



Revista Latinoamericana de Psicología  
Fundación Universitaria Konrad Lorenz  
revistalatinomaericana@fukl.edu  
ISSN (Versión impresa): 0120-0534  
COLOMBIA

1970  
Robert Liberman  
TERAPIA CONDUCTUAL DE FAMILIAS Y DE PAREJAS  
*Revista Latinoamericana de Psicología*, año/vol. 2, número 002  
Fundación Universitaria Konrad Lorenz  
Bogotá, Colombia  
pp. 161-182

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal

---

Universidad Autónoma del Estado de México

<http://redalyc.uaemex.mx>



## TERAPIA CONDUCTUAL DE FAMILIAS Y DE PAREJAS

Robert Liberman

*National Institute of Mental Health*

*A behavioral and learning approach to couple and family therapy involves three steps: (1) specifying in concrete terms the problematic behavior or lack of behavior in or between members of the unit; (2) doing a functional analysis of the problem behavior(s) in which the environmental and interpersonal contingencies maintaining the behavior(s) are elucidated; and (3) developing and experimenting in an empirical way with various techniques derived from principles of learning (e. g., reinforcement and modeling) so that alterations can be made in the interpersonal milieu that will enable more adaptive and satisfying behavior patterns to substitute for the problematic ones. The key to successful couple or family therapy, whatever the theoretical positions of the therapists, can be found in the changes made in the interpersonal consequences of the members' behavior.*

La gran popularidad de que goza en este momento la terapia de parejas y de familias no es un simple accidente o una moda de esta época. Esta forma de tratar los problemas psiquiátricos se fundamenta en bases muy sólidas y no es probable que vaya a desaparecer. El fundamen-

to de esta nueva forma de terapia reside en la oportunidad de producir importantes cambios conductuales en los participantes por medio de una reestructuración básica de sus ambientes interpersonales. La terapia de parejas y de familias puede ser un medio especialmente fuerte de modificar el comportamiento, porque el ambiente interpersonal que se hace cambiar es el de la vida diaria, de los encuentros cara a cara, de las experiencias individuales que se llevan a cabo con las personas más importantes de la vida de un ser humano: su esposa o los miembros de su familia inmediata.

Cuando esta terapia tiene éxito se debe a que el terapeuta ha sido capaz de guiar a los miembros de la pareja o de la familia a cambiar la forma en la cual se comportan unos con otros. En términos conductuales o del aprendizaje podemos decir que "formas de comportarse unos con otros" quiere decir consecuencias del comportamiento o *contingencias de refuerzo*. En lugar de premiar el comportamiento no adaptativo por medio de la atención y la preocupación, la familia aprende a darse reconocimiento y aprobación por el comportamiento de tipo más adaptativo. Como la familia es un sistema de red, un sistema de comportamientos recíproco (incluyendo el comportamiento afectivo), la terapia familiar funciona mejor cuando cada uno de los miembros aprende cómo cambiar su responsabilidad ante los otros miembros de la familia.

Los casos que vamos a presentar más adelante demuestran que la terapia conductual en estos casos no se centra solamente en el paciente. La terapia conductual debe ser una experiencia de aprendizaje para todos los miembros que toman parte. Sin embargo, con el fin de simplificar la descripción, la próxima sección analizará la patología familiar y la terapia desde el punto de vista de la respuesta que la familia da a un paciente individualmente considerado.

Tipicamente, las familias que se someten al tratamiento han enfrentado el comportamiento no adaptativo o desviado de uno de sus miembros respondiéndole durante muchos años con rabia, regaños, mimos, conciliación, irritación o simpatía. Estas respuestas, aunque parezcan superficialmente de castigo, han tenido el efecto de reforzar el comportamiento desviado; o sea que han aumentado la frecuencia o la intensidad del comportamiento desviado y su ocurrencia futura. El refuerzo ocurre porque la atención que se ofrece la considera y la siente el paciente como una preocupación e interés positivos. En muchas familias

en las cuales existe un miembro "desviado" hay poca interacción social y los individuos tienden a llevar vidas relativamente aisladas unos de otros. Debido a esta falta general de interacción, cuando hay relación es en respuesta a la conducta "anormal" de uno de los miembros, y por eso tal conducta se refuerza poderosamente (Patterson, McNeal, Hawlins y Phelps, 1967). Los medios verbales y no verbales de dar atención y reconocimiento pueden denominarse *refuerzo social* (en contraste con el alimento o el sexo que se denominan *refuerzo primario*). El refuerzo social representa la fuente de motivación más importante para el comportamiento humano (Ferster, 1963; Skinner, 1953).

A menudo gran cantidad de "preocupación" o refuerzo social se le da al miembro desviado, centralizado y contingente en la conducta no adaptativa. El miembro desviado entiende el mensaje: "Mientras que continúes con esta conducta indeseada (estos síntomas) nos interesaremos y preocuparemos por ti". Al aprender la lección que llevan estos mensajes el miembro tiende a desarrollar y mantener el comportamiento sintomático o desviado y los patrones caracterológicos de actividad e identidad. Algunas veces el mensaje de preocupación e interés lo capta el miembro "enfermo" en forma conciente para sus propios fines. Los individuos que poseen esta conciencia de las contingencias se denominan "manipuladores" en los círculos profesionales, ya que saben manejar la situación para lograr refuerzo social por el comportamiento no adaptativo. Pero el aprendizaje puede ocurrir sin que el individuo tenga conciencia o insight; en este caso el comportamiento no adaptativo puede considerarse como motivado en forma inconciente.

No es necesario dar grandes cantidades de refuerzo social contingente para mantener la conducta desviada. Especialmente después de haberse desarrollado el comportamiento, el *refuerzo intermitente* u ocasional produce resultados sumamente durables. Estudios de laboratorio han demostrado que el refuerzo intermitente produce el comportamiento más resistente a la extinción (Ferster, 1963).

Muchos terapeutas de familias (Framo, 1965; Handel, 1967; Vogel y Bell, 1960) han demostrado que el interés y preocupación que los miembros de la familia muestran en la desviación de un miembro puede redundar en su propio servicio y de su economía psicológica. Mantener una persona "enferma" en la familia puede ser gratificante (reforzante) a los otros miembros, al costo de cierto confort y ecuanimidad. Patter-

son y Reid (1967) han mostrado cómo este refuerzo recíproco puede mantener el comportamiento desviado en un niño que pide helados a la madre mientras están en el mercado. Típicamente, el refuerzo de esta "exigencia" es la complicidad de la madre, pero si ella ignora la petición del niño, el efecto es aumentar el volumen. Los gritos o el llanto de un niño en el mercado actúan negativamente sobre la madre, o sea que su conducta de no complicidad se castiga. Cuando la madre finalmente le compra el helado, los molestos gritos se terminan. El refuerzo para los gritos del niño es el helado. La contingencia de refuerzo para la madre es la terminación de la "escena" en el mercado. En esta forma recíproca, con refuerzo mutuo, se mantiene el comportamiento de gritar y exigir de parte del niño. Volveré más adelante a este importante aspecto de la psicopatología familiar — el refuerzo mutuo o naturaleza simbiótica de la desviación — en los casos que presentaré después. Sin duda, el balance entre las consecuencias negativas y gratificantes que el comportamiento no adaptativo de un miembro de la familia tiene para los otros miembros es el determinante crucial de la motivación para el tratamiento y de la respuesta al mismo.

El principio de aprendizaje básico que subyace la fuerza de la terapia familiar y de parejas es el cambio en las contingencias por las cuales el paciente logra reconocimiento e interés de otros miembros de la familia. El refuerzo social se vuelve contingente sobre la conducta adaptativa que se desea y no sobre la conducta no adaptativa y sintomática. La tarea del terapeuta, en colaboración con la familia o la pareja, reside en: (1) Especificar la conducta no adaptativa. (2) Elegir metas razonables que sean comportamientos alternos, de carácter adaptativo. (3) Dirigir y guiar la familia para que cambie las contingencias de sus patrones de refuerzo social, de la conducta no adaptativa a la conducta adaptativa.

Otro principio de aprendizaje que toma parte en la terapia familiar que tiene éxito es el seguir modelos, también denominado imitación o identificación. El modelo, que algunas veces es el terapeuta pero en otros casos son los otros miembros de la familia, presenta el comportamiento deseado, adaptativo, que después el paciente imita. La imitación o identificación ocurre cuando el modelo es una persona a quien se estima (el terapeuta, un miembro de la familia a quien se admira) y cuando el modelo recibe refuerzo positivo (aprobación) por su comportamiento por parte de los demás (Bandura y Walters, 1963). La cantidad de

aprendizaje por observación estará gobernado por el grado en el cual un miembro de la familia presta atención a las señales a imitar, tiene la capacidad para procesar y repasar esas señales, y posee los componentes necesarios en su experiencia conductual que pueden combinarse para reproducir la conducta más compleja que se busca.

El aprendizaje por imitación capacita al individuo para ahorrarse un proceso largo y tedioso de aprendizaje por ensayo y error (o premio) mientras que incorpora cadenas complejas de comportamiento en su repertorio. Muchos de los comportamientos que reflejan la parte de nuestra cultura que perdura se transmiten por observación repetida del comportamiento que presentan los modelos sociales, especialmente los modelos familiares. Si se ejecuta con suficiente frecuencia y se refuerza por medio de la aprobación de los demás, el comportamiento imitado se incorporará en el repertorio conductual del paciente. Los principios del aprendizaje por imitación se han explotado con éxito clínico en trabajos con niños autistas (Lovaas, Berberich, Perloff y Schaeffer, 1966), con jóvenes que padecían de fobias (Bandura, Grusec y Menlove, 1967), y con psicóticos crónicos mudos (Sherman, 1965). En los casos citados más adelante se ilustrará la forma como puede usarse este principio de imitación en la terapia de familias.

En los ejemplos que voy a citar, me limitaré a casos de parejas y familias; sin embargo, los mismos principios de aprendizaje se aplican a la terapia de grupo (Lieberman, 1970; Shapiro y Birk, 1967), y con algunas modificaciones a la terapia individual (Krasner, 1962). Es importante insistir en que la teoría del aprendizaje se ha asociado en psiquiatría clínica con su aplicación sistemática y explícita en la moderna terapia conductual; sin embargo ofrece realmente una explicación genérica y unitaria de los procesos de cambio en todas las psicoterapias, incluyendo claro está la psicoanalítica (Alexander, 1965; Marmor, 1966).

### TECNICA

Antes de presentar los casos, quisiera hacer un esquema de los principios más importantes que subyacen la aplicación de la teoría del comportamiento a la terapia familiar. Las tres áreas principales de importancia técnica para el terapeuta son: (1) *Crear y mantener una alianza terapéutica positiva.* (2) *Hacer un análisis conductual del (de los) problemas (s).* (3) *Imple-*

*mentar los principios conductuales de refuerzo y modelamiento en el contexto de las interacciones interpersonales en proceso.*

Sin la alianza terapéutica positiva entre el terapeuta y aquellos que le han de ayudar, poco o nada puede hacerse. La alianza de trabajo debe funcionar a un nivel tal que se estimule el cambio. En términos de aprendizaje, la relación positiva entre el terapeuta y el o los paciente (s) permite al terapeuta servir como refuerzo social y modelo; en otras palabras, construir las conductas adaptativas y permitir que las conductas no adaptativas se extingan. El terapeuta es un refuerzo efectivo y un modelo para los pacientes en la medida en la cual ellos lo valoren y lo tengan en alta y cálida estimación. Los clínicos han descrito los ingredientes que entran en el proceso en formas diferentes. La terminología varía con la "escuela" de psicoterapia a la cual pertenezca el terapeuta. Los psicoanalistas hablan de "transferencia positiva" y de una alianza entre el terapeuta y el "yo observador" del paciente. Los especialistas en la terapia de realidad hablan de una relación de confianza con el paciente. Algunos clínicos usan el término "relación de sostén o soporte", e incluyen simpatía, respeto e interés de parte del terapeuta. Investigadores recientes han llamado los aspectos críticos de la relación terapeuta-cliente: afecto cálido pero no posesivo, empatía precisa, e interés genuino (Truaz y Carhuff, 1967). Estos autores han sido capaces de operacionalizar estos conceptos y enseñarlos a individuos selectos. Han demostrado que los terapeutas que poseen estos atributos en alto grado tienen más éxito en psicoterapia que quienes no los poseen. Cualquier nombre que queramos dar a estos rasgos, es preciso reconocer que una condición necesaria, si no suficiente, para el cambio terapéutico en los pacientes, es una relación terapeuta-paciente que se caracterice por respeto mutuo, calor humano, confianza y afecto.

En mi propia experiencia, estas cualidades de la alianza terapéutica pueden ser desarrolladas por medio de un período de evaluación inicial del paciente o de la familia. Los primeros contactos entre el terapeuta y la familia antes de las primeras entrevistas terapéuticas, ofrecen la oportunidad al terapeuta de mostrar un calor humano incondicional, aceptación e interés en los clientes y sus problemas.

Durante las primeras sesiones, mientras se establece la relación terapéutica, el terapeuta debe hacer su "diagnóstico". En un enfoque de teoría del aprendizaje a la terapia familiar, el diagnóstico consiste en un

*análisis funcional o conductual* de los problemas. Al hacerlo, el terapeuta, en colaboración con la familia, formula dos preguntas principales:

(1) ¿Qué comportamiento no es adaptativo o problemático, qué conducta en el paciente debe incrementarse o disminuirse? A cada persona a su vez se le pregunta: (a) ¿Qué cambios querría usted ver en los otros miembros de la familia, y (b) en qué forma querría usted diferir de la forma como es ahora? Las respuestas a estas preguntas llevan al terapeuta a elegir cuidadosamente las *metas conductuales específicas*.

(2) ¿Qué contingencias ambientales e interpersonales sostienen en este momento la conducta problemática — o sea qué está manteniendo el comportamiento indeseado, o reduciendo la probabilidad de que aparezcan las respuestas más adaptativas? Esta parte se denomina el "análisis funcional del comportamiento", e incluye también un análisis del desarrollo de la conducta no adaptativa o sintomática, o sea la "historia de condicionamiento" del paciente. Los patrones mutuos de refuerzo social en la familia merecen un escrutinio especial en este análisis, porque descifrarlos y clarificarlos constituye una parte central en la comprensión del caso y en la formulación de la estrategia terapéutica. Debe notarse que el análisis conductual del problema no termina después de las sesiones iniciales, sino que debe necesariamente continuar durante todo el curso de la terapia. Cuando las conductas problemáticas cambian durante el tratamiento, el análisis debe también *variar* incluyendo las nuevas fuentes de refuerzo para el paciente y los miembros de la familia. En este sentido el enfoque conductual a la terapia familiar es un enfoque **dinámico**.

El tercer aspecto de una técnica conductual incluye la elección e implantación de la estrategia y de las tácticas terapéuticas. ¿Qué aspectos de la interacción entre el terapeuta y los miembros de la familia, y entre uno y otro miembro pueden servir para alterar la conducta problema en una dirección más adaptativa? El terapeuta actúa como un educador, usando su valor como refuerzo social para instruir a la familia o la pareja para que cambien sus formas de conducirse unos con otros. Algunas de las tácticas que usa el terapeuta conductual en su trabajo con familias se describen en los casos clínicos que voy a presentar más adelante. Una forma de conceptualizar estas tácticas es verlas como "experimentos de cambio conductual" en los cuales el terapeuta y la familia trabajan juntos para re-programar las contingencias de refuerzo que operan

en el sistema familiar. Los experimentos de cambio conductual consisten en que los miembros de la familia responden unos a otros en forma diferencial, y las respuestas son contingentes con las formas más adecuadas de relacionarse. Ballentine (1968) considera los experimentos de cambio conductual, que comienzan con éxitos de corto alcance pero bien definidos, y que conducen a (a) un cambio hacia expectativas más optimistas y amplias; (b) un énfasis en hacer las cosas diferente-mente mientras que la responsabilidad del cambio se le da a cada miembro de la familia; (c) "alentar un esquema de observación en el cual cada miembro de la familia se siente forzado a observarse de cerca en sus relaciones con los otros y a observar a los demás en vez de hacer introspección y preguntarse una y otra vez 'por que' y 'cómo'"; (d) "generar datos empíricos que puedan usarse para obtener cambios adicionales, porque a menudo presentan secuencias de acciones familiares y reacciones en forma particularmente gráfica e inambigua".

El terapeuta usa también su importancia como modelo para ilustrar las formas deseadas de responder diferencialmente a la conducta que a veces no es adaptativa mientras que otras pueden representar un acercamiento a la forma que se desea. El principio de condicionamiento operante conocido como "moldeamiento" (shaping) debe usarse, en el cual se refuerzan aproximaciones graduales y sucesivas al comportamiento deseado por medio de la aprobación y del interés genuino y espontáneo del terapeuta. Por medio de sus instrucciones y de su ejemplo el terapeuta enseña la manera de moldear a los miembros de la pareja o de la familia. Adoptar roles o repasar ciertos comportamientos se consideran formas útiles (o tácticas) de generar mejores patrones de interacción entre los miembros de la familia.

El terapeuta que usa el modelo conductual no actúa como una máquina de enseñar, sin expresiones emocionales. Lo mismo que los terapeutas que usan otros enfoques, tiene más éxito en su rol de educador cuando se manifiesta con afecto y con un estilo cómodo y humano que ha desarrollado durante su entrenamiento clínico y durante todo el curso de su vida. Como el refuerzo intermitente produce el comportamiento más duradero, el terapeuta debe emplear formas nuevas de terminar una sesión, y rematar "en punta" la frecuencia de las sesiones (Alexander, 1965). La estrategia y las tácticas de este enfoque conductual con parejas y familias se entenderá más claramente leyendo los casos que voy a

presentar a continuación. Un esquema más sistemático y detallado del enfoque de la modificación del comportamiento se presenta en la Tabla 1. La especificación e implicaciones de estos puntos pueden hallarse en el manual publicado por Reese (1966).

### CASOS CLINICOS

#### *Caso No. 1.*

La Sra. D. es una ama de casa de 35 años madre de 3 niños, con una historia de severos dolores de cabeza hemicraneales, que han durado durante 15 años. Ha estado sometida repetidas veces a hospitalización por sus dolores de cabeza (sin que haya sido posible encontrar causa orgánica alguna), y también ha tenido un año y medio de psicoterapia individual de orientación psicodinámica. La única forma de calmar sus dolores de cabeza era recluírse en cama por períodos que duraban de varios días a una semana, y usar narcóticos.

Tabla 1

---

Un Modelo Conductual de Aprendizaje (Adaptado de Reese, 1966)

---

1. Especifique la ejecución final que se busca (metas terapéuticas)
  - a. Especifique el comportamiento
  - b. Determine cómo debe medirse
2. Determine la línea de base actual de frecuencia del comportamiento deseado
3. Estructure una situación favorable para desencadenar el comportamiento deseado, proporcionando señales del comportamiento apropiado y eliminando las señales del comportamiento incompatible, inapropiado.
4. Establezca la motivación, localizando los reforzadores, privando al individuo de ellos (si fuere necesario), y retirando los reforzadores si se presenta el comportamiento inadecuado.
5. Capacite al individuo para sentirse cómodo en la situación terapéu-

- tica, y para que se familiarice con los reforzadores.
6. Moldee el comportamiento deseado
    - a. Refuerce aproximaciones sucesivas a las metas terapéuticas
    - b. Aumente gradualmente el criterio requerido para dar el refuerzo
    - c. Presente el refuerzo inmediatamente, contingente en el comportamiento
  7. Desvanezca las señales específicas de la situación terapéutica para que se generalice la conducta adquirida
  8. Refuerce en forma intermitente para que se facilite la durabilidad de los comportamientos adquiridos.
  9. Conserve registros continuos y objetivos.
- 

Después de haberla estado evaluando por un breve período de tiempo le dieron nuevamente sus dolores de cabeza y la hospitalizaron. Un análisis neurológico sumamente completo no reveló ningún factor patológico. Después de una consulta recomendé que tanto ella como su esposo fueran a tratamiento conmigo, en terapia de parejas. Yo había notado claramente que los dolores de cabeza de la paciente servían un propósito importante en la relación marital: esos dolores y la debilidad consecuente eran una forma muy segura para que la paciente pudiera producir y mantener preocupación e interés en su marido. Por su parte, el marido era un hombre activo, orientado hacia la acción, y era difícil para él sentarse y conversar. Llegaba del trabajo por la noche, leía el periódico, trabajaba en su carro, hacía arreglos en la casa, o miraba televisión. La Sra. D. sólo logró atraer la atención de su esposo cuando le empezaron los dolores de cabeza, dejó de funcionar como madre y como esposa, y se fue a la cama. En estas ocasiones el Sr. D. era muy solícito y cuidadoso. Le daba sus medicinas, se estaba en casa para cuidar los niños, y llamaba al médico.

Mi análisis de la situación me llevó a planear re-dirigir la atención del Sr. D. al aspecto adaptativo, maternal y conyugal, que tenía el comportamiento de su esposa. Durante 10 sesiones de 45 minutos cada una cambié ideas sobre el problema con el Sr. y la Sra. D, les presenté mi análisis de la situación y les alenté a reestructurar entre ambos la relación marital. Cuando el Sr. D. logró llegar a una relación de confianza conmigo, trató seriamente de dar a su esposa la atención y la aproba-

ción que ella se merecía por sus esfuerzos diarios como madre y ama de casa. Cuando regresaba a casa del trabajo en vez de enterrarse en el periódico preguntaba cómo había sido el día para ella y discutía con ella los problemas de los niños. Algunas veces premió los esfuerzos caseros de su esposa llevándola a un cine o a cenar (cosa que nunca había hecho en años). Mientras miraba televisión se le dieron instrucciones para que sentara a su esposa cerca de él o en sus rodillas. A su vez, la Sra. D. aprendió a premiar los esfuerzos de su esposo con afecto e interés. Le demostró cuánto le gustaba hablar con él de los eventos del día. Preparó platos especiales para él, y lo besó con mucho afecto cuando él tomaba la iniciativa de expresarle cariño.

Por otra parte, el Sr. D. aprendió a prestar la mínima atención posible a los dolores de cabeza de su esposa. Se le aseguró que en esta forma ayudaría a que disminuyeran en frecuencia y severidad. No debería darle sus medicinas, ni mimarla ni llamarle el médico. Si a ella le daba un dolor de cabeza, tenía que cuidarse sola y el esposo debería continuar con su rutina normal, en cuanto fuera posible. Yo insistí en que *él no debería disminuir la atención dada a su esposa, sino cambiar el tiempo y la dirección de la atención.* Las consecuencias conductuales de la atención del Sr. D. cambiaron por lo tanto de los dolores de cabeza al trabajo de la casa, de la invalidez al enfrentamiento activo a los problemas y al funcionamiento normal como madre y como esposa. En 10 sesiones ambos estuvieron seriamente dedicados a esta nueva forma de comportarse el uno con el otro.

En adelante el matrimonio fue diferente y más satisfactorio para ambos. La vida sexual mejoró. Los niños comenzaron a manejarse mejor porque los esposos aprendieron rápidamente a aplicar los mismos principios de refuerzo a los niños, y estuvieron de acuerdo en cómo tratarlos. La Sra. D. se consiguió un trabajo en un almacén (un trabajo que le gustaba, y que proporcionaba refuerzo adicional – dinero y atención dados por la gente si ella se comportaba en forma “sana”). Su esposo reconoció sus esfuerzos para colaborar a mejorar la situación financiera de la familia. A veces le volvían sus dolores de cabeza, pero eran más benignos, de corta duración, y ella aprendió a cuidarse sola. Todo el mundo estaba más contento ahora, incluyendo el médico internista de la Sra. D. porque ya no recibía más llamadas de emergencia del Sr. D. Un año más tarde los D todavía seguían progresando. Ella tenía una que otra vez

dolores de cabeza pero no había tenido que recluirse en la cama ni irse al hospital.

*Caso No. 2*

La Sra. S. es una mujer de 34 años, madre de 5 niños, y nacida en una familia de 10 hijos. Deseaba igualar a su madre en el número de niños, y al mismo tiempo deseaba probarle a su esposo que era potente y fértil. El sufría de un hipospadio congénito y el médico le había dicho antes de casarse que tal vez no podría tener hijos. Por desgracia la Sra. S. era Rh negativo y su esposo Rh positivo. Después del quinto hijo ella tuvo una serie de abortos debido a la incompatibilidad del Rh, cada uno seguido de severa depresión. Cuando las depresiones se hicieron demasiado frecuentes el médico le dió 150 electrochoques. El efecto fue confundirla y hacer que fuera incapaz de funcionar normalmente en el hogar, y tampoco le disminuyó el estado de depresión. La psicoterapia de apoyo tuvo cierto éxito pero pronto cayó de nuevo en la depresión después de una histerectomía.

Al esposo de esta señora, lo mismo que al Sr. D. del caso anterior, le era muy difícil tolerar la conversación de su esposa, especialmente desde que se limitaba a quejarse y estaba siempre al borde de las lágrimas. La manera de escapar de esta situación fue trabajar en exceso, y para ello se consiguió dos puestos simultáneamente. Cuando estaba en casa se hallaba demasiado cansado para conversar o para interactuar en forma alguna con su esposa. Las relaciones sexuales se redujeron a cero. Aunque la Sra. S. trataba de mantener bien el hogar, educar a los niños, e inclusive se consiguió un trabajo de medio tiempo, no se le reconocían sus esfuerzos, y el esposo era cada vez más distante y periférico con el paso de los años.

Mi análisis conductual indicó la falta de refuerzo por parte del Sr. S. a los esfuerzos de su esposa y a sus buenas intenciones. Consecuentemente, sus depresiones con importantes componentes hipocondríacos representaban un intento desesperado de llamar la atención y el interés de su esposo. Aunque sus quejas somáticas y sus acusaciones auto-depreciatorias tenían un carácter negativo para el esposo, la única forma de "apagarlas" que él había encontrado era ofrecerle su simpatía, asegurarle que la quería, y de vez en cuando estarse en casa en vez de ir al

trabajo. Naturalmente, esta manera de mimarla tenía el efecto de reforzar el comportamiento que se suponía estaba tratando de eliminar.

Durante 5 sesiones de una hora con ambos esposos me concentré principalmente en el Sr. S. como agente de refuerzo para su esposa y por lo tanto como la persona que podía potencialmente modificar su comportamiento. En forma activa le hice cambiar la dirección de la atención que daba a su esposa; la consideraba como una "mujer infeliz y deprimida" y debía en cambio considerarla como "una mujer que es capaz de enfrentar situaciones difíciles". Inmediatamente le recomendé que se retirara de su trabajo extra, al menos por ahora, con el fin de estar en casa por la noche y conversar con su esposa de los eventos del día, sobretodo de sus realizaciones hogareñas. Le mostré con mi ejemplo (modelamiento) como dar soporte a los esfuerzos de la esposa que deseaba guardar buenas relaciones con todo el mundo a pesar de tener una suegra entrometida y una vecina realmente mala.

Un punto importante ocurrió después de la segunda sesión, al recibir yo una noche una llamada desesperada del Sr. S. Me dijo que la esposa lo había llamado del trabajo y en medio de lágrimas le había dicho que era incapaz de seguir y que él debería venir para llevársela a la casa. Me preguntó qué debería hacer. Le indiqué que este era un momento crucial, que debería llamarla y después de reconocer que debía estar en una situación muy dura, insistir en que era muy importante que terminara su trabajo de la noche. Le sugerí además que la recogiera como de costumbre después del trabajo y la llevara a comerse un helado. Esto le indicaría a la esposa el interés y reconocimiento por sus positivos esfuerzos, en forma genuina y espontánea. Con este apoyo de mi parte, el Sr. S. siguió mis indicaciones, y dos semanas después la depresión de la Sra. S. había desaparecido del todo. La subieron de puesto y esto sirvió como un refuerzo extrínseco por haber mejorado en su trabajo y fue ocasión para que el esposo diera adicional refuerzo y para que yo también lo hiciera durante la siguiente sesión de terapia. Terminamos después de la quinta sesión, como habíamos acordado inicialmente; ocho meses después ellos decían que estaban "mucho más felices juntos de lo que habían estado nunca antes".

#### *Caso No. 3*

Eduardo es un joven de 23 años que había estado sometido a psicote-

rapia, escuelas especiales y consejería ocupacional durante los últimos 17 años. En diferentes ocasiones lo habían considerado como un niño esquizofrénico o como una persona mentalmente subnormal. A los 6 años un psiquiatra de niños lo había estudiado, y después un psicoanalista lo había tratado durante 3 años con terapia psicodinámica. Había comenzado muchos programas de mejoramiento pero no había terminado ninguno. De hecho, Eduardo era un fracasado crónico, tanto en la escuela como en el trabajo. Sus padres lo consideraban sólo ligeramente retardado, a pesar de tener una inteligencia normal inferior según los tests. Su madre lo trataba en forma infantil, y su padre lo ignoraba o lo criticaba. Su madre, que era una mujer dominante y agresiva, lo usaba contra un padre débil y pasivo. Cuando comencé a tratarlo en evaluación familiar Eduardo estaba a punto de fracasar en su último esfuerzo de rehabilitación: una escuela secundaria nocturna para adultos.

Las metas iniciales en el tratamiento familiar fueron: (1) Librar a Eduardo de su madre sobreprotectora. (2) Hacer que su padre sirviera como modelo y como una fuente de aliento (refuerzo) para los esfuerzos y deseos de Eduardo por lograr independencia. (3) Dar estructura a la vida de Eduardo por medio de ocupaciones y oportunidades sociales que él no podía conseguir solo. Por fortuna el Servicio Vocacional Hebreo de Boston tiene un excelente programa de rehabilitación basado en los mismos principios básicos de aprendizaje que he estado presentando en este artículo. Envié Eduardo al Servicio Vocacional Hebreo y al mismo tiempo lo presenté a la Fundación del Club Central, un club social para ex-pacientes mentales que tenía muchas actividades diarias y en los fines de semana.

Durante nuestras sesiones familiares semanales, traté de usar el principio de modelo y de adoptar un rol con el fin de ayudar a los padres de Eduardo a que reforzaran sus esfuerzos en el S.V.H. y en el Club Central. Después de tres meses en el S.V.H. Eduardo logró conseguirse un trabajo, y 7 meses después además de tener trabajo era miembro de la unión. Había sido un miembro activo del Club Central y había ido a viajes durante los fines de semana con grupos de miembros, algo que él nunca había hecho antes. Se estaba "graduando" en otro club social, un Grupo de Solteros miembros de una iglesia, y estaba comenzando a hacer gestiones para lograr conseguir la licencia de manejar.

Las sesiones familiares no fueron fáciles, y no faltaron las tormentas,

generalmente ocasionadas por la madre de Eduardo que de vez en cuando se sentía "fuera de atención". Ella necesitaba mi apoyo e interés (refuerzo) en sus problemas, pues era una madre que trabajaba muy duro y nadie apreciaba sus esfuerzos. Debido a esta relación terapéutica positiva, que duró 9 meses, los padres de Eduardo han sido capaces lentamente de dar refuerzo positivo al muchacho cada vez que mejora en el trabajo o en el juego en vez de criticarlo como hacían antes (las críticas son, en forma paradójica, una clase de refuerzo social), cada vez que fracasaba. He insistido en que el padre comparta con Eduardo sus experiencias juveniles para lograr independencia, y en esta forma sirva como modelo a su hijo.

Los padres han necesitado constante refuerzo (aprobación) de mi parte cada vez que ensayan nuevas formas de responder al comportamiento de Eduardo; por ejemplo, al eliminar el acostumbrado regaño para que hiciera los trabajos de la casa (que sólo servía para acrecentar el comportamiento apático y llamar la atención), e indicar en cambio placer cada vez que el muchacho corta el prado aunque se le olvide arreglar las plantas y podar los arbustos de la cerca. Están aprendiendo a darle aprobación a Eduardo cada vez que saca la basura, inclusive si no hace en la forma como ellos quieren. Y han aprendido también a dedicar tiempo a oír lo que Eduardo tiene que decir, incluso si está demasiado entusiasmado con su trabajo y lo que dice parece demasiado exhuberante. Nuestras sesiones de terapia familiar rebajaron a dos veces por mes y después a una vez por mes. Terminaron en forma adecuada después de un año de tratamiento.

#### *Caso No. 4*

El Sr. y la Sra. F. tienen una larga historia de problemas conyugales. Han estado separados por un año en los comienzos de su matrimonio y habían intentado hacerlo de nuevo varias veces, sometidos a consejo matrimonial que duró 3 años. El Sr. F. tiene tendencias paranoides que se reflejan en su sensibilidad extrema a cualquier falta de afecto o de interés de su esposa. Tiene muchos celos de las relaciones íntimas que la esposa guarda con sus padres. La Sra. F. es una mujer desgredada y desorganizada, incapaz de satisfacer las aspiraciones de su marido por una ama de casa ordenada y por una guía competente para los cinco hijos.

El matrimonio se ha caracterizado por acusaciones mutuas muy frecuentes y por desprecio, retiro y rencor de ambas partes.

Mi técnica con esta pareja, a la cual ví durante 15 sesiones, fue enseñarles a dejar de reforzarse con atención y emoción por el comportamiento indeseado, y empezar a desencadenar en el otro el comportamiento deseado usando el principio de *moldeamiento* (shaping). Como un asunto de táctica, organicé las sesiones de terapia en forma tal que la regla más importante era: no se permitían las críticas ni las acusaciones, y la pareja debería ocupar el tiempo diciéndole al otro lo que había hecho durante la semana pasada que se aproximara al comportamiento deseado. Al dar feedback positivo al otro por aproximaciones sucesivas al comportamiento que se buscaba, yo serví como una fuente auxiliar de refuerzo positivo, reforzando al reforzador.

Comenzamos delineando claramente qué conductas específicamente se buscaban en cada uno de los cónyuges, y yo les empecé a dar "tareas" que consistían en esfuerzos graduales para aproximarse a las metas conductuales buscadas. Por ejemplo, el Sr. F. se quejaba sin cesar de que su esposa no ponía el menor cuidado en lo relacionado con la cena, que la mesa estaba en un desorden terrible, no ponía mantel, recogía los platos sin ningún orden. La Sra. F. reconoció a regañadientes que había manera de mejorar la situación, y yo le dije que comenzara por usar un mantel todas las noches. El Sr. F. a su vez aprendió la importancia de darle a su esposa refuerzo positivo y atención consistente con sus esfuerzos. Una semana después me dijeron que habían podido hacer sus "tareas" y que la comida de la noche era así más agradable. La Sra. F. había mejorado su comportamiento hasta lograr la satisfacción completa de su marido, mientras que este había seguido dándole apoyo positivo por sus esfuerzos.

Un proceso similar tuvo lugar en otra área en la cual existían problemas. El Sr. F. consideraba que su esposa debería dedicarse más a la costura (remendar la ropa, pegar los botones que faltaban), y aplancharle las camisas (que hasta ahora las tenía que aplanchar el mismo). La Sra. F. estaba sumamente aburrida con la casa donde vivían, que era demasiado pequeña para la familia en crecimiento. El Sr. F. tercamente rehusaba considerar la posibilidad de moverse a una casa más grande, porque creía que esto no afectaría en nada la calidad de los trabajos domésticos de su esposa. Le dí instrucciones a la Sra. F. para que comenzara

por hacer la costura y por aplancharle las camisas a su marido, y al Sr. F. para que reforzara este comportamiento de su esposa considerando la posibilidad de pasarse a vivir a otra casa. El debía hacer esto más concreto pasando parte del domingo leyendo los avisos clasificados del periódico con su esposa, y haciendo visitas a las casas que estaban para la venta. El debería aclararle a su esposa que este interés en una nueva casa era *contingente*, dependía de, sus mejoras como ama de casa.

Entre la tercera y la sexta sesiones el padre de la Sra. F. que tenía cáncer pulmonar, fue llevado al hospital y poco después murió. Durante este período dimos gran importancia a que el Sr. F. diera a su esposa solaz y apoyo. Yo reforcé positivamente los esfuerzos del Sr. F. en esta dirección. El pudo ayudar a su esposa en este período de tristeza y luto, a pesar del antagonismo que había existido durante años entre el Sr. F. y el padre de su esposa. La Sra. F. a su vez, con mi aliento, respondió a la simpatía de su esposo con afecto y agradecimiento. Aunque todavía están muy lejos de lograr tener un matrimonio idílico, el Sr. y la Sra. F. han hecho muchas mejoras en su vida matrimonial.

### DISCUSION

Existe mucha confusión en los fundamentos y las técnicas que subyacen las prácticas actuales de terapia familiar. Aunque al tratar de explicar los métodos usados, por escrito, se pierde mucho, yo no estoy de acuerdo en afirmar que "la comunicación vital en todas las formas de psicoterapia es intuitiva, sentida, sin palabras e inconsciente" (Framo, 1965). Aunque este artículo no se intenta que sea un tratado sobre "cómo hacer" terapia familiar, lo considero un intento preliminar de aplicar unos pocos principios básicos del aprendizaje por imitación y del condicionamiento operante a la terapia de parejas y de familias.

La conceptualización que presentan los terapeutas de familias orientados hacia el psicoanálisis difiere del enfoque de aprendizaje presentado en el presente trabajo, pero al examinarla más de cerca se nota que en realidad las técnicas que ellos usan son muy similares. Framo (1965), por ejemplo, al explicar la teoría de la terapia familiar escribe: "La meta central de las fases intermedias consiste en entender y actualizar, muchas veces por medio de la transferencia de un miembro de la familia con el otro y con el terapeuta, las introyecciones de los padres, y que

los padres puedan ver y sentir que estas dificultades presentes en el sistema familiar surgen de sus intentos inconcientes de perpetuar o de manejar antiguos conflictos que surgen de los orígenes de sus familias . . . La esencia de la terapia familiar es el descubrimiento de las visciditudes de las primeras relaciones objetales . . . las transformaciones terriblemente complicadas que ocurren como consecuencia de unir intrapsíquicamente los viejos y los nuevos sistemas familiares de los padres".

A pesar de usar conceptos psicoanalíticos, Framo describe el proceso real de terapia familiar en forma tal que es compatible con el marco de referencia del aprendizaje. Escribe: "Estas técnicas que facilitan la interacción familiar son a la larga las más productivas . . . Es especialmente útil concentrarse en los sentimientos presentes aquí y ahora; este método generalmente es más profundo que los trabajos con sentimientos que se describen en retrospecto . . . Al ganar experiencia con familias hemos dejado de vacilar en el uso de posiciones activas, más fuertes, con el fin de ayudar a que la familia salga de sus patrones de conducta rígidos".

Framo da ejemplos que ilustran su trabajo con familias en el cual el terapeuta da refuerzo diferencial por la conducta que se considera deseada y apropiada. Al tratar madres furiosas y agresivas dice que "aprendimos a evitar poner atención a lo que hacían (o sea a la lucha y expresión de emociones violentas) y a ponerla en cambio en lo que ellas perdían por ese comportamiento". Al tratar de activar a los padres pasivos "los terapeutas hacen todo el esfuerzo posible por levantar la actividad durante las sesiones . . . Hemos tratado muchas técnicas: forzar a que haya más interacción entre esposo y esposa; asignar tareas; hacer que una terapeuta del sexo femenino aliente al padre por medio de la adulación; sesiones individuales ocasionales solo con el padre". Zuk (1967) describe la técnica que él usa en la terapia con familias, en términos que están de acuerdo con el marco de referencia del refuerzo. Dice que la parte central de su técnica es la exploración y el intento de "cambiar el balance, de la forma patológica de relacionarse los miembros de la familia entre sí, en forma tal que surjan nuevas formas de relación". Zuk presenta las tácticas del terapeuta como un "ir entre" en el cual su función es "estructurar y dirigir constantemente la situación de tratamiento".

Debe insistirse en que el enfoque conductual no reduce en forma simplista el sistema familiar y la interacción familiar a mecanismos de refuerzo de carácter individual o diádico. El terapeuta familiar toma en

cuenta la riqueza y complejidad de la interacción familiar. Por ejemplo, Ballentine (1968) dice que: "la conducta dentro de un sistema no puede modificarse fácilmente tratando únicamente las consecuencias conductuales que existen entre subsistemas formados por dos personas, porque la conducta de una persona en relación con otra es a menudo determinada por las conductas de los otros miembros del sistema . . . las contingencias conductuales en un sistema familiar tienen muchos aspectos y constituyen una matriz de consecuencias conductuales múltiples".

La complejidad de contingencias familiares puede ilustrarse al estudiar un problema que surgió en el caso número 3. Al independizarse más Eduardo de sus padres y pasar más y más tiempo fuera de casa, sus padres comenzaron a discutir con más furia. Eduardo había servido como un escape entre ellos, para ambas partes, como un chivo expiatorio para su hostilidad, como un "niño problema" que requería acción y solidaridad entre los padres. Cuando se fue este escape, las relaciones entre marido y mujer se empeoraron y surgieron fricciones. Como las metas terapéuticas estaban limitadas a la emancipación de Eduardo de sus padres, y estos parecían suficientemente simbióticos como para contener una erupción temporal de hostilidad, el terapeuta dedicó sus esfuerzos a proteger a Eduardo de las respuestas de culpa o presión familiar. Esto funcionó y en pocas semanas los padres habían logrado un nuevo *modus vivendi* mientras que Eduardo continuaba y consolidaba sus logros recién adquiridos.

El enfoque conductual y de aprendizaje a la terapia familiar difiere del enfoque psicoanalítico. El terapeuta define su rol como educador en colaboración con la familia; por lo tanto no se le ocurre asignar títulos relacionados con "enfermedades" a los miembros de la familia, y por esto evita la culpa moral que ocurre en otras situaciones terapéuticas, y está libre del modelo médico que se ha incorporado al psicoanálisis, con sus ideas de conflicto o enfermedad subyacente. No es necesario que los miembros de la familia reconozcan su "enfermedad" o su irracionalidad porque el insight no se considera vital per se.

El enfoque conductual, con sus líneas de acción tan bien definidas, evita que el terapeuta refuerce sin quererlo patrones de comportamiento contradictorios. El enfoque conductual, cuando se aplica en forma consistente, es mucho más efectivo y más rápido que las otras formas de

terapia. Cuando los pacientes no responden a las técnicas conductuales, el terapeuta puede usar su actitud empírica para preguntarse por qué, y tratar otra técnica diferente. La orientación es mucho más experimental, y "el paciente siempre tiene la razón" mientras que el terapeuta tiene la responsabilidad de inventarse intervenciones que sean efectivas. En el enfoque psicoanalítico, la tendencia ha sido que el terapeuta decida que los fracasos se deben a que el paciente no es adecuado para ser tratado con esta técnica, más que a considerar que la técnica necesita modificarse con ese paciente particular.

La labor de los terapeutas de familias orientados conductualmente no se limita a las sesiones de terapia en una situación dada. Como puede verse en los casos antes presentados, el trabajo incluye colaboración y participación de otras entidades, tales como escuelas, servicios de rehabilitación, medicación, y ambiente de trabajo. Los terapeutas de familia están evolucionando hacia este enfoque de sistema total.

Las grandes ventajas de los enfoques conductuales a la terapia familiar presentados en este artículo deben probarse por medio de investigaciones sistemáticas. Tales investigaciones se están llevando a cabo en la actualidad (Dunham, 1966; Lewinsoh, Weinstein y Shaw, 1969; Patterson y Reid, 1967; Zeilberger, Sampen y Sloane, 1968). Es preciso seguir investigando para demostrar que los procesos familiares son "en esencia consecuencias conductuales que pueden clasificarse, especificarse y medirse con un grado aceptable de exactitud y precisión" (Ballentine, 1968). Es de esperarse que más progresos en la esfera clínica y experimental hagan que los terapeutas conductuales forcen a los terapeutas de familias, cualquiera que sea su orientación teórica, a especificar más claramente sus intervenciones, sus metas y sus resultados empíricos. Si esto se toma en serio, el campo de la terapia familiar mejorará y ganará importancia como un área solidamente fundamentada en la ciencia.

#### REFERENCIAS

- Alexander, F. The dynamics of psychotherapy in the light of learning theory. *International Journal of Psychiatry*. 1965, 1, 189-207.
- Ballentine, R.W. The family therapist as a behavioral systems engineer . . . and a responsible one. Trabajo leído en el Simposio de la

- Georgetown University sobre Psicoterapia Familiar, 1968. Washington, D. C.
- Bandura, A., & Walters, R. H. *Social Learning and personality development*. New York: Holt-Rinehart-Winston, 1963.
- Bandura, A., Grusec, J. E., & Menlove, F. L. Vicarious extinction of avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1967, 5, 16-23.
- Dunham, R. M. Ex post facto reconstruction of conditioning schedules in family interaction. En I. M. Cohen (Ed.), *Family structure dynamics and therapy*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association, Psychiatric Research No. 20, 1966, 107-114.
- Ferster, C. B. Essentials of a science of behavior. En J. I. Nurnberger, C. B. Ferster, & J. P. Brady, *An introduction to the science of human behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1963.
- Framo, J.L. Rationale and techniques of intensive family therapy. En I. Boszormenyi-Nagy & J.L. Framo (Eds.), *Intensive family therapy*. New York: Hoeber, 1965.
- Handel, G. (Ed.). *The psychosocial interior of the family*. Chicago: Aldine, 1967
- Krasner, L. The therapist as a social reinforcement machine. En H. Strupp & L. Luborsky (Eds.). *Research in psychotherapy*. Washington, D. C.: American Psychological Association, 1962.
- Lewinsohn, P. M., Weinstein, M. S., & Shaw, D. Depression: A clinical research approach. En *Proceedings of the 1968 Association for the Advancement of Behavior Therapy conference*. 1969. En Prensa.
- Liberman, R. A behavioral approach to group dynamics. *Behavior Therapy*, 1970, 1. En Prensa.
- Lovaas, O.I., Berberich, J.P., Perloff, B. F., & Schaeffer, B. Acquisition of imitative speech by schizophrenic children. *Science*, 1966, 151, 705-707.
- Marmor, J. Theories of learning and psychotherapeutic process. *British Journal of Psychiatry*, 1966, 112, 363-366.
- Patterson, G. R., McNeal, S., Hawkins, N., & Phelps, R. Reprogramming the social environment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1967, 8, 181-195.
- Patterson, G. R., & Reid, J. Reciprocity and coercion: Two facets of social systems. Trabajo leído en el Noveno Instituto Anual para

- Investigación en Psicología Clínica, University of Kansas. 1967.
- Reese, E. P. *The analysis of human operant behavior*. Dubuque: Brown, 1966.
- Shapiro, D., & Birk, L. Group therapy in experimental perspective. *International Journal of Group Psychotherapy*. 1967, 17, 211-224.
- Sherman, J. A. Use of reinforcement and imitation to reinstate verbal behavior in mute psychotics. *Journal of Abnormal Psychology*, 1965, 70, 155-164.
- Skinner, B. F. *Science and human behavior*. New York: Macmillan, 1953.
- Truax, C.B., & Carkhuff, R. R. *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and Practice*. Chicago: Aldine, 1967.
- Vogel, E. F., & Bell, N. W. The emotionally disturbed child as the family scapegoat. En N. W. Bell & E. F. Vogel (Eds.). *A modern introduction to the family*. New York: Free Press, 1960.
- Zeilberger, J., Sampen, S., & Sloane, H. Modification of a child's problem behaviors in the home with the mother as therapist. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1968, 1, 47-53.
- Zuk, G. H. Family therapy. *Archives of General Psychiatry*, 1967, 16, 71-79.