realidad única, sino que, cada uno de nosotros construimos nuestra propia realidad en función de nuestras experiencias y una serie de variables que, cuanto más variadas y diferentes, más alejada puede estar nuestra forma de ver el mundo que está influido, entre otras muchas cosas, por las variables culturales del contexto en el que hemos crecido.

De esta manera, es constatado que no hay una realidad más “verdadera” que otra. Esto llevado al campo del trabajo con parejas resulta de especial relevancia, puesto que se tendrá que escuchar y dar valor al problema que cada uno de los miembros de la pareja presentan en terapia, que inevitablemente será distinto, más allá de que se pueda construir una demanda conjunta.

La Teoría de la comunicación humana plantea la comunicación como una interacción en la que se da un intercambio de significado por el que “atribuimos significado a las conductas del otro y de ahí se tiene la experiencia subjetiva de comunicarse” (Watzlawick, Bavelas, y Jackson, 1967, p. 52). De esta manera, la interacción nos lleva a un proceso circular donde A provoca una conducta determinada en B y B en A y así sucesivamente, creando una pauta donde pierde el sentido hablar de linealidad. La linealidad vendría dada por la necesidad del ser humano por buscar explicaciones a los acontecimientos, de manera que terminamos “puntuando la secuencia de los hechos” (p. 56), esto es, cortando y eligiendo una parte de la interacción y, en función de donde hayamos cortado, estableceremos la causa y el efecto.

Tener presente esta interacción como circularidad permite al terapeuta ser consciente de que forma parte del sistema terapéutico y de las influencias recíprocas que tiene cada una de las intervenciones de los diferentes miembros del sistema.

Otro aspecto de la comunicación humana es que los mensajes se plantean a dos niveles: “referencial” (contenido del mensaje) y “conativo” (tipo de mensaje y relación entre los comunicantes). La terapia breve se centra, sobre todo al inicio de la terapia, en el nivel conativo, esto es, en la rela-

ción. Esto resulta de especial relevancia para el trabajo que nos ocupa, puesto que cuando hablamos de centrarse en la relación, nos estamos refiriendo esencialmente al establecimiento de la alianza terapéutica. Si esta relación es positiva, los contenidos se pueden manejar con una mayor seguridad y confianza. En este sentido, la herramienta que utiliza la Terapia Breve es el uso de la posición *down*, que posteriormente se explicará.

Por último y no menos importante, cuando el terapeuta breve recibe a una pareja, tiene presente que, cuando las personas encuentran alguna dificultad en la vida intentan solucionarla y lo que se puede saber en el aquí y ahora es que lo que el sistema consultante y su entorno han intentado hacer para solucionarlo, no ha funcionado. “La solución es el problema” (De Shazer, 1988), por lo que el terapeuta intentará promover un cambio generando una solución alternativa.

La Terapia Breve de Resolución de Problemas es pragmática, enfocada en el presente, del tipo paso a paso, “basada en la noción de que la mayoría de los problemas humanos surgen a partir de un modo particular de manejar dichos problemas, lo que se llamaría la solución intentada” (Goldenberg y Golderberg, 1996, p.219).

En “Cambio: Principios de formación y resolución de problemas”, los autores trazan una distinción entre los conceptos “dificultad” y “problema” a la vez que elaboran una propuesta explicativa de los mecanismos mediante los cuales el primero se convierte en el segundo.

Entienden “dificultad” como “Un estado de cosas indeseable que, o bien puede resolverse mediante algún acto de sentido común (por lo general de tipo de cambio 1, por ejemplo: calor contra frío) y para el cual no se precisan especiales capacidades para resolver problemas, o bien, con mayor frecuencia, nos referimos a una situación de la vida, indeseable pero por lo general bastante corriente, y con respecto a la cual no existe solución conocida y que hay que saber sencillamente conllevar, al menos durante cierto tiempo” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992, p.58) Y “los problemas” se vuelven “Callejones sin salida, situaciones al parecer insolubles, crisis, etc... creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992, p.59).

Según Watzlawick et al., (1974), en cualquier problemática intervienen tres mecanismos en su constitución de dificultad a problema.

1.- Adoptando una solución que equivale a negar el problema (El terrible simplificador).

El terrible simplificador es el experto en negar que se están viviendo dificultades en determinados temas de una manera sostenida y repetida. El problema se genera dado que “es preciso actuar pero no se emprende tal acción” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992 p. 59).

CASO 1: Querer tener un hijo sin lograr llegar a acuerdos pequeños y cotidianos.

Elena y Marta piden iniciar terapia de pareja después de varias infidelidades cometidas por la primera y de la repetición de patrones relacionales en los que las reglas implícitas de funcionamiento de la pareja son ambiguas e incluso paradójicas en muchos casos, generándose mucho sufrimiento mutuo.

Marta, con dolor, resentimiento e ironía niega la necesidad de llegar a consensuar unas normas mínimas de definición de la relación, que incluyan un compromiso o ausencia de este en lo que se refiere a la posibilidad de mantener relaciones sexuales con otras personas. De esta manera, niega la problemática que se está sucediendo en la relación y simplifica infructuosamente el problema, quejándose de la impuntualidad de Elena, así como de su poco sentido del humor, a la vez que le recrimina que no la acompaña suficiente en el proyecto de maternidad que han iniciado.

Fue necesario trabajar individualmente con Marta hasta lograr tener una definición del problema clara y concreta, “puesto que el objetivo general de la terapia consiste en eliminar o reducir de modo satisfactorio la dolencia que manifiesta el paciente, la claridad en este aspecto resulta decisiva” (Fisch et al., 1984 p.133).

Para conseguir la concreción que se buscaba, se hizo uso de la técnica de la confusión desde una posición *down* de modo que, la terapeuta planteó a Marta una larga lista de posibilidades de lo que podía significar (en concreto) el cambio que ella parecía estar pidiendo a su pareja. Muchas de

las alternativas no habían sido nombradas por ninguna de ellas y probablemente a Marta le resultara un tanto confuso que la terapeuta las expusiera, pero el fin justificaba los medios, había que flexibilizar el marco contextual hasta crear uno nuevo que permitiera definir una queja concreta. En palabras de Erickson, citado por P. Watzlawick et al., “la necesidad de superar la confusión, dando con otro cuadro de referencia, hace que el sujeto esté particularmente dispuesto y deseoso de echar mano a la primera información concreta que se le proporcione” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992, p.126).

Algunas de estas alternativas propuestas por la terapeuta fueron las siguientes:

T: “Te refieres a que te gustaría que ambas tuvierais otras parejas y, a que por ejemplo, fuerais las cuatro juntas a buscar a vuestro hijo al colegio? o ¿Quieres decir que para ti está bien que ella tenga otras relaciones, siempre que esté puntual a las citas con el equipo médico que está trabajando para tu embarazo? O ¿Lo que estás planteando es que quieres que las otras parejas de tu pareja tengan también una relación contigo?”

Como era esperable Marta se confundió lo suficiente hasta el punto que consiguió definir un problema de forma suficientemente concreta.

M: “No quiero que tengamos una relación abierta y Elena parece no poder comprometerse con este tipo de relación”.

Elena, por su parte, había expresado nítidamente cuanto le hacían sufrir los mensajes paradójicos que le mandaba Marta en su vida cotidiana como pareja.

El concretar las quejas de cada una de ellas, con la utilidad que supuso el uso de un marco de sesiones individuales para ello, fue el inicio del trabajo con esta pareja.

2.- Esforzándonos en modificar una dificultad que es inalterable (Síndrome de la utopía).

El problema es generado porque se emprende una acción cuando no se debería. Dificultades transitorias y que forman parte de la vida son percibidas como problemáticas haciendo iniciar un seguimiento de intentos de solución que convierten la dificultad en problema. “Así pues, lo que tiene aquí lugar es una equivocación en cuanto al cambio: se intenta un cambio 1 cuando tan sólo el cambio 2 puede conducir a una solución.” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992. P 85).

Los autores advierten cómo momentos de cambios o dificultades que se atraviesan en la vida conyugal tienden a ser definidas en la mitología popular como momentos idílicos o utópicos: embarazo, casamiento, luna de miel, etc.

Es fácil encontrar en determinada bibliografía y filmografía una construcción idílica de la pareja que goza de una vida plena y feliz para toda la eternidad, sumiendo a las parejas en una construcción idealizada de lo que debe ser su relación y es de esta forma que “Aquellos que aceptan tales ideales como aquello que una relación conyugal debe «realmente» ser, tenderán a considerar su propio matrimonio como problemático y comenzarán a buscar una solución, hasta que el divorcio se la proporcione. Su problema no es concretamente su matrimonio, sino sus tentativas para hallar solución a un problema que, en primer término, no es un problema, y que incluso aunque lo fuese, no podría ser resuelto al nivel en el que se intenta” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992, p.82).

Es citando a Ardrey que los autores resumen el síndrome de la utopía “mientras perseguimos lo inalcanzable, hacemos imposible lo realizable” (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992, p. 81).

CASO 2: Pretendiendo el amor puro casi místico, en medio de una pandemia.

Juan y Aina llevan cinco años siendo pareja cuando se declara en el país el estado de alarma debido a una pandemia sanitaria.

La pareja nunca ha convivido; él tiene dos hijos ya universitarios que viven con él a semanas alternas y ella vive y trabaja en otra ciudad.

Ambos han tenido, en más de una ocasión, discusiones sobre la posibilidad de vivir juntos, sin llegar a un acuerdo sobre el lugar adecuado, si bien ambos lo han ido sobrellevando sin demasiado sufrimiento.

Es con el inicio de la crisis sanitaria que Aina empieza a poner en duda los fundamentos de la relación. Ella está viviendo la pandemia con muchísima angustia y ha requerido ayuda terapéutica para poder recuperar una mínima sensación de seguridad, que le permita seguir con sus actividades cotidianas tras meses de confinamiento y ahora, quiere una relación de pareja en la que el riesgo de contagio sea nulo.

Atrapada en el deseo utópico de que su pareja construya exactamente el mismo significado “correcto” que ella tiene de la forma de vivir la pandemia, se desvive en su esfuerzo de controlar lo incontrolable; pretendiendo eliminar toda posibilidad de contagio, consiguiendo así, muy a su pesar, que él se aleje de ella cada día un poco más.

El inicio del trabajo con la pareja llega después del trabajo individual con Aina, el cual la ha ayudado a romper el círculo recursivo de todas aquellas conductas de evitación que, como intentos de solución fracasados, la mantenían en un estado creciente de pánico al contagio.

Aina y Juan han establecido un pulso entre ellos en el que ambos pierden: Él pretende la “curación” de ella (la eliminación de las conductas de extrema prevención al contagio que ella hace) mientras ella evita todo contacto físico entre ambos en un deseo, casi fantasioso, de que él minimice la relación con sus hijos (disminuyendo así el riesgo de contagio mutuo) o de que ambos vivan sin ningún contacto físico entre ellos, mientras dure la pandemia.

El comienzo de este trabajo de pareja, como en tantos otros casos, se inició con un sólo miembro de la pareja, en este caso con Aina. En la primera sesión lloraba de angustia y tristeza y estaba poco dispuesta a movilizarse a la acción. La terapeuta optó por distanciar más las sesiones y expresar sus dudas acerca de si iba a poder ser de ayuda con este problema de pareja, a la vez que la invitó a reflexionar sobre la posibilidad de que la terapia sirviera para que ella y Juan pudieran separarse con menos sufrimiento.

La provocación implementada desde la *down position* fue suficiente para que la clienta se dispusiera a trabajar: El hecho de que la terapeuta se mostrase, abiertamente dubitativa, respecto a la posibilidad de ayudar, permitió que Aina se responsabilizara de su propio proceso de cambio. Se hizo una sesión individual con la clienta para hacer un reencuadre de la situación problemática; ella ya sabía que romper el círculo recursivo del miedo pasaba por la exposición a sus temores, pero era necesario revestirlo de un significado nuevo en el que lo evitable pasase a ser, por ejemplo, lo deseado. Terapeuta y clienta reconstruyeron los inicios de la relación de la pareja, en los que (como en muchos inicios de relaciones de parejas) el deseo era sublime y las posibilidades factibles de estar juntos eran escasas, por motivos diversos. La evocación de este contexto, unida a la prescripción terapéutica de la necesidad de retomar el contacto de un modo muy lento, ayudaron a Aina en la construcción de un nuevo significado para los encuentros con Juan.

Haciendo uso de una prescripción paradójica se le indicó que, aunque tuviese una necesidad imperiosa de abrazar o besar a Juan se contuviese, de modo que había que recrear casi una primera cita entre ellos.

Con Juan también se hizo una sesión individual. Él estaba muy convencido de que ella estaba mentalmente enferma y de que él no era quien debía hacer cambios, su percepción individual del riesgo al contagio era muy distinta a la de su pareja. Se trabajó con él, para que la pandemia pudiera ser mirada como una de tantas experiencias, que, si decidían vivirla siendo pareja, no les quedaba otra opción que consensuar como querían vivirla y decidir consecuentemente qué acciones iban a emprender, más allá de que sus construcciones individuales y sus atribuciones de significado fuesen, obviamente, distintas e independientemente del grado, en que éstas, les hicieran sufrir a cada uno.

Después de las reestructuraciones realizadas con cada uno de ellos en sesiones individuales, la pareja aceptó el provocador juego de empezar a seducirse; como si del inicio de la relación se tratase: él aceptó tomar algunas medidas más de protección contra el contagio en un intento de trans-

mitirle mayor seguridad a ella y Aina, que había quedado algo atrapada en la prescripción paradójica de la terapeuta, inició pequeñas y continuas aproximaciones a Juan, asumiendo un mínimo riesgo al contagio.

3.- Cometiéndolo un error de tipo lógico (Paradojas).

Cabe mencionar las dos teorías que fundamentan el fenómeno de las paradojas comunicacionales:

La teoría de los grupos que proporciona una base válida para pensar acerca de la peculiar interdependencia entre persistencia y cambio, base para pensar acerca de la clase de cambios que tienen lugar dentro de un sistema que, en sí, permanece invariable. (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992, p.23).

La teoría de los tipos lógicos que nos facilita una base para considerar la relación existente entre miembro y clase y la peculiar metamorfosis que representan las mutaciones de un nivel lógico al inmediatamente superior (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992, p.26).

Según Watzlawick et al., (1992), Whitehead y Russell en “Principia Mathematica” ya advertían que “cualquier cosa que comprenda o abarque a todos los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma”. Wittgenstein especulaba acerca de las implicaciones prácticas de la paradoja (105) y Bateson realizaba el primer estudio sistemático de los efectos conductistas de la paradoja dando lugar a la teoría del doble vínculo de la esquizofrenia (16).

Watzlawick, Weakland y Fisch consideran que el trabajo subsiguiente indica que dependiendo de los parámetros básicos de una situación dada, la teoría es también aplicable de manera general a otros tipos de comunicación alterada, incluyendo patrones no psicóticos de interacción humana. De hecho, señalan que “la creación inadvertida de la paradoja es un tercer modo muy típico de abordar erróneamente dificultades o cambios necesarios” (Watzlawick et al., 1992, p.89). Según los autores también acontecen problemas “cuando se intenta un cambio 1 en una situación que tan sólo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior (...) o bien, se intenta un cambio 2 cuando resultaría adecuado un cambio 1 (...): la acción es emprendida a un nivel equivocado” (Watzlawick et al., 1992, p.59).

Los referentes de la *Brief Therapy* consideran que “en general, los problemas que se dan en psicoterapia conyugal tienen que ver con frecuencia con la casi siempre insuperable dificultad de cambiar el *quid pro quo* en que se basó originalmente la relación.” (Watzlawick et al., 1992, p.98).

Es aceptado por la comunidad académica en materia de parejas, que estas (como sistema relacional) necesitan de una actualización y acomodación de sus reglas de funcionamiento, en ocasiones establecidas implícitamente, debido a los cambios inevitables y sucesivos que les acontecen con el paso del tiempo. “Los contratos tácitos interpersonales del género del que estamos examinando están destinados forzosamente a volverse anacrónicos e inaplicables, y el cambio que sería necesario aquí habría de ser el del propio contrato (es decir: un cambio 2) y no tan sólo un cambio 1 dentro de las cláusulas del contrato” (Watzlawick et al., 1992, p.98).

Una de las paradojas comunicativas más usual en las relaciones es el mensaje: “¡sé espontáneo!” (Watzlawick et al., 1992, p.91). Los terapeutas escuchamos esta orden en un sin fin de ejemplos en los problemas de pareja, desde una mujer que espera que su marido colabore más en casa y lo haga desde una motivación interna o el marido que desea que su pareja sea cariñosa espontáneamente, hasta innumerables situaciones por el estilo.

Es constatado que justamente el intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo es uno de los temas centrales de los intentos de solución a los problemas humanos (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

La sexualidad, como actividad de orden mental y corporal es una de las áreas donde eventualmente las parejas quedan atrapadas en dichas trampas relacionales. “Las paradojas del tipo «¡sé espontáneo!» adquieren también relieve en el modo como determinadas personas intentan superar sus dificultades sexuales” (Watzlawick et al., 1992, p.92).

CASO 3: Debes desearme sólo a mí.

Cuando Jan era un niño ya “se las había tenido” con su propio cuerpo y estos conflictos habían preocupado lo suficiente a sus padres como para llevarle a terapia. En aquél entonces, era su madre (y él mismo por complacerla a ella) quien pretendía inútilmente que él tuviera más hambre de la que parecía tener, de forma que madre e hijo solían atraparse en una estratagema sin fin: a más intento de que él comiera más, antes vomitaba Jan todo lo que comía.

El chico siguió peleando con sus funciones corporales, probablemente dejándose atrapar por los supuestos principio de “normalidad” que impregnan nuestra percepción de realidad, y ya de joven, varias de sus parejas trataron también en vano, de influir en sus impulsos vitales. Ada, la actual pareja de Jan en el momento de iniciar la terapia, pretendía que él la deseara exclusivamente a ella, sin darse cuenta, ingenua, de que este intento de solución de inhibir el deseo sexual de su pareja hacia otras mujeres, no hacía más que conseguir justamente lo contrario.

Ella se enfadaba con él cuando le sorprendía mirando a una mujer, le preguntaba constante e insistentemente si ella le parecía atractiva y se indignaba cuando él le contaba que fantaseaba con tener relaciones fuera de la pareja, así como cuando él le explicaba que recurría en ocasiones a la masturbación, cuando sentía deseos sexuales estando ella ausente.

Jan no tardó en entender el callejón sin salida en el que se habían metido: llevaba dos años esforzándose por no sentir atracción por ninguna mujer que no fuera su pareja y en aquellos tiempos, ya no solo se excitaba con aquellas que se cruzaban en su camino, sino que había desarrollado un hábito a ver pornografía que le hacía sentirse terriblemente culpable y empezaba a contener una ira irrefrenable contra su mujer, que no lograba explicarse (a la vez que empezaba a asustarlo).

Para interrumpir las soluciones intentadas de la pareja y detener así la trampa paradójica en la que se encontraban, fue necesario realizar primero un trabajo individual con Jan. Era preciso realizar el reencuadre de significados que le permitiera entender aquello que era vivido como negativo y problemático como algo que tenía el potencial de enriquecer su relación de pareja.

Resignificar el deseo sexual como algo personal e íntimo; las fantasías como experiencias que podían ser vividas y trasladados al mundo de la pareja de forma absolutamente voluntaria y consciente, abriendo así la posibilidad de ser compartidas, y en cualquier caso, sirviendo para aportar pasión a la vida sexual de la pareja, fue sin lugar a duda el abono necesario para que Jan pudiera permitirse interrumpir sus intentos de solución fracasados.

Con ella se realizó una única sesión casi con un objetivo psicopedagógico para que pudiera entender el efecto opuesto que provocaban en él sus soluciones intentadas: A más reproches de ella, más intrusivas se tornaban las fantasías de él.

Por otro lado pero en la misma línea, y gracias a un trabajo conjunto con el maestro, el Dr. Linares, la terapeuta pudo mostrarle a ella que sus esfuerzos por cuidarlo a él (escuchándole paciente sus intentos de autocensura, pues ella le otorgaba a él una posición de “enfermo “ al entender que él no podía controlar sus impulsos sexuales) solo contribuían en el fondo; a alimentar los caprichos de Jan y que si ella quería ayudarlo, debía aprender a no tolerarle que le compartiera a ella sus culpabilidades...si bien, quizás si, sus fantasías...

Este caso me permite especialmente hacer énfasis justamente en la importancia que cobra en determinados procesos terapéuticos el trabajo individual en la problemática de pareja.

Reencuadrar el mundo de significación del deseo y la conducta sexual no hubiese sido nada fácil, como el lector podrá imaginar, con ambos miembros de la pareja en sesión. El establecimiento de la alianza terapéutica tanto con él como con ella requería, o al menos se veía facilitado, por un contexto de atención individual.

El poder llegar a concretar una queja, probablemente individual con cada miembro, respetando su forma subjetiva de construir lo que necesita cambiar, asumiendo que el dolor es axiomático, identificando a la vez los mecanismos circulares reactivos por los cuáles el problema se mantiene en la actualidad, sin indagar en las causas, resignificar en muchas ocasiones una construcción de la

pareja que viene resultando utópica e hiriente y tratar de generar un patrón nuevo de relación en la mayor brevedad posible constituirá el objetivo del plan terapéutico con cada pareja que acude a terapia.

IMPLEMENTACIÓN DE UN PROYECTO DE CAMBIO. EL TRABAJO CON UN SOLO MIEMBRO

Algunas peculiaridades en la forma de intervenir desde el modelo de Terapia Breve toman a mi parecer especial relevancia en el trabajo con parejas y principalmente, en el trabajo que se lleva a cabo con un solo miembro.

Quizás uno de los aspectos más idiosincráticos del Modelo Breve es la diferenciación de “Cliente” vs. “Paciente”. Según los autores de Palo Alto, es necesario establecer esta distinción en pro de asegurarnos la necesaria colaboración del cliente en el proceso de cambio, de manera que denominan cliente a la persona interesada y paciente a quién porta el síntoma. (Fisch et al., 1984).

Tal distinción que no es menor, es la que sustenta a mi modo de ver, algunas técnicas y estrategias de intervención particulares del Modelo Breve señaladas por Fisch et al., (1984) como son el tomar una actitud igualitaria con el paciente para favorecer su cooperación y el realizar la mayoría de las sesiones con individuos o con algunas personas seleccionadas, en lugar de con toda la familia, con una motivación estratégica.

Para conocer la realidad construida por los clientes el terapeuta adquiere una posición de interés y de descubrimiento del otro, transmitiendo así el interés y el valor de los clientes y su contexto, esto es, una posición *down*. En Terapia Breve, se considera que el contexto terapéutico en sí, ofrece al terapeuta el rol de experto, permitiéndole adoptar este tipo de posición de cercanía y respeto por el cliente necesarias para contar con su colaboración en su propio proceso de cambio (como cliente activo y responsable en su proceso, que no como paciente que espera la “curación” que proviene del terapeuta).

Sin pretender explicar en detalle la utilidad del uso de la famosa “*down position*”, actitud predominante del terapeuta breve, Linares coincide con los autores de Palo Alto cuando recomienda que en un sistema terapéutico intercultural el terapeuta adquiera una posición “*up*”, pero no tanto como una postura de superioridad, sino como “un experto segurizante, respetuoso pero cálido y cercano” (Linares, 2011, p.36).

En otro orden, Fisch et al., (1984) explican como la mayoría de sus sesiones terapéuticas se realizan con individuos o con dos o tres personas seleccionadas dado que un enfoque sistémico implica básicamente un marco conceptual. Coherentemente con este encuadre interaccional suponen que “toda alteración en la conducta de uno de los miembros de la unidad de interacción-familia, u otro tipo de grupo influirá en la conducta de los demás miembros de esa unidad” (Fisch et al., 1984, p.55) y es por supuesto considerando que en la mayoría de los casos las interacciones que permiten la persistencia de un problema constituyen ejemplos de retroalimentación positiva o de giros de desviación y amplificación (Maruyama, 1963; Wender, 1968).

Fisch et al., (1984) ilustran la cuestión utilizando como analogía un partido de tenis. El lector puede imaginar que para que un partido que se está jugando se detenga, solo es necesario convencer a uno de ambos jugadores de que deje de golpear la pelota.

Para el terapeuta breve, la pregunta relevante en los inicios del primer contacto terapéutico es por tanto: “¿cuál es el miembro de la familia que está más interesado en solucionar el problema?” (Fisch et al., 1984, p.56). Es en esta línea que Ceberio (2016) puntualiza que en la primera llamada telefónica sea importante conocer quiénes son los afectados por el problema y decidir, por último, a quien se invitará a la terapia.

Y llega la cuestión que principalmente nos ocupa: Las sesiones individuales pueden incrementar la capacidad de maniobra del terapeuta, especialmente cuando los miembros de una pareja se encuentran en un significativo conflicto recíproco. De hecho, “la capacidad de maniobra del terapeuta resulta mucho mayor si se reúne con ellos por separado” (Fisch et al., 1984, p.57).

Fisch et al., (1984) señalan como el terapeuta a lo largo de las sesiones conjuntas con miem-

bros en conflicto, debe enfrentarse con el problema de conducir bien la sesión, además de cuidarse mucho de no tomar partido cuando se produce un desacuerdo entre ellos.

Todo ello limita obviamente las intervenciones del terapeuta y el lenguaje que este utiliza en sesión, dado que el interventor necesita de la colaboración de ambos miembros. Por otro lado, los autores también destacan que en sesiones individuales con los miembros, el terapeuta puede sugerir acciones que al no haber sido debatidas en sesiones conjuntas, tomarán el significado de espontáneas para los otros miembros, quedando potenciadas las opciones del terapeuta.

Es reconocido que el “Hablar el lenguaje del cliente” y la “Reestructuración” son dos meta-técnicas presentes en todo proceso de cambio realizado desde la Terapia Breve. Es decir que el terapeuta breve, en toda intervención que realiza, está hablando el lenguaje del cliente, a la vez que está realizando un reencuadre de significados, tomando en cuenta la postura del cliente.

La postura del cliente, según Fisch et al., (1984) “representa una inclinación interna de los pacientes, que puede utilizarse para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del terapeuta (...). Es una forma sucinta de indicar un valor con el cual el cliente se halla comprometido y que se ha manifestado abiertamente” (Fisch et al., 1984, p.110).

El terapeuta Breve mediante el “Reencuadre” hace una reestructuración de significados en el mundo conceptual del cliente de manera que, paciente y terapeuta construyen de forma conjunta, colaborativa y no confrontativa con la postura del cliente un nuevo sentido del problema (por lo general, más complejo y más flexible) que ha de llevar a la persona consultante a poder emprender distintas acciones. Es la técnica que ha de llevar a la persona a realizar el cambio 2: “En su sentido más abstracto, la reestructuración supone desplazar el énfasis de la pertenencia de un objeto a una clase, a la pertenencia igualmente válida a otra, o bien, especialmente, introducir la idea de tal pertenencia a una nueva clase en la conceptualización de todos los interesados.” (Watzlawick, et al., 1992, p.123).

Respetando la postura del cliente y usando su lenguaje, el terapeuta Breve, realiza el reencuadre necesario para que el cliente pueda, mediante acciones, implementar un cambio que produzca el esperado giro de 180 grados en el tema central de las soluciones intentadas y consecuentemente, un cambio en el sistema relacional.

En Terapia Breve, el hablar el lenguaje del cliente, basado en los planteamientos de Milton Erickson, el poder realizar una verdadera escucha de los valores que el cliente trae a terapia y devolvérselos empleando el mismo lenguaje que él utiliza, resulta de gran relevancia en la comunicación y en la dinámica de la alianza que se establece.

De esta manera, la “Reestructuración” y el “Hablar el lenguaje del cliente” son usados por el terapeuta breve casi indistintamente. Es así que Erickson describe lo que designó “Técnica de la confusión”: “la necesidad de superar la confusión, dando con otro cuadro de referencia, hace que el sujeto esté particularmente dispuesto y deseoso de echar mano a la primera información concreta que se le proporcione” (Watzlawick, et al., 1992, p.126).

Consecuentemente, es coherente pensar en la idoneidad de realizar sesiones individuales con los miembros de una pareja enfrentados en un conflicto dado que “una acertada reestructuración situacional precisa tomar en cuenta los puntos de vista, las expectativas, los motivos y las premisas, es decir, toda la trama conceptual, de aquellos cuyos problemas han de ser modificados” (Watzlawick et al., 1992, p.129).

Dicho de otro modo, es lógico pensar que el trabajo del terapeuta se verá facilitado en el marco de las sesiones individuales con los miembros de una pareja puesto que “la reestructuración presupone que el psicoterapeuta aprenda el lenguaje del paciente (...)” (Watzlawick et al., 1992, p.129).

3. CONCLUSIONES

Se ha revisado la relevancia de algunos de los estudios que pusieron el énfasis en la construcción de una adecuada alianza terapéutica como una pieza imprescindible en la terapia familiar y de pareja relacionándola con el éxito del tratamiento; mencionando a diversos autores que confirmaron

que el desarrollo de la alianza terapéutica estaba afectado por variables que dependen del manejo terapéutico.

Se han querido señalar algunos de los datos que han mostrado que el terapeuta es mayormente responsable de la relación entre la alianza terapéutica y los resultados de la terapia y se ha recordado la evidente complejidad que supone el establecimiento de la alianza terapéutica en los procesos terapéuticos con parejas.

Desde la *Brief Therapy* cobra sentido considerar el trabajar desde un marco de trabajo individual con cada miembro en el trabajo con parejas, como una opción plausible en la mayoría de los casos y que ha de valorarse en cada caso particular.

Es comprensible, como señalan Fisch et al., (1984), que todos nos sentimos más dispuestos a colaborar con alguien que valida nuestra forma de entender el problema y de algún modo nos compadece, a la vez que cuando el terapeuta trabaja con los miembros del sistema relacional por separado se sienta más libre de constituirse en abierta coalición con cada persona implicada.

Nardone y Watzlawick (1992, p. 45) señalan: “Pretendemos decir con esto que el terapeuta ha de valorar cuidadosamente, caso por caso, si es más eficaz alterar el sistema perceptivo reactivo disfuncional del paciente individual interviniendo directamente sobre él y produciendo, por reacción en cadena, la modificación de todo el sistema relacional interpersonal, o bien si es más eficaz intervenir sobre el sistema de relaciones interpersonales familiares, ampliando la terapia a más sujetos, de modo que, como consecuencia del cambio de las secuencias interactivas de varias personas, cambia también el sistema perceptivo reactivo de la persona individual problemática”.

En este sentido es relevante repensar que es lo que se entiende por “Terapia de Pareja”.

¿Debe considerarse que los terapeutas realizan “Terapia de pareja” cuando necesariamente el cliente ha solicitado explícitamente este trabajo?... ¿Ha de suponerse que los dos miembros de la pareja han de querer asistir a terapia, poder hacerlo en el mismo horario y además, ser capaces de construir una demanda conjunta?... ¿Ha de ser el terapeuta el que emita el “veredicto” a los miembros de la pareja: “Lo que ustedes necesitan es hacer Terapia de Pareja...”?

Recordando a Linares (1996) es sabido que la fusión de identidades individuales hay que tenerlas presentes en el momento en que se trabaja con familias y Linares y Campo (2002), recuerdan que en la vida adulta persisten en proporciones diversas y en distinto grado, los dos ingredientes básicos de cualquier intercambio afectivo, las necesidades de fusión y de diferenciación.

La propuesta, como enfoque familiar minimalista en el trabajo con parejas (Autor1, en *Relates* 2019 y *ACTF* 2019), pretende dibujar la Terapia de Pareja como un trabajo terapéutico necesariamente interconectado con un proceso individual y/o familiar que, lejos de presuponer la necesidad de la participación de los dos miembros en el proceso, abre un abanico de posibilidades de maniobrabilidad terapéutica que obliga al terapeuta a decidir que resultará más eficaz en función de cada etapa del proceso y en cada caso particular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnkoff, D.B. (1995). Two examples of strains in the therapeutic Alliance in an integrative cognitive therapy. *In session-Psychotherapy in Practice*, 1(1), 33-46. doi: [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200002\)56:2<187::aid-jclp5>3.0.co;2-y](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200002)56:2<187::aid-jclp5>3.0.co;2-y)
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., y Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 842-852. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006x.75.6.842>
- Beck, M., Friedlander M.L., y Escudero, V. (2006). Three perspectives of Clients' experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 355-368. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2006.tb01612.x>

- Bermúdez, C., y Navia, C. E. (2013). Factores que favorecen y se interponen en el establecimiento de la alianza terapéutica en terapia de familia y pareja. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 333-343.
- Blow, A., Sprenkle, D., y Davis, S. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33 (3), 298-317. Doi: 10.1111/j.1752-0606.2007.00029.x doi: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2007.00029.x>
- Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and practice*, 16, 252-260. doi: <https://doi.org/10.1037/h0085885>
- Bourgeois, L., Sabourin, S., y Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 58, 608-613. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-006x.58.5.608>
- Braconier, A. (2002). Psychanalyse et/ou psychothérapies psychanalytiques. Recherches sur l'alliance thérapeutiques et l'analysabilité. *Psychothérapies*, 22, 21-28. doi: <https://doi.org/10.3917/psys.021.0021>
- Campo, C., y Linares, J.L. (2002). *Sobrevivir a la pareja*. Barcelona: Planeta.
- Carpenter, J., Escudero, V., y Rivett, M. (2008). Training family therapy students in conceptual and observation skills relating to the therapeutic alliance: an evaluation. *Journal of Family Therapy*, 30, 411- 424. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00442.x>
- Ceberio, M.R. (2016). Terapia breve sistémica: una breve introducción. Artículo presentado en las Jornadas provinciales de Psicología. Cómo pensar las prácticas psicológicas: desafíos actuales. Colegio de Psicólogos de la provincia de Bs As. Colegio de Psicólogos Distrito II. Trenque Lauquen. Argentina
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Corning, A., Malofeeva, E., y Bucchianeri, M. (2007). Predicting termination type from client- therapist agreement on the severity of the presenting problem. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(2), 193-204. doi: <https://doi.org/10.1037/0033-3204.44.2.193>
- Coulehan, R., Friedlander, M. L., y Heatherington, L. (1998). Transforming narratives: A change event in constructivist family therapy. *Family Process*, 37, 17-33. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1998.00017.x>
- De Shazer, S. (1988). *Clues. Investigating solutions in Brief Therapy*. New York: W.W. Norton & Company, Inc.
- Escudero, V., Friedlander, M.L., Varela, N., y Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic Alliance in family therapy: associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30, 194-214. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x>
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza Terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 247-259.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., y Heatherington, L. (2006a). *Therapeutic alliances in Couple and Family Therapy: An Empirically Informed Guide to Practice*. USA: Hardcover.
- Friedlander, M.L., Escudero, V., Horvath, S., Heatherington, L., Cabero, A., y Martens, M. (2006b). System for Observing Family Therapy Alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 214-225. doi: <https://doi.org/10.1037/0022-0167.53.2.214>
- Friedlander, M., Escudero, V., Heatherington, L., y Diamond, G.M. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 25-33. doi: <https://doi.org/10.1037/a0022060>
- Fisch R, Weakland J, Segal L. (1984). La táctica del cambio. Barcelona: Herder.
- Garfield, R. (2004). The therapeutic Alliance in Couples Therapy: Clinical Considerations. *Family Process*, 43(4), 457-65. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2004.00034.x>

- Goldenberg, I. and Golderberg, H., (1996). *Family Therapy: An Overview*. Brooks/Cole Pub.
- Goldfried, M.R., y Davidson, G.C. (1994). *Clinical Behaviour therapy* (exp.ed). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Knobloch-Fedders, L., Pinsof, W., y Mann, B. (2004). The Formation of the Therapeutic Alliance in Couple Therapy. *Family Process*, 43(4), 425-442. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2004.00032.x>
- Linares, J.L. (1996). *Identidad y narrativa. La terapia familiar en la práctica clínica*. Paidós, Barcelona.
- Linares, J.L. (2011). La interculturalidad en la mirada del terapeuta sistémico. *Redes*, 25, 31-41.
- Magoroh Maruyama (1963): The Second Cybernetics: Deviation-Amplifying Mutual Causal Processes, *American Scientist* 5:2, pp. 164--179.
- Muñiz de la Peña, C., Friedlander, M.L. y Escudero, V. (2009). Frequency, severity and evolution of Split family alliances: How observable are they?. *Psychotherapy Research*, 19, 133-142. doi: <https://doi.org/10.1080/10503300802460050>
- Nardone, G., Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Trastornos fóbicos y obsesivos*. Herder Ed.
- Newman, C.F (1998). The therapeutic relationship and alliance in short term cognitive therapy .En J.D. Safran y J.C. Muran (Eds.), *The Therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp.95-122). Washington: American Psychiatric Association. doi: <https://doi.org/10.1037/10306-004>
- Pinsof, W.B. y Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x>
- Pinsof, W.B. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. En A.O. Horvath y L.S. Greenberg (comps), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 173-195). Nueva York: Wiley & Sons.
- Pinsof, W.B. (1995). *Integrative problem-centered therapy*. Nueva York: Basic Books.
- Pittman, F. (1987). *Turning points: Treating families in transition and crisis*. Nueva York: Norton.
- Quinn, W.H., Dotson, D., y Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research*, 7, 429-438. doi: <https://doi.org/10.1080/10503309712331332123>
- Rait, D. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy in session. *Psychotherapy In Practice*, 56 (2), 211- 224. doi: [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1097-4679\(200002\)56:2<211::aid-jclp7>3.0.co;2-h](https://doi.org/10.1002/(sici)1097-4679(200002)56:2<211::aid-jclp7>3.0.co;2-h)
- Rondón, A. P., Otálora, I. L., y Salamanca, Y. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2, 137-147.
- Safran, J.D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy*. New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Snyder, D. (1999). Affective reconstruction in the context of a pluralistic approach to couple therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 348-365. doi: <https://doi.org/10.1093/clipsy.6.4.348>
- Symonds, D. y Horvath, A. (2004). Optimizing the Alliance in Couple Therapy, *Family Process*, 43(4), 443-55. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2004.00033.x>
- Von Foerster, H. (1984). On constructing a reality. En P. Watzlawick (Comp.), *The invented reality* (pp. 41-61). New York: Norton.
- Watzlawick, P., Bavelas, J.B. y Jackson, D.D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York: W.W. Norton&Company, Inc.
- P. Watzlawick, J. Weakland y R. Fisch (1992). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J., Fisch, R., Watzlawick, P., y Bodin, A. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*, 13, 141-168. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1974.00141.x>