

EL ENTRENAMIENTO DE TERAPEUTAS FAMILIARES

José Navarro Góngora

(Facultad de Psicología de Salamanca)¹.

Emilio Sánchez de Miguel

(Facultad de Psicología de Salamanca).

INDICE:

PRIMERA PARTE: 1. Conceptos fundamentales y problemas.

1.1.: Institución y programas de entrenamiento.

1.2.: Las habilidades terapéuticas.

1.3.: Instrumentación para medir el aprendizaje de habilidades.

1.4.: Fórmulas para enseñar habilidades.

2. Estudios empíricos sobre la eficacia de los programas de entrenamiento.

SEGUNDA PARTE: 3. Una propuesta de un programa de habilidades.

3.1.: Elementos para el diseño de la enseñanza de habilidades.

3.2.: Objetivos de la intervención.

3.3.: Principios.

3.4.: Programa.

4. Resumen.

Apéndices

En este trabajo haremos, en primer lugar, una exposición de los conceptos más importantes que la literatura sobre el entrenamiento viene utilizando. En segundo lugar se hará una breve exposición de algunos trabajos empíricos y finalmente se presentará la teoría y los programas que venimos utilizando en el Máster de Intervenciones en Psicoterapia de la Facultad de Psicología de Salamanca para el entrenamiento de terapeutas.

1. CONCEPTOS FUNDAMENTALES Y PROBLEMAS.

Un programa de entrenamiento no sólo tiene en cuenta las habilidades a enseñar, también trata de las condiciones bajo las cuales va a enseñarse el programa y de las cualidades y acreditaciones académicas exigibles al alumno. Supone también la necesidad de crear una super-estructura (*meta-sistema*, en el lenguaje tradicional sistémico) que defina (reconozca y exija) ciertos estándares de calidad y sancione los programas de entrenamiento utilizados por las instituciones. Finalmente, habría que aportar evidencia sobre la eficacia de ciertos programas sobre otros, teniendo en cuenta que en último extremo la eficacia se demuestra por la tasa de recuperación de pacientes. Ríos González (1.992), lo ha expresado de forma más contundente:

¹ Correspondencia al primero de los autores (JNG): j@gongora.usal.es

[...] habría que intentar responder a unas cuantas preguntas: Qué enseñar, quiénes enseñan, a quién enseñar, hasta dónde enseñar, cuánto enseñar, para qué enseñar y dónde enseñar (Ríos González, 1.992; pág. 3).

La posibilidad de enseñar habilidades terapéuticas se enfrenta inevitablemente con el conjunto de creencias previas que existen al respecto. Estas ideas tienen además un signo contradictorio de aliento, unas, y de escepticismo, otras, hacia esa posibilidad².

Así, por ejemplo, para muchos la terapia es básicamente un arte. Lo cual debe entenderse como que los conocimientos y habilidades de los terapeutas constituyen algo *inefable*; "algo" que en el mejor de los casos sólo puede expresarse a través de metáforas más o menos cautivadoras. En otras palabras: lo esencial de la terapia sería un *saber* artístico³ que se resiste a toda formalización.

La enseñanza de habilidades terapéuticas tiene otra fuente de escepticismo que procede de la visión que los profesionales experimentados han desarrollado sobre sí mismos, según la cual ha sido la experiencia profesional y la reflexión sobre la misma lo que les ha hecho ser lo que son⁴. Desde esta vivencia, cargada seguramente de evidencias, el contacto con los pacientes ha de revelarse como la verdadera escuela de los terapeutas y todo lo demás poca cosa puede aportar.

Estas ideas encontrarían su contrapunto en otra creencia igualmente extendida: la formación convencional abunda en lo que de manera un tanto imprecisa solemos denominar *teoría* y adolece, por contra, de muy poca *práctica*. Esta apreciación alcanza su verdadero sentido en labios de los estudiantes, que son los principales valedores de que se enseñen "cosas prácticas".

Nuestra posición simpatiza con las que acabamos de reflejar, si bien mantiene una cierta distancia respecto de cada una de ellas. Así, sostenemos junto a quienes subrayan el carácter artístico de la psicoterapia, que ésta es, efectivamente, un proceso muy complejo, no una mera colección de distintas habilidades, y una gran parte de ellas no pueden (de momento al menos y probablemente nunca) ser formalizadas.

Creemos también que un núcleo importante de la actividad terapéutica depende de la capacidad de los terapeutas para reflexionar sobre su propia acción, y de esta manera construir con los datos del paciente el problema terapéutico, crear hipótesis de trabajo sobre su naturaleza, orientarse por ellas, evaluarlas, reconstruir la definición del problema si así se viera necesario; y así sucesivamente.

² Merece la pena mencionar que hemos encontrado esta misma contradictoria receptividad en otros profesionales, como los profesores cuando les plantea la posibilidad de enseñar directamente habilidades docentes.

³ Quizás la expresión "artístico" pueda resultar exagerada, pero incluso aunque tan sólo se mencione que cada caso es un mundo, y que por tanto "lo que el terapeuta debe hacer" es por definición enormemente flexible, ligado a cada contexto particular y por tanto indeterminable, surgiría el mismo descrédito.

⁴ En realidad, deberían de decir " en nuestro caso particular y según las condiciones en las que nos hemos desenvuelto, ha sido la experiencia profesional lo más decisivo y lo único verdaderamente relevante".

Pero, y dando parte de razón a nuestro terapeuta principiante, también creemos que hay un desequilibrio en la formación inicial en favor de lo teórico, si bien falta por aclarar qué tipo de formación práctica sería adecuada. En este sentido, sostenemos que en ese torrente de actividad que constituye la terapia pueden aislarse un conjunto de habilidades relativamente invariantes (es decir no dependientes del contexto o del caso particular), que precisamente por ello pueden ser descritas formalmente y, como consecuencia final, enseñadas directamente. Estas habilidades tienen además la peculiaridad de constituir la base para crear la relación con el paciente, con lo que si llegan a aprenderse adecuadamente permitirían al terapeuta dedicar todos sus recursos a las facetas más constructivas de su labor y potenciar esa vena artística que todo terapeuta debe sin duda desarrollar⁵. También defenderemos que la propia experiencia de enseñanza de estas habilidades específicas pueda convertirse en un modelo desde el cual los principiantes lleguen a vislumbrar cómo apropiarse reflexivamente de la propia acción y por ende de las habilidades menos determinables

A estudiar todos estos problemas dedicaremos el presente trabajo.

1.1.: Institución y programas de entrenamiento.

Probablemente una de las consideraciones más innovadoras de la literatura reciente, sea la que se refiere a cómo la institución debe encarar un programa de entrenamiento. En este sentido, el texto de Draper, Gower y Huffington (1.991), es de referencia obligada tanto en este tema como en el de las habilidades ligadas a las distintas escuelas de Terapia Familiar.

Un primer aspecto relevante es lo que denominan el *sistema de enseñanza-y-aprendizaje* creado a partir de la interacción de los distintos protagonistas del entrenamiento, que serían:

1. El supervisor del curso. Son funciones suyas: ayudar al profesor a enseñar determinados conceptos, hacer los arreglos necesarios para que el desarrollo de la enseñanza puede tener lugar con comodidad, ayudar a los profesores a analizar las causas por las cuales se producen dificultades en la enseñanza de un programa, etc.
2. Los profesores.
3. Los participantes en el programa de entrenamiento.
4. La institución o el contexto organizativo dentro del cual tiene lugar el programa y los colegas de la institución.

El programa tiene lugar como consecuencia de las negociaciones entre los protagonistas, distinguiéndose cinco fases:

Fase 1: Negociación entre la institución y los profesores contratados para impartir el curso. Se hace un primer delineamiento del curso tanto por el supervisor de la institución como por el profesor invitado.

Fase 2: Supervisor y profesor fijan los objetivos y los contenidos del curso, junto con ello, y de forma inevitable, se comparten expectativas tanto positivas como negativas. El supervisor también

⁵ ¿O será mejor decir *encontrar* o *descubrir* en sí mismo?

ofrecerá ideas sobre cómo reconocer y recibir *feed-back* sobre cómo se está produciendo el aprendizaje en el grupo.

Fase 3: Profesores y alumnos se encuentran por primera vez. El tema fundamental es cómo los estudiantes podrán aplicar lo que aprenden en sus instituciones de origen.

Fase 4: Los participantes comienzan a aplicar lo que están aprendiendo en sus respectivas instituciones, lo que produce respuestas variadas de sus compañeros y jefes: algunas de las ideas son desafiadas, otras rechazadas abiertamente; cuando se aceptan se pone al resto de los profesionales en la tesitura de tener que modificar sus fórmulas de trabajo.

Fase 5: Los participantes comienzan a informar sobre cambios habidos en su forma de trabajar y el impacto que ello produce en sus instituciones. Tal información es analizada, lo que frecuentemente lleva a reevaluar y cambiar algunos aspectos del programa, (Draper, Gower y Huffington, 1.991).

Adviértase que se entiende como *parte del programa de entrenamiento* la aplicación de lo aprendido a la forma de trabajar del alumno en su institución, así como el análisis de la manera en que la institución responde.

Un segundo aspecto interesante es la *definición del contexto de aprendizaje*. Se alude a dos tipos de definiciones, la primera afecta a los profesores. Elementos importantes de esta definición son: la invitación a enseñar, disponibilidad de una supervisión de la enseñanza, relación con otros profesores y recursos (administración, secretariado, biblioteca, medios técnicos, etc.), expectativas y creencias.

La segunda, afecta a los asistentes al programa. A los estudiantes se les informa sobre:

1. Formas de enseñanza de los profesores: el grupo se dividirá o no en subgrupos; los subgrupos tendrán el mismo o diferentes profesores, o habrá grupos paralelos a los que se imparte o no un mismo programa, etc.
2. Especificación de los diferentes contextos de enseñanza que se dan en una práctica o durante una discusión: individual, familiar, grupal, organizaciones.
3. Teoría y técnicas en los que se basa el punto anterior.
4. Uso de ejercicios (*role-playing*, escultura, video; nivel de aprendizaje que exige cada ejercicio).
5. Utilización del *feed-back* sobre ideas o comentarios de los alumnos, sobre los problemas de llevar a cabo lo que están aprendiendo y sobre cómo se aceptan las nuevas fórmulas de trabajo en sus instituciones de origen.

El tercer y último aspecto tiene que ver con la preparación sistemática de la enseñanza del programa de entrenamiento o curso. En el Apéndice 1, hemos recogido esa preparación.

Parece del todo evidente la necesidad de un contexto de aprendizaje ordenado y sistematizado. El Apéndice 1 puede servir de ejemplo. También parece evidente la necesidad de un supervisor, figura habitual en la tradición inglesa, algo más exótica entre nosotros. Su exotismo nada obsta a su necesidad. La información

ofrecida en el Apéndice 1 sobre la forma de organizar el contexto de aprendizaje no se apoya en datos empíricos, sino en la experiencia.

1.2.: Las habilidades terapéuticas.

A la hora de abordar el tema del entrenamiento de terapeutas la generalidad de la literatura distingue entre habilidades *conceptuales*, de *observación* y *ejecutivas*. Al definir las se aprecian diferencias, en ocasiones de matiz, entre los autores. Falicov et al. (1.981), entienden por habilidades conceptuales el material teórico presentado en el programa de entrenamiento. Por observacionales, aquellas que identifican y describen de forma acertada lo sucedido durante la entrevista. Estas habilidades no presuponen haber adquirido las primeras; ello quiere decir que, al menos en teoría, el alumno puede describir correctamente lo sucedido en una entrevista y no conocer la importancia que una determinada escuela otorga a eso que sucedió. Finalmente, las habilidades ejecutivas (o terapéuticas) son aquellas implicadas en la preparación y realización de la entrevista.

Otros autores, aunque admitiendo la distinción formal entre las tres, difuminan sus diferencias, por ejemplo, Tomm y Wright (1.979) y Zaken-Greenberg y Neimayer (1.986), no distinguen entre observacionales y conceptuales. En el Apéndice 2, hemos recogido un detallado ejemplo para que el lector se haga una idea clara de hasta qué punto se dispone de programas de habilidades.

La división de las habilidades en conceptuales, de observación (evaluación) y ejecutivas (intervención), parece fundamentarse en una experiencia bien establecida sobre qué actividades o procesos están implicados en la Psicoterapia. De forma simplificada puede afirmarse que el terapeuta entiende la información de su paciente a través de un modelo conceptual suministrado por su escuela, la información así traducida sirve de base a una intervención que busca cambiar la situación del paciente. Lo cierto es que hay más actividades o procesos; en un trabajo reciente (Navarro Góngora, 1.992) hemos identificado hasta siete formalmente diferentes:

1. Definición del contexto.
2. Creación (mantenimiento o fortalecimiento) de la relación.
3. Motivación del paciente al cambio.
4. Evaluación de los problemas del paciente.
5. Estrategias.
6. Intervención:
 - toma de decisiones para la intervención
 - técnicas de intervención
 - evaluación de la intervención.
7. Generalización.

Aunque algunos de los procesos están representados en el Apéndice 2, lo cierto que exceden a los de la lista de habilidades. Tampoco hace falta que los alumnos aprendan todas las habilidades ligadas a *todos* los procesos. Unos tienen más impacto en el resultado de la terapia que otros, probablemente por ser más básicos. Fundamentos teóricos, evaluación e intervención, son, probablemente, los tres procesos y los tres conjuntos de habilidades mínimas que un terapeuta ha de adquirir, pero no son las *únicas*.

A cada proceso se ha ligado una serie de habilidades. De nuevo subsiste en la literatura cierta confusión entre *proceso* y *habilidad*. El primero define una actividad general (evaluar, definir el contexto, crear estrategias, intervenir, etc.), el segundo indica cómo se lleva a cabo dicha actividad durante la entrevista clínica. Cabe, de nuevo, preguntarse cuáles han sido los criterios para adscribir ciertas habilidades a ciertos procesos, o dicho de forma más simple, ¿por qué se han elegido ciertas habilidades en los programas de entrenamiento y no otras?. La respuesta es que el criterio ha sido, básicamente, enseñar aquellas habilidades que un modelo de escuela dado definía como fundamentales. El programa de habilidades que aparece en el Apéndice 2 fue construido siguiendo el mencionado criterio. El texto de Draper, Gower y Huffington (1.991) que hemos citado está enteramente construido de esta manera. Una variante de este criterio que también se utiliza es pedir a terapeutas expertos que definan cuáles son aquellas habilidades que les parecen más importantes, sobre las más puntuadas se construyen los programas.

No son los únicos criterios; hoy en día resulta posible consultar una bibliografía extensa sobre lo que la investigación empírica ha identificado como *ingredientes activos* de los programas de tratamiento, es decir aquellas técnicas que resultan ser eficaces. Identificados los ingredientes, el siguiente paso es crear los programas de entrenamiento en dichos ingredientes. A reseñar que, básicamente, las habilidades que se enseñan de esta manera son las ejecutivas, raramente la investigación informa sobre la eficacia terapéutica de ciertas formas de diagnosticar o de ciertos presupuestos teóricos.

Nuestra posición, en lo que se refiere a los criterios para determinar qué habilidades, es que deben utilizarse criterios empíricos junto con criterios de escuela. El campo de la Psicoterapia avanza con una mezcla de certidumbres empíricamente establecidas y con ideas e intuiciones innovadoras que todavía no pasaron el test empírico. No tiene mucho sentido negarnos la posibilidad de incorporar lo nuevo una vez ha pasado el control de una experiencia clínica aunque no se haya validado empíricamente. A continuación ofrecemos dos tablas extraídas de un trabajo de Figley y Nelson (1.989) en el que aparecen puntuadas por 429 profesionales aquellas habilidades que juzgaban más importantes para un terapeuta familiar.

AQUI TABLA 1

1.3.: Instrumentación para medir el aprendizaje de habilidades.

El entrenamiento exige conocer hasta qué punto el alumno domina una cierta habilidad. Necesitamos, pues, una *instrumentación* que mida el avance en su adquisición. Sin olvidar que la verdadera utilidad se revela en la tasa de éxito

terapéutico de los alumnos entrenados con un cierto programa, y no tan sólo en que un programa A se aprenda antes o mejor que otro B. Todos los males que aquejan a los instrumentos utilizados en psicoterapia, los padecen los utilizados en el entrenamiento, con el añadido de que en nuestro caso existe una alarmante carencia de tales instrumentos. En el Apéndice 3 se han recogido algunos de los más utilizados.

1.4.: Fórmulas para la enseñanza de las habilidades.

Se emplean fórmulas diferentes para los distintos tipos de habilidades:

1. Habilidades conceptuales: Se aprenden los presupuestos teóricos de un modelo de escuela, en este caso la Terapia Familiar Sistémica, para ser capaces de entender la información que la familia nos dé (por lo tanto los presupuestos seleccionan información y le adscriben un sentido) y para saber cómo tenemos que intervenir (proporcionan estrategias de intervención y técnicas para llevarlas a cabo).

Los programas de conferencias más el estudio de una bibliografía, son las fórmulas más utilizadas para aprender la teoría. Siendo legítima la especulación teórica, ha de tenerse en cuenta que en psicoterapia la teoría ha de tener una vertiente práctica: no debe tratar tanto de definir lo que las cosas son, como suministrarnos una fórmula útil de conceptualizar la realidad de la familia (evaluación o diagnóstico), y de crear planes de acción que cambien dicha realidad (estrategias y técnicas de intervención). Una teoría que no ayude a entender e intervenir es operativamente inútil, lo que no obsta contra su legitimidad.

Es importante que el programa de conferencias sea precisamente eso: un programa. Es decir una serie de contenidos sujetos a un criterio ordenado y que persiga unos objetivos didácticos definidos e integrados dentro del plan de formación que, no lo olvidemos, también persigue objetivos de experiencia o prácticos. Unos y otros objetivos deben estar claramente definidos tanto para el profesor como para los alumnos. Los objetivos son para cumplirse, si no se cumplen no se ha cumplido el programa de entrenamiento. En el Apéndice 2 se proponen una serie de contenidos que pueden servir como ejemplo de lo que sería el programa de conferencias.

Para orientar al alumno conviene que la bibliografía esté ordenada siguiendo dos criterios. El primero recomienda distinguir entre bibliografía general y bibliografía específica. La primera debe cubrir los aspectos generales del modelo, sirve para presentar lo que la Terapia Familiar es. La segunda presenta información sobre problemas específicos (alcoholismo, esquizofrenia, divorcio, terapia de pareja, depresión, etc.), desarrolla los programas de tratamiento creados en Terapia Familiar para abordar esos problemas. El segundo criterio recomienda distinguir entre textos imprescindibles, textos recomendables y bibliografía general. Conviene no abrumar al alumno con una lista demasiado extensa de textos imprescindibles, conviene, igualmente, que en este apartado se recojan una mezcla de textos clásicos y contemporáneos.

El programa de conferencias y de lecturas deben realizarse al mismo tiempo que el programa práctico (centrado en las habilidades de observación y de

intervención), ello permite ver en la realidad aquello que se explicó y trasladar las fórmulas teóricas al campo práctico.

No se enfatizará suficientemente la necesidad de una preparación teórica. Y no se trata tan sólo del prurito de estar al día. La Terapia Familiar, como cualquier otra modalidad de psicoterapia, es una especialidad que exige un esfuerzo de profesionalización profundo, unos conocimientos extensos que pongan al alcance del terapeuta la experiencia del colectivo de profesionales, porque es seguro que la va a necesitar para cubrir las deficiencias y las ignorancias personales en un trabajo en el que pactar con esas deficiencias las hace repercutir en los pacientes. El estudio y el conocimiento nacen del compromiso ético con nuestros pacientes.

2. Habilidades de observación (evaluación) y ejecutivas (intervención): Las fórmulas que habitualmente se han creado para adquirirlas pasan por su definición, ensayo, observación y ejecución supervisada. El catálogo de técnicas utilizadas son las siguientes:

1.- Definición de las habilidades: Se utiliza una exposición verbal que suele acompañarse de un material escrito que resuma de forma concisa y clara lo expuesto.

2.- Ensayo de habilidades: Se suele utilizar el *role-playing* o técnicas afines. Definida la habilidad el profesor la ejecuta mediante el *role-playing* y el alumno imita la ejecución, también mediante el *role-playing*. Más adelante presentaremos algunos ejemplos de cómo hacemos esto. Las técnicas afines son, principalmente, adecuadas para las habilidades de observación; es el caso de la *escultura familiar* en la que se pide al alumno que haga un grupo escultórico (o, en otra variante, una fotografía) con una familia inventada o no. El alumno compone el grupo poniendo a unos y otros miembros en diferentes poses, acompañados por éste u otro familiar, etc. Todo ello sirve, entre otras posibilidades, para analizar las relaciones entre los miembros de la familia.

3.- Observación: Requiere que primero se identifique aquello que quiere observarse, sea una interacción (en el caso de las habilidades de evaluación), sea una técnica (caso de las de ejecución). Se puede poner a todo el grupo a observar lo mismo o se le puede dividir y asignar una tarea distinta a cada uno, ello hace más variada la sesión. El material a observar puede ser un *role-playing*, que suele tener la ventaja de ser corto y permitir un análisis pormenorizado, puede grabarse y analizarse sin demasiada fatiga.

4.- Los videos de entrevistas expanden considerablemente las posibilidades. Pueden visionarse por entero, parando la cinta cada 10'-20' y organizar la discusión en torno a 3-4 parámetros seleccionados entre aquellas habilidades que sean el objeto de enseñanza en ese momento, o bien pueden proponerse otros objetivos de observación. El visionado por entero es más apto para análisis de conjunto (evaluación de la familia, definición del problema, estrategias terapéuticas, etc.). Por razones didácticas puede optarse por un microanálisis, y visionar tan sólo un fragmento relevante del video, lo que permite observar el detalle fino de la entrevista como tipos de preguntas, técnicas concretas de intervención, lenguaje no-verbal,

etc. Este tipo de prácticas consume mucho tiempo y esfuerzo, y, al profesional, le obliga a ser no sólo terapeuta, sino también un profesor teóricamente muy cualificado.

5.- Las entrevistas en directo permiten observar y participar en el clima emocional a partir del cual se toman decisiones, clima que es muy difícil de reconstruir a partir de videos. Se ha criticado a la Terapia Familiar *utilizar* la entrevista con objetivos distintos de los estrictamente clínicos. Lo que sin duda está justificado. Por momentos lo didáctico interfiere con lo clínico: los alumnos hacen preguntas al terapeuta obligándole a distraer su atención hacia problemas didácticos. Además, (Haley, 1.989) la *actitud* del terapeuta ante el paciente varía sutilmente cuando sabe que su trabajo está siendo observado (o cuando prevé que la grabación podrá ser exhibida). Exhibicionismo y didactismo, son dos de los peligros del trabajo clínico realizado ante alumnos; ambos pueden ser peligrosos para el paciente (aunque no necesariamente, hay quien trabaja mejor, y es más eficaz, cuando está siendo observado) y cuando no lo son plantean problemas de ética profesional. No obstante los estudiantes necesitan la posibilidad de observar casos en directo como parte esencial de su entrenamiento, y esta necesidad hay que cubrirla de alguna forma.

La solución a todos estos problemas no es fácil. Quizás la primera de las medidas sea la de distinguir entre momentos clínicos y momentos didácticos. Todo lo que es contacto con el paciente es definido como un momento clínico, los estudiantes durante este periodo se limitan a escuchar y ver, sin participar en la discusión del equipo y sin hacer sugerencias de ninguna clase. Sólo cuando el paciente no está (antes de la entrevista o al final), se les permite, y se les anima, a que conversen sobre lo que han observado. La segunda de las medidas pasa por incrementar las garantías del paciente. Por ejemplo, suscribiendo contratos de uso de material filmado, declarando quiénes componen el equipo de terapeutas y la naturaleza de la institución en la que el paciente ha pedido consulta, obligando a los alumnos a firmar un contrato que les obliga al secreto profesional, etc. Todas estas medidas restringen los peligros inherentes a la observación directa de entrevistas, no los eliminan. Al final, queda el hecho de que la entrevista se utiliza con finalidades más allá de las estrictamente clínicas.

6.- La última prueba de los alumnos se hace frente a la familia o frente al paciente individual. Esta prueba es ineludible, sin ella nunca se podrá saber si aprendieron las habilidades que se le enseñaron. Se habla de 500 horas de prácticas frente a pacientes, también de 1.000, dependiendo de qué es lo que se contabiliza como prácticas (hay quien contabiliza el tiempo invertido en preparar la entrevista y en escribir informes de la sesión). En cualquier caso algunas entrevistas deberán ser supervisada por un terapeuta más experto y otras las deberán hacer sin supervisión y siendo el alumno totalmente responsable de lo que allí suceda. Es deseable que la supervisión sea directa: el supervisor se sitúa detrás de un espejo unidireccional e interviene ocasionalmente sugiriendo líneas de trabajo. La supervisión no directa, mediante el informe verbal del alumno, tiene su utilidad, pero más bien resuelve un problema de tiempo o de presupuesto del terapeuta o de la institución, resolviéndole poco al estudiante.

2. ESTUDIOS EMPIRICOS SOBRE LA EFICACIA DE LOS PROGRAMAS DE ENTRENAMIENTO.

En la célebre revisión del estado del campo de la Terapia Familiar de Gurman, Kniskern y Pinsoff (1.986) se lamentan los autores de la falta de trabajos empíricos sobre el entrenamiento en Terapia Familiar. No se ha avanzado mucho desde entonces. Myers, Avis y Sprenkle (1.990) han realizado una de las pocas revisiones. Comienzan su estudio haciendo una distinción entre métodos directos e indirectos de evaluación, los primeros miden el efecto del entrenamiento, los segundos se derivan del estudio de los factores asociados a un cambio positivo. Por ejemplo, la insistencia en la necesidad de entrenar a los terapeutas en habilidades de relación deriva del hecho de que el 44,6% de la varianza del resultado en Terapia Familiar es achacable a las habilidades de relación, mientras que el 35,5% se liga a la estructuración; juntas dan cuenta del 60% de la varianza. En la figura 1, se recoge cómo sería el procedimiento indirecto de evaluación del resultado terapéutico.

AQUI FIGURA 1

A modo de resumen de los 17 estudios sobre evaluación de programas de entrenamiento que revisan ofrecemos el Apéndice 4, apéndice que ha de complementarse con el 3 en el que se ofrecía una descripción de los instrumentos utilizados en cada uno de los estudios.

APENDICE 1: Preparación de un programa de entrenamiento. (Draper, Gower y Huffington, 1.991).

1. Definición de las metas del curso:

- (a) Metas para los alumnos que comienzan:
 - adquirir la mayor cantidad de información teórica posible
 - muchos de los alumnos que comienzan tienen un conocimiento previo y requieren de los profesores, desde el principio, que se les ayude a llevar a la práctica lo que saben.
- (b) Metas para alumnos avanzados:
 - crear las condiciones para que el alumno pueda llevar a la práctica aquello que aprendió teóricamente
 - dar la posibilidad de que los alumnos discutan y evalúen la experiencia de aplicar lo que aprenden.
- (c) Metas generales para todos los alumnos:
 - facilitar a los alumnos una comprensión sistémica de cómo pueden aplicar la Terapia Familiar en sus contextos de trabajo
 - posibilitar que puedan organizar las ideas que tengan sobre la teoría y la práctica de la Terapia Familiar
 - posibilitar que los profesores estén conectados con las necesidades de los alumnos y que puedan organizar y estar de acuerdo en una tarea común
 - facilitar una participación activa animando a los alumnos a presentar sus experiencias y a utilizar el grupo para comprobar nuevas ideas y resolver problemas
 - permitir al profesor comprobar el equilibrio entre la necesidad de introducir nuevas ideas y consolidar el material ya explicado
 - posibilitar el compromiso de los participantes tanto con el material de lectura prescrito como con aquel que ellos mismos puedan elegir
 - posibilitar que los alumnos apliquen lo nuevo que aprenden en sus instituciones de origen.

2. Razones por las que se enseña: Resulta importante que el profesor tenga conciencia de sus necesidades como profesional que enseña para conseguir un buen ajuste entre el profesor y los participantes. Algunas de las razones esgrimidas son: disponer de una plataforma para que sus ideas sean compartidas, desarrolladas, estimuladas o desafiadas; estar al día de los nuevos desarrollos del campo; proselitismo; reconocimiento de un mayor estatus por parte de los colegas; necesidad de las instituciones de introducir el cambio en sus procedimientos.

3. Crear una red de profesionales: Crear una red de profesionales y de intereses que apoyen el programa de entrenamiento. Bajo ciertas circunstancias se necesitan el *permiso* explícito de alguien para ponerlo en marcha. No disponer de esta red puede crear problemas para iniciar el programa, o en su transcurso.

- Adicionalmente ha de explorarse el contexto institucional de los profesores para maximizar su maniobrabilidad dentro del curso.

4. Seleccionar un supervisor o consultante para el sistema-de-aprendizaje-y-enseñanza.

5. Investigación del mercado para el programa:

- es necesario asegurarse de que el curso o programa propuesto es realmente necesario
- una vez establecido el curso resulta necesario comprobar si el formato que se está utilizando sigue coincidiendo con las necesidades de los participantes.

6. Selección de los participantes:

- es necesario definir a quiénes se dirige el curso: qué tipo de profesionales, cuánta experiencia previa, qué cualificación académica (doctor, licenciado, etc.)
- ciertos candidatos no se ajustan a los requisitos. Su aceptación dependerá de las implicaciones de su participación en el proceso de enseñanza. Se puede acudir a entrevistar a estos candidatos.

7. Formularios de inscripción:

- su diseño ha de observar los criterios de selección de candidatos

- se ha de pedir información sobre ciertos extremos:
 - (a) compromiso de dedicación al tiempo que reclame el curso
 - (b) áreas de interés del alumno
 - (c) predicción de cómo va desarrollarse profesionalmente en los próximos cinco años
 - (d) quién/es le apoya(n) en el trabajo con familias en su institución.

8. Recursos del curso: Aspectos como: honorarios de profesores, gastos de hotel, propaganda, gastos de secretaria, equipo audio-visual, invitados especiales, libros, fotocopias, revistas, gastos de supervisión.

9. Contenido de los cursos:

- el contenido se relaciona con los objetivos del programa
- un aspecto clave es que el contenido seleccionado se ajuste de alguna forma al contexto de trabajo de los participantes
- el contenido debe incluir material de lectura, material que hay que ordenar siguiendo varios criterios: trabajos pioneros de gran interés junto con lo más actual; una bibliografía dividida por materias y distinguiendo entre libros básicos, importantes y generales. Las recomendaciones bibliográficas pueden aumentarse a tenor del *feed-back* de los alumnos.

10. Planificación de la primera sesión: Observando los siguientes extremos:

- introducción al curso (bibliografía, horario, lugar, material audio-visual, etc.)
- presentación de los estudiantes
- secretaria
- pausas
- asegurar que los estudiantes abandonan su primera sesión con suficiente entusiasmo.

11. Desde la segunda sesión hasta las fases medias del curso: Son varios los problemas de este momento:

1. Una gran preparación por parte de los profesores, sobre todo en lo que se refiere a ayudar al grupo a integrar los conceptos de forma experiencial.
2. Es en este momento en el que se recibe y elabora el *feed-back* del grupo, la ayuda del supervisor puede ser importante a la hora de entender esa información.
3. Una vez se ha completado un tercio del curso el profesor descubre que el grupo se encuentra más relajado, entendiendo los contenidos que se les ofrece.
4. Los participantes comienzan a estar entusiasmados y el aprendizaje a acelerarse, ello permite entender las críticas desde otro punto de vista.
5. Hacia la mitad del curso la asistencia se hace menos estable, no se hacen las tareas. Es posible que se haya alcanzado una cierta saturación y se necesite un cambio de paso. Es el momento para discutir los efectos de lo aprendido en las propias instituciones. También es el momento en el que los participantes estabilizan sus ideas.

12. Desde la mitad del curso hasta el final: Características de este momento son las siguientes:

1. El grupo se ha desarrollado hasta dotarse de considerables recursos. Se empiezan a hacer lecturas informales y a tener discusiones fuera del ámbito del curso.
2. Es el momento en que el grupo puede ser más demandante, también el profesor puede estar más fatigado. La situación puede solventarse invitando a un profesor de fuera, ofreciendo más sesiones del video, etc.
3. Cuando se lleva como dos terceras partes del curso comienzan a aparecer los problemas típicos de final de curso. La acreditación comienza a ser un problema, el trabajo después del curso o la posibilidad de más entrenamiento empiezan a discutirse.
4. El ritual de despedida ha de planificarse por anticipado: una comida, puede ser una buena forma. Programar algún tipo de contacto con los participantes al curso y los profesores, asegura una red de contactos mutuos que posibilita, por ejemplo, hacer seguimientos a largo plazo sobre la evolución de las nuevas técnicas en sus respectivas instituciones.

APENDICE 2. Programa de habilidades conceptuales, de observación y terapéuticas (o ejecutivas). (Falicov, Constantine y Breunlin, 1.981).

Habilidades conceptuales

I. Teoría sistémica

- A. Definición de sistema: abierto/cerrado, adaptativo, criterios de adaptabilidad de los sistemas.
- B. Programas: abierto/cerrado.
- C. Procesos: morfogénesis (feed-back positivo, cambio); morfostasis (feed-back negativo, homeóstasis).

II. Ciclo vital familiar

- A. Definición de ciclo vital
- B. Puntos de transición del ciclo vital (comienzo de la pareja, educación de los hijos, etc.).
- C. Cambios necesarios en cada etapa: función, estructura y reglas.
- D. Problemas normales en cada estadio.
- E. Variaciones culturales en el ciclo evolutivo: la cultura de la pobreza, emigración.

III. Estructura

- A. Definición de estructura.
- B. Composición: familia nuclear (esposos, padres, hijos, etc.); familia extensa (abuelos, parientes, etc.); relaciones (compañeros de colegio, del trabajo, vecinos, etc.); grupo cultural (minoría étnica, religiosas, etc.).
- C. Configuración: líneas de alianza (alianzas diádicas, triadas/coaliciones, configuraciones disfuncionales: hijos/padres, triadas rígidas (triangulación, coaliciones estables, exclusiones).
- D. Límites: reglas de inclusión, tipos de límites (rígidos/flexibles, disuelto/sobreimplicado).
- E. Jerarquía: lugar de la autoridad, cadena de autoridad.
- F. Mapa estructural de relaciones.

IV. Teoría interaccional

- A. Teoría de los tipos lógicos: miembro y clase.
- B. Definición de comunicación: niveles de comunicación (metacomunicación, comunicación analógica y digital).
- C. Interacción: circular (secuencia, puntuación); relaciones (maneras de definir la relación: confirmación, disconfirmación, rechazo, descalificación); tipos (simétrica, complementaria, paralela); reglas (meta-reglas, reglas que gobiernan interacciones, *quid pro quo*, mitos, valores, rituales).
- D. Comunicación paradójica: lógico-matemática; definición paradójica; órdenes paradójicas (pragmáticas, paradoja del "sé espontáneo", predicados paradójicos); doble vínculo.

Habilidades ejecutivas

I. De convocatoria

- A. Identificar todos aquellos miembros relevantes; trabajar para incluirlos.
- B. Negociar el contexto de trabajo: hora, lugar y composición del grupo para la sesión inicial.
- C. Formular hipótesis iniciales.

Habilidades de observación

I. Grado elemental

- 1. Seleccionar la unidad de observación (ej. diadas, triadas).
- 2. Identificar los canales de comunicación.
- 3. Distinguir entre contenido y proceso.
- 4. Describir la interacción a través del turno en la toma de palabra.
- 5. Describir la interacción no-verbal sin adscribir un significado.

II. Grado intermedio

- 1. Describir la interacción familia-terapeuta.
- 2. describir cómo los miembros de la familia se bloquean o se ayudan
- 3. Identificar conductas de las que la familia es y no es consciente.

III. Grado avanzado

- 1. Discriminar los múltiples mensajes en las interacciones verbales y no-verbales.
- 2. Construir los patrones circulares de interacción.
- 3. Reconocer cambios en los patrones interaccionales.
- 4. Describir las interacciones familia-terapeuta haciendo hincapie en las similitudes y las diferencias.

II. *De cómo llevar la primera entrevista*

- A. Preparativos para recibir a la familia (sillas, video, etc.).
- B. Presentación de uno mismo y del contexto de trabajo (video, espejo unidireccional, etc.).
- C. Hacer intervenciones organizativas que faciliten la entrevista.
- D. Explicar porqué se ha pedido que vengan todas las personas convocadas.
- E. Explicar qué se conoce del problema.
- F. Preguntar a cada uno su punto de vista sobre el problema.
- G. No ser ni demasiado personal ni demasiado alejado.
- H. Responder a las preguntas de forma clara y directa.
- I. Evitar ofrecer soluciones o consejos prematuramente.
- J. Mantener una actitud exenta de juicios y animar a todos a expresarse.
- K. Obtener de cada miembro cuál es su cambio deseable.
- L. Definir un contrato de trabajo previo.
- M. Permitirse un tiempo suficiente para resumir y para cerrar la entrevista.

III. *Crear una alianza terapéutica*

- A. Búsqueda de los recursos.
- B. Fomentar la auto-revelación.
- C. Reflejar.
- D. Permanecer neutral.
- E. Implicar a todos los miembros de la familia.
- F. Acomodarse al estadio y lenguaje familiar.
- G. Aceptar y tratar de comprender los valores y creencias familiares.
- H. Establecer la relación adecuada a la edad de cada miembro de la familia.

IV. *Evaluación*

- A. Usar el genograma siempre que sea necesario.
- B. Obtener los datos relativos a los subsistemas y a los límites preguntando los roles, funciones y reglas, promocionando la interacción diádica y triádica; reproducir los problemas en la sesión.
- C. Comprobar la flexibilidad del sistema dando tareas; estableciendo reglas, cambiando alianzas, etc.
- D. Evaluar la definición familiar de la relación terapéutica.
- E. Explorar los factores extra-familiares (familia extensa, instituciones implicadas, etc.).
- F. Determinar el(los) efecto(s) de la familia de origen sobre las conductas.
- G. Cambiar de táctica cuando una forma de obtener información no funcione.
- H. Integrar la información y formular hipótesis de trabajo.

V. *Habilidades relacionadas con las fases medias del tratamiento*

- A. Distinguir entre contenido y proceso, utilizar ambos.
- B. Estructurar la entrevista para conseguir las metas propuestas.
- C. Desarrollar un "tema" para organizar el trabajo terapéutico.
- D. Redefinir los problemas en términos interaccionales.
- E. Cambiar las pautas repetitivas y disfuncionales.
- F. Motivar el cambio de la familia utilizando técnicas directas e indirectas.
- G. Modificar las hipótesis y los planes de tratamiento cuando sea necesario.
- H. Precibir tareas (directas o paradójicas; en la sesión o fuera de la entrevista).
- I. Terminar las entrevistas de forma adecuada.

VI. *Terminación del tratamiento*

- A. Evaluar la terminación de la terapia:
 - 1. Reconociendo y respondiendo a los deseos de la familia de finalizar.
 - 2. Permitiendo que se desarrolle los procesos naturales de curación.
 - 3. Reconociendo los límites del cambio.
- B. Consolidar los cambios a través de medios directos e indirectos.
- C. Hacer seguimientos después de un intervalo adecuado.

VII. *Utilización del propio terapeuta*

- A. Identificar sentimientos del terapeuta y de la familia y su impacto en el sistema familia-terapeuta.
- B. Utilizar la auto-revelación del terapeuta de forma apropiada.
- C. Acostumbrarse a funcionar bajo estrés.

D. Funcionar como líder del sistema terapéutico: evitar luchas por el poder; utilizar la inducción desde varios roles; evitar la triangulación.

E. Utilizar un rango de conductas que sean a la vez flexibles y apropiadas al contexto.

VIII. *Técnicas de Terapia Familiar Estructural*

A. Mostrar los patrones estructurales de la familia:

1. clarificar los patrones de interacción
2. identificar los efectos de las interacciones
3. realizar dichos patrones en la entrevista
4. redirigir los canales de comunicación.

B. Intensificar el estrés:

1. bloquear los patrones de interacción
2. bloquear los mecanismos de marginación
3. desvelar lo encubierto
4. coaligarse para equilibrar o desequilibrar el sistema.

C. Cambios de sentimientos o del humor:

1. cambios de los afectos ligados al síntoma
2. redefinir una emoción predominante
3. bloquear la expresión de un afecto
4. bloquear la expresión de un afecto
5. exagerar un afecto
6. ofertar un afecto alternativo.

D. Establecer límites:

1. delinear límites individuales
2. clarificar límites intra-sistémicos
3. establecer jerarquías
4. afirmar o/y aflojar límites.

IX. *Técnicas especiales de Terapia Familiar Interaccional*

A. Centrarse en el síntoma:

1. intención paradójica
2. ampliar la desviación
3. prescripción del síntoma
4. quitar énfasis al síntoma
5. redefinir el síntoma
6. moverse hacia otro síntoma o problema.

B. Centrarse en los distintos escalones de un patrón circular:

1. bloquear los escalones
2. cambio de reglas
3. ampliar la desviación
4. reemplazar el escalón
5. acortar o prolongar el escalón.

C. Centrarse en el patrón circular por entero:

1. connotar positivamente el patrón
2. prescribir el patrón por entero
3. prescribir rituales.

D. Comunicación estratégica:

1. redefinición
2. utilización de metáforas
3. "plantar" ideas
3. puntuar terapéuticamente.

E. Elaborar la resistencia:

1. animar la resistencia
2. proveer de una alternativa peor
3. animar las recaídas
4. sabotaje benévolo.

APENDICE 3. Instrumentos comúnmente utilizados en la evaluación del aprendizaje de habilidades terapéuticas.

Myers y Sprenkle, 1.990 (*)

1. Análisis de la interacción (Alrred y Kersey, 1.977):

- descripción: es un instrumento para analizar la interacción verbal entre familia y terapeuta. Dispone de 7 categorías que describen la conducta del terapeuta, cinco funcionales (educar - informar, obtención de información, interpretación-confrontación, búsqueda de alternativas-recomendaciones, apoyo) y dos de "bloqueo" (conducta equívoca y agresión-inhibición), así como de dos que describen la conducta del paciente (elaboración y resistencia) y una última categoría para confusión y el silencio.

- Forma de aplicación: puntuaciones de un grupo de jueces entrenados.

- Fiabilidad: media inter-jueces: 0,90. Validez: los estudios no son concluyentes.

2. Escala de conducta del terapeuta familiar (Pinsof, 1.979):

- descripción del instrumento: se trata de un código de conductas verbales del terapeuta. Incluye 19 categorías mutuamente exclusivas. Capaz de distinguir entre terapeutas noveles y experimentados.

- Forma de aplicación: puntuaciones de un grupo de jueces entrenados.

- Fiabilidad: media interjueces, $k=0,635$; de conjunto, $k=0,50$; $p < 0,001$. Validez: los estudios no son concluyentes.

3. Sistema de codificación de la conducta del terapeuta (Pinsof, 1.981):

- descripción: se designó para identificar y diferenciar conductas verbales específicas y clínicamente relevantes de terapeutas familiares de distintas orientaciones. Consta de 9 escalas nominales cada una de ellas con varias categorías y algunas con varias subcategorías, lo que resulta en 85 códigos de variables. Las escalas son: tema, intervención, orientación temporal, a quienes, estructura interpersonal, miembros del sistema, ruta, forma gramatical y acontecimientos ligados a la relación.

- Forma de aplicación: puntuaciones de un grupo de jueces entrenados.

- Fiabilidad: interjueces: $k=0,87$ a $0,96$; $p < 0,001$. Validez: existe cierta evidencia de que posee una cierta validez discriminativa.

4. Tarea de Evaluación del Concepto Familiar y Sistema de Evaluación (Tucker y Pinsof, 1.984):

- descripción: el instrumento trata de medir hasta qué punto el terapeuta conceptualiza el material clínico desde una perspectiva sistémica. Consta de dos partes, en la primera se somete al estudiante a cuatro situaciones clínicas que difieren en los problemas, los síntomas y las historias. Cada situación puede conceptualizarse de formas distintas, los estudiantes han de escribir sobre qué factores causan o mantienen el síntoma o los problemas. El Sistema de Evaluación se utiliza después para puntuar y analizar lo escrito. Consta de tres escalas independientes que evalúan los componentes más importantes del pensamiento sistémico: escala estructural (evalúa cómo las formulaciones de un problema están causal y temporalmente relacionados); escala interpersonal (mide el número de individuos que de forma explícita interactúan unos con otros en la formulación de problemas clínicos); escala de los miembros del sistema (identifica el número de los diferentes sistemas personales mencionados en la definición de los problemas clínicos).

- Forma de aplicación: los estudiantes escriben su juicio diagnóstico sobre cuatro situaciones clínicas que se les presentan, después un grupo de jueces entrenados puntúa sus ensayos.

Fiabilidad: escala estructural: discrimina tanto entre expertos y estudiantes antes del entrenamiento ($p < 0,001$), como entre estudiantes antes y después del entrenamiento ($p < 0,05$). No existen diferencias significativas entre las otras dos escalas.

5. Escala de Evaluación del Terapeuta Familiar (Piercy, Laird y Mohammed, 1.983):

- descripción: evalúa las habilidades del terapeuta familiar. Consta de 5 categorías de habilidades tanto verbales como no-verbales con 10 items por categoría (estructuración, relación, historia, proceso-estructura y experiencia). Simple de aplicar, pero excesivamente global.

Forma de aplicación: puntuaciones de un grupo de jueces entrenados.

- Fiabilidad: inter-jueces: $0,77$, $p < 0,001$; consistencia interna para cada escala: alfa de Cronbach $0,72$ a $0,95$. Todos los items de las escalas discriminan entre la utilización de habilidades eficaces e ineficaces, también son capaces de discriminar entre terapeutas expertos e inexpertos ($p < 0,001$).

6. Instrumento de evaluación del entrenamiento (Breunlin, Schwartz, Krause y Selby, 1.983):

- descripción: evalúa la adquisición y aplicación de conocimientos estructurales y estratégicos. Consiste en 30' de una sesión de terapia familiar re-interpretada por actores profesionales y seguida por una serie de preguntas de opción múltiple relativas a la entrevista.
- Forma de aplicación: respuestas a un test de opción múltiple.
- Fiabilidad: no se informa. Validez: capaz de discriminar ($p < 0,01$) entre terapeutas familiares noveles, intermedios y avanzados, así como entre grupos pre y post-entrenamiento.

Perlesz, Stolk y Firestone, 1.990

7. Viñetas de casos:

- descripción del instrumento: se trata de un material escrito en el que se describe las características de una familia, la información es la se suministra cuando se remite una familia a una institución.
- Forma de aplicación: respuesta por escrito durante 45' a preguntas del siguiente tenor: papel de los síntomas en la dinámica familiar; hipótesis de trabajo que pueden deducirse de la información; etc. Una comisión de jueces puntúa de acuerdo con dos dimensiones: comprensión sistémico-interaccional y metas del tratamiento.

8. Entrevista Familiar grabada en vídeo:

- descripción del instrumento: se trata de los 15' iniciales de una entrevista familiar más un genograma de la familia en el que se detalla cierta información básica.
- Forma de aplicación: respuesta por escrito durante 45' sobre interacciones familiares, conducta del terapeuta y direcciones de trabajo para entrevistas subsiguientes. Una comisión de jueces valoraba las respuestas siguiendo las tres directrices anteriores. En fórmula alternativa (Zaken-Greenberger y Neimeyer, 1.986), la comisión de jueces evalúa utilizando una taxonomía de respuestas verbales partiendo del número total de intervenciones terapéuticas, dichas respuestas se encuadran en varias dimensiones: respuestas de obstrucción, interpretaciones o confrontaciones, realineamientos estructurales. Cuanto más sofisticada es la taxonomía más tiempo consume su aplicación, más se debe entrenar a los jueces (más discrepancias aparecen entre ellos) y mejores y más finos son los análisis que pueden realizarse.

9. Entrevista Familiar Simulada:

- descripción del instrumento: los alumnos llevaban a cabo 10' de entrevista con una familia simulada. La entrevista se grababa en vídeo.
- Forma de aplicación: los videos de las entrevistas son evaluados por un grupo de jueces con respecto de tres dimensiones: capacidad de respuesta del terapeuta, investigación hacia el problema e investigación del sistema.

10. Escala de Competencia:

- descripción del instrumento: se trata de un cuestionario de 57 ítems que mide: competencia en habilidades conceptuales-perceptuales y en intervención-ejecutivas.
- Forma de aplicación: auto-administrado. El estudiante evalúa cada ítem con respecto de una escala de 7 puntos.

11. Cuestionario de Descripción Personal:

- descripción del instrumento: se trata de un instrumento de 50 ítems diseñado para medir la flexibilidad en una serie de conductas que se agrupan en torno a dos categorías o sub-escalas: "masculinas" y "femeninas".
- Forma de aplicación: auto-administrado. El estudiante evalúa cada ítem con respecto de una escala de 7 puntos.

Zaken-Greenberg y Neimeyer, 1.990

12. Cuestionario de Información del estudiante:

- descripción del instrumento: información sobre los siguientes aspectos: demográficos (edad, sexo, etc.), experiencias previas del estudiante en Terapia Familiar (seminarios a los que asistió, práctica supervisada, etc.).
- Forma de aplicación: auto-informe.

13. Repertorio Familiar:

- descripción del instrumento: mide el sistema cognitivo de los componentes de la familia utilizando 15 dimensiones del constructo personal.
- Forma de aplicación: entrevista estructurada en tres partes. En la primera el sujeto da los nombres de familiares que concuerdan con 10 descripciones que le da el experimentador. En la segunda, se le pide al sujeto que haga 15 clasificaciones con tres familiares diciendo en qué dos

familiares se parecen y en qué, los mismos dos, se distinguen de un tercero. En la tercera parte se le pide al sujeto que puntúe a cada familiar en una escala de 7 puntos en relación con las 15 clasificaciones obtenidas en la segunda parte de la entrevista.

(*): Los instrumentos relacionados no son todos los que los autores aportan. Hemos elegido esta forma de presentación para evitar repetir los mismos instrumentos en distintos autores.

APENDICE 4. Resultados sobre el entrenamiento en Terapia Familiar.

1. Alexander, Barton, Schiavo y Parsons, 1.976

Resultados: (1) la relación terapéutica explica por sí misma el 44,6% de la varianza del resultado. (2) Las habilidades de estructuración, explican el 35,8% de la varianza del resultado. (3) Habilidades de relación y de estructuración explican el 60% de la varianza del resultado.

2. Allred y Kersy, 1.977

Resultados: el instrumento utilizado para estudiar la interacción (ver cuadro 3) da información sobre: (a) porcentaje de tiempo que el terapeuta utiliza en cada categoría de interacción; (b) razón terapeuta/ cliente en el uso de la palabra y (c) porcentaje de conducta obstructiva del terapeuta.

3. Pinsof, 1.979

Resultados: (1) se encontraron diferencias significativas entre terapeutas noveles y avanzados en 9 de las 16 variables analizadas. (2) Los terapeutas avanzados eran más activos, apoyaban más e interpretaban más; se mantenían más centrados en un problema definido como central, trataban más las conductas en el aquí y el ahora; se centraban más en las secuencias de conductas, la comunicación de sentimientos entre los miembros de la familia. (3) Los terapeutas noveles tratan más problemas no-relacionales y opiniones de los miembros de la familia.

4. Pinsof, 1.981

Resultados: se hallaron diferencias significativas entre una medida pre y otra post-entrenamiento en la dirección predicha en 2 variables formales y en 3 de las 25 categorías en las que se esperaba un cambio. También entre los estudiantes más y menos experimentados en una medida pre en 8 de las 85 categorías. Después del entrenamiento, los estudiantes eran más activos y utilizaban un mayor rango de intervenciones. Trabajaban más con emociones negativas, con las familias de origen y con la familia extensa.

5. Tucker y Pinsof, 1.984

Resultados: se hallaron diferencias significativas entre una medida pre y otra post-entrenamiento en la dirección predicha entre expertos y estudiantes solamente en la Escala de Componentes Estructurales. Contrariamente a lo predicho, no se encontraron diferencias significativas en las escalas de Relaciones Interpersonales y de Pertenencia al Sistema.

6. Tomm y Leahey, 1.980

Resultados: (1) lo conseguido en una medida post-test era significativamente mayor que en el pre-test en los 3 métodos considerados. (2) No había diferencias significativas entre los métodos.

7. Churven y McKinnon, 1.982

Resultados: (1) mejoras significativas en las tres medidas consideradas (video, análisis de casos y auto-informe). (2) Las habilidades cognitivas y de intervención son relativamente independientes. (3) Las puntuaciones de los supervisores en el pre-curso son casi idénticas a las puntuaciones a las puntuaciones del video pre-curso pero no correlacionaban con puntuaciones en el análisis pre-curso de un caso y las auto-puntuaciones.

8. Piercy, Laird y Mohammed, 1.983

Resultados: (1) todos los items de la escala final discriminaban significativamente entre viñetas eficaces e ineficaces. (2) 3 de las 5 escalas (relaciones, estructural/proceso y experiencial) presentaban relaciones significativas entre las puntuaciones de los terapeutas y de los supervisores. (3) La escala discriminaba significativamente entre terapeutas expertos e inexpertos.

9. Breunlin, Schwartz, Krause y Selby, 1.983

Resultados: (1) El instrumento utilizado (30' de una sesión de Terapia Familiar simulada) discriminaba entre estudiantes de enfermería que comenzaban el entrenamiento, trabajadores sociales de un nivel intermedio y estudiantes externos avanzados en Terapia Familiar. (2) El instrumento parecía más válido en una medida de habilidades de observación y conceptuales que en habilidades ejecutivas.

10. Kolezvon y Green, 1.983

Resultados: (1) se hallaron consistentemente mayores divergencias que convergencias entre los 3 modelos de terapia sometidos a análisis en lo que se refiere a su sistema de creencias y estilo. (2) Alta correlación entre lo dicho en la literatura de cada modelo y lo realizado en terapia.

11. Byles, Bishop y Horn, 1.983

Resultados: en el seguimiento a los 6 meses los profesionales realizaron en conjunto y como media 42,5 entrevistas familiares por semana, esto es 2,6 entrevistas por profesional y semana, en comparación con ninguna entrevista antes del entrenamiento.

12. Mohammed y Piercy, 1.983

Resultados: (1) sin diferencias significativas entre los dos grupos (entrenamiento por observación y de habilidades y entrenamiento en habilidades más observación, respectivamente) tanto en habilidades de estructuración o de relación entre el pre-test y el post-test. (2) Aquellos que recibieron la condición observación + entrenamiento resultaron con ganancias significativas en la adquisición de las habilidades de relación.

13. Tucker y Pinsof, 1.984

Resultados: diferencias significativas entre el pre y post-test en la escala de Componentes Estructurales, pero no en la Interpersonal, ni en la de Membrecía. (2) Quienes se entrenaban eran más activos y utilizaban un rango mayor de intervenciones en el post-test. (3) No se encontró un efecto significativo del entrenamiento en ninguna de las 12 escalas de del Inventario de Orientación Personal de Shostrom. Sin embargo las puntuaciones en el Inventario de los estudiantes en el pre-test eran extremadamente altas.

14. Fenell, Hovestadt y Harvey, 1.986

Resultados: (1) sin diferencias significativas ni el post-test ni en el seguimiento entre los dos grupos en ninguna de las 5 categorías de habilidades relacionadas con la Terapia Familiar. (2) Tendencia a declinar (de forma no significativa) de la media de las puntuaciones del grupo de supervisión en vivo desde el pre-test al post-test y al seguimiento. Tendencia a mejorar para la media de las puntuaciones del grupo de supervisión después de la entrevista desde el pre al post y al seguimiento.

15. Pulleybank y Shapiro, 1.986

Resultados: diferencias significativas pre-post en las escalas conceptuales y de conjunto del Instrumento de Evaluación del Entrenamiento (Breunlin et al., 1.983; ver cuadro 3) y en la medida de habilidades de planificación. Los evaluadores independientes no encontraron cambios significativos en 3 de las escalas de la conducta dentro de la sesión, mientras que los estudiantes encontraron cambios significativos en las 3 escalas.

16. Zaken-Greenberg y Neimeyer, 1.986

Resultados: se encontraron ganancias significativas conceptuales solamente en los estudiantes con poca experiencia. Los cambios significativos en las habilidades ejecutivas solamente se dieron en las intervenciones estructurales: los estudiantes de Terapia Familiar las aumentaron significativamente desde una medida pre a otra post y eran también significativamente superiores que el grupo de control en una medida post.

17. Figley y Nelson, 1.989 y 1.990

Resultados (1.989): de los 100 ítems más votados por los 488 terapeutas aproximadamente la mitad son describibles en términos de "rasgos de personalidad". Además, solamente 5 de los 25 primeros ítems son claramente conductas enseñables (habilidades básicas para entrevistar, establecimiento de la relación, refuerzo del cambio positivo, habilidad para distinguir contenido de proceso y definición de metas alcanzables), algunas de estas conductas también pueden entenderse como rasgos de personalidad. Cabe, pues, deducir que para los entrevistados la personalidad del futuro terapeuta es tan importante, sino más, que sus habilidades. (Ver también la tabla 1A y 1B).

(1.990): (1) de los 100 ítems más votados como representantes de las habilidades estructurales la mayoría de los nominados son conductas, en abierto contraste con los resultados de 1.989. (2) Los estudiantes de Terapia Estructural que comienzan deben de conocer los conceptos estructurales y utilizarlos cuando trabajan con las familias. (3) Las habilidades más complejas ("desarrollar razones de las tareas que se imparten"), se consideran menos importantes de aprender que habilidades más simples ("establecer metas para el cambio"), aunque ello no signifique que las tareas con menos puntuación deben aprenderse primero.

18. Perlesz, Stolk y Firestone, 1.990

Resultados: (1) 2 de las 3 medidas de observadores mostraban que los estudiantes que habían completado 2 años de entrenamiento habían adquirido las habilidades conceptuales, perceptuales y ejecutivas requeridas para ser terapeuta familiar. (2) El entrenamiento incrementa la auto-confianza de los estudiantes, de manera que se perciben más activos e independientes, mientras que mantienen sus niveles de afectividad y cuidados. (3) No puede descartarse que los cambios observados se deban a factores inespecíficos asociados más con la maduración que con el entrenamiento mismo. (4) los estudiantes comienzan su entrenamiento con niveles diferentes. El aprendizaje procede de forma diferente no sólo con respecto de los estudiantes sino también con respecto de las habilidades de un mismo estudiante. Claramente se necesita procedimientos individualizados que tomen en consideración estos hallazgos. (4) Se halló una clara discrepancia entre medidas realizadas por los observadores y por los propios estudiantes, lo que sugiere de una forma clara que se necesita más de una perspectiva.

19. Stolk y Perlesz, 1.990

Resultados: (1) la hipótesis de que las familias experimentarían una mayor satisfacción con los servicios prestados por los estudiantes de segundo año, no se confirmó. Por el contrario, hubo un descenso no significativo de la satisfacción de las familias con respecto del tratamiento recibido por los de primer año. (2) La predicción de que las puntuaciones de los estudiantes de segundo año en la Escala de Consecución de Metas sería superior a los del primer año, se vió confirmada. (3) La convergencia entre la Escala de Consecución de Metas (puntuada por los terapeutas) y la Escala de Satisfacción Familiar (puntuada por las familias) fue moderadamente baja. (4) La hipótesis de que las puntuaciones obtenidas por los alumnos en el programa de entrenamiento en habilidades conceptuales, de observación y ejecutivas servirían para predecir las puntuaciones en la Escala de Satisfacción y de Consecución de metas, sólo recibió una confirmación parcial. (5) Las puntuaciones auto y de los observadores no mostraban una asociación significativa con satisfacción de la familia con la terapia, mientras que las medidas de habilidades mostraban sólo una débil asociación, no siempre positiva, con la escala de Consecución de Metas. (6) Había una tendencia de las habilidades cognitivas y ejecutivas a aparecer asociadas con baja satisfacción familiar con la terapia. (7) Las puntuaciones de habilidades no contribuían nada a la predicción de la satisfacción familiar y muy poco a la evaluación de los estudiantes del resultado terapéutico.

Tabla 1A.: De los 100 ítems más votados aparecen los 10 menos votados (1 al 10), y los 10 más votados (91 al 100)

Ítem	Media	Desv. Típica	Categoría
1. Observar una ética profesional	1,17	0,41	MC/P(*)
2. Tener integridad	1,18	0,43	AA
3. Conocer la ética de la profesión	1,19	0,42	MC/P
4. Habilidades básicas de entrevista	1,20	0,49	E/EI
5. Habilidad para aceptar a los otros como valiosos e importantes	1,24	0,48	PT/C
6. Habilidad para observar	1,24	0,43	PT/C
7. No culpabilizar a la familia	1,24	0,48	PT/C
8. Deseo de aprender	1,30	0,46	AA
9. Entender qué significa un sistema	1,30	0,58	PT/C
10. Utilizar la información del supervisor	1,33	0,50	Supervisión
91. Expresar autenticidad	1,79	0,76	HI/U
92. Curiosidad sobre uno mismo	1,79	0,85	AA
93. Cuidar a otros	1,79	0,75	HI/U
94. Reconocer los puntos de vista sobre el mundo de los clientes	1,79	0,90	E/EI
95. Inteligencia	1,80	0,64	AA
96. Ser cálido	1,80	0,68	HI/U
97. Mantener la imagen profesional	1,80	0,82	MC/P
98. Definir límites	1,80	0,90	Intervención
99. Ser congruente	1,81	0,65	AA
100. Capaz de pensar de forma analítica	1,81	0,76	AA

Tabla 1.B.: Resultados según categorías de ítems.

Categoría	Ítems en la encuesta	Nº ítems entre los 100 primeros	% (100/posibles)
Pensamiento teórico			
Conocimientos (PT/C)	43	12	28
Auto-atributos (AA)	78	24	31
Habilidades interpersonales			
Unión (HI/U)	31	13	42
Habilidades terapéuticas generales (HTG)	27	7	26
Intervención	35	9	26
Sesión/Conducción de la terapia (S/CT)	15	7	47
Conducción de casos. Profesionalismo (CC/P)	12	6	50
Supervisión	10	6	60
Evaluación. Sesión inicial (E/SI)	35	13	37
Metas (M)	6	3	50

(*) En la tabla 2 aparece el significado de las iniciales.

Tablas 1A y 1B. Habilidades y rasgos de personalidad considerados como más adecuados para el ejercicio de la Terapia Familiar. (Figley y Nelson, 1.989).

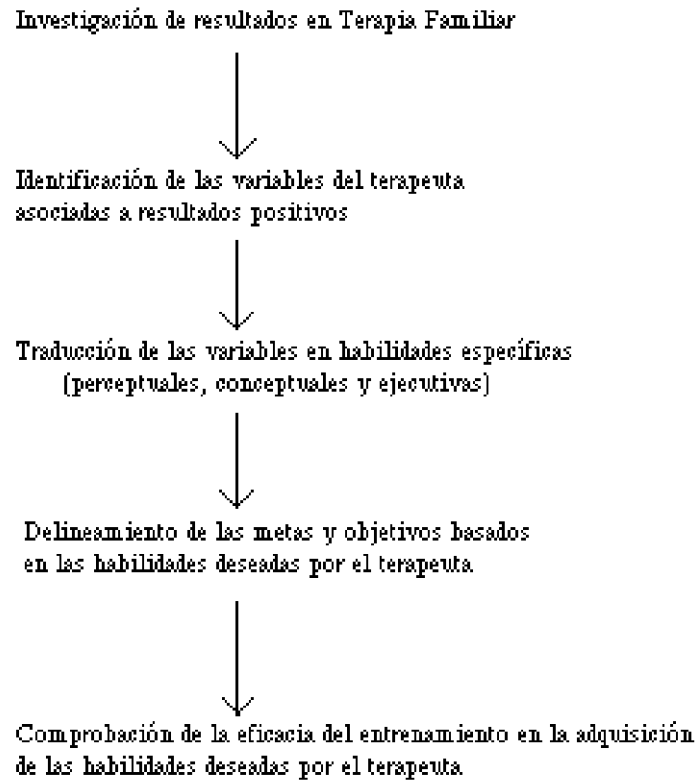


Fig. 1. Un procedimiento indirecto para crear y evaluar programas de entrenamiento. (Myers Avis y Sprenkle, 1.990).