



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

## CAPÍTULO VII

### MI EXPERIENCIA EN VIDEOTERAPIA FAMILIAR

Aquilino Polaino-Lorente

#### INTRODUCCIÓN

La terapia familiar (TF, en lo sucesivo) ha cosechado muchos éxitos a lo largo del medio siglo transcurrido en su historia y, muy especialmente, en las dos últimas décadas, al haberse incorporado a las enseñanzas que se imparten en el contexto universitario. Es un hecho, pues, que la TF ha ingresado en la vida académica y actualmente está en su mejor momento (véase Polaino-Lorente y García Villamizar, 1994). De otra parte, la demanda social concurre en su apoyo, ya que cada día son más frecuentes las parejas y familias que necesitan de su concurso. A ello hay que añadir que el tratamiento de muchas enfermedades psiquiátricas se inscribe hoy, con todo derecho, en el ámbito de la TF, como lo pone de manifiesto un incremento en las referencias bibliográficas sobre este particular desde los años sesenta (Bentovim, 1985; Bloch, Sharpe y Allaman, 1991; Carpenter y Treacher, 1989; Cottrell, 1989; Coyne, 1984; Chase y Holmes, 1990; Doane, Goldstein, Micklowitz y Falloon, 1986; Falloon, Pederson y Al-khayval, 1986; Glick, 1985; Hartropp, 1987; Hogarty, Anderson, Reiss y Korneblith, 1986; Hooley, Orley y Teasdale, 1986; Howells, 1968; Humphrey y Stern, 1988; Lask, 1979; Leff, 1985; Martin, 1985; Minuchin, Rossman y Baker, 1978; Patterson, 1975; Roberto, 1986; Root, 1986; Russell, Szmukler, Dare y Eisler, 1987; Stierling, 1974; Tarrier, Barrowclough, Vaughn y col., 1989; Teichman, 1986; Treache, 1986; etc.).

No obstante, la TF debiera optimizarse, no tanto en lo que atañe a sus orientaciones –fundamentalmente sistémica, cognitivo–comportamental y psicoanalítica–, como en lo que se refiere a los aspectos procedimentales, ya que la ayuda de los nuevos recursos técnicos contribuirá, sin duda alguna, a objetivar más los problemas a resolver mediante su apresamiento, en algunos casos rigurosamente cuantitativo.

En este marco es donde debiera considerarse la videoterapia familiar y de pareja, es decir, la TF armada con la tecnología que supuso la introducción de las videograbaciones. Sobre este particular, sin embargo, la literatura científica disponible es aún muy escasa. Y eso a pesar de que la incorporación del vídeo a la TF se produjo hace ya más de 30 años.

El autor de estas líneas recuerda su encuentro con Minouchin durante la estancia que realizó en su departamento de Nueva York en 1972, en el que pudo trabajar con una, entonces ya, amplia videoteca sobre este particular. En efecto, allí podían contemplarse las numerosas sesiones registradas de TF, mediante las cuales se afrontaban los más diversos problemas familiares en torno a un amplio elenco de trastornos psiquiátricos y familiares. Más tarde, la optimización y generalización del uso doméstico del vídeo permitió su incorporación definitiva y casi rutinaria a las sesiones terapéuticas.

Nadie dudará que disponer de esas grabaciones ha contribuido al desarrollo de un mayor progreso terapéutico. Son muchas la aplicaciones que pueden y deben hacerse con el empleo de la videoterapia. Entre otras muchas, en la evaluación de las interacciones en el seno de la familia; la observación, cuantificación y registro comportamental; el análisis funcional de conducta; el entrenamiento de jóvenes terapeutas, etc. La videoterapia constituye, a qué dudarlo, un poderoso recurso al servicio de la evaluación y la TF.

Sin embargo, es patente que su aplicación no está agotada. Más aún, hay ámbitos en los que, por el momento, todavía hoy no se ha aplicado, a pesar de que incidan en el mismo núcleo constitutivo de la TF. Me refiero, claro está, al entramado de las relaciones familiares que una vez que han sido grabadas y están disponibles pueden y deben exhibirse ante sus protagonistas, y aprovechar así este recurso para, mediante su visionado, modificar los comportamientos de las personas que, implicadas en esos conflictos, configuran una familia.

En esta colaboración me limitaré a pasar revista a algunos de los aspectos de la videoterapia familiar que, para lo que aquí importa, me parecen más relevantes. Concretamente, me referiré al análisis de la recíproca interacción familiar, a la identificación de las situaciones más conflictivas, al efecto generado por la autopercepción a través del material grabado, a la asignación y atribución de calificaciones de uno mismo y de los otros (evaluación), al automoldeamiento comportamental, al entrenamiento de padres que han de hacer frente a determinadas conductas psicopatológicas de sus hijos, a la optimización de la propia TF con el concurso de la videoterapia (intervención), al entrenamiento de los clientes cuando rechazan estos procedimientos y a la formación de terapeutas en TF.

En este momento se cumplen quince años desde que el autor de esta colaboración comenzara a trabajar con videoterapia en el contexto de la TF. Desde 1979, son muchas las videograbaciones de las que dispone y con las que ha trabajado

tanto para modificar el comportamiento y los conflictos familiares en el ámbito clínico, como para la formación de terapeutas; en este último ámbito su experiencia es menos rica. A continuación se ofrecen algunas de las cuestiones que parecen más útiles, prácticas y relevantes, en función de la experiencia clínica del autor.

## ANÁLISIS DE LA INTERACCIÓN FAMILIAR

La TF no se centra en el estudio aislado o independiente del comportamiento personal, sino principalmente en la conducta de interacción entre unas y otras personas, tal y como éstas se manifiestan en el contexto de la familia.

Ahora bien, por la propia dinámica familiar, la misma evaluación de esas interacciones es harto difícil, si es que no imposible en muchos casos. La familia constituye un microcosmos que además de su complejidad e impredecibilidad se hurta y torna resistente a la observación del clínico. El comportamiento de cada uno de sus miembros varía mucho cuando se les observa en el ámbito clínico –por la artificialidad que este supone–, lo que no permite hacer inferencias acerca de cómo se conducirán en el contexto del ámbito familiar. De otro lado, es imposible en la práctica que el clínico se introduzca en el seno de una familia para observar desde dentro lo que allí sucede; entre otras cosas –además de por la inversión de tiempo que supone–, porque esa acción conlleva una intromisión en el ámbito privado, lo que resulta completamente inviable tanto desde una perspectiva funcional como ética (Patten, Bernett y Houlihan, 1991).

En realidad, la introducción de un observador cualificado en el hogar constituye una injerencia que, sin duda alguna, forzosamente ha de modificar el comportamiento natural de los miembros de esa familia. La introducción de un observador inevitablemente ha de modificar lo observado. Por otra parte, la dinámica entre los diversos miembros de una familia se caracteriza por ser multitemática y vertiginosamente cambiante –tal y como sucede en el comportamiento natural espontáneo de un grupo tan peculiar como es la familia–, lo que de hecho hace que resulte inapresable.

Con el concurso de la videograbación –siempre que ésta se diseñe específicamente para estos propósitos–, podemos apresar, en cambio, determinados sectores de esa dinámica y, a la vez, respetar relativamente las condiciones exigidas por la observación natural y ecológica. Basta para ello con dejar que se expresen espontáneamente los cónyuges en torno a uno o dos conflictos previamente seleccionados. Lógicamente, ha de satisfacerse un requerimiento ético previo: la información de que se les está grabando y la manifestación de su consentimiento. Esta información, en los momentos iniciales de la interacción entre ellos, puede modificar un

tanto sus comportamientos. En mi experiencia, sin embargo, ese "plus" de forzosa artificialización se extingue muy rápidamente con la práctica. Esto quiere decir que, sea porque la pareja se familiariza con la situación de la discreta presencia del vídeo o sea por las respectivas egoimplicaciones de sus miembros en el debate más o menos conflictivo que allí se ha planteado, el hecho es que en esas circunstancias se ponen de manifiesto muchos de los rasgos y atributos que caracterizan a la dinámica conyugal, tal y como ésta acontece en su marco natural.

No es difícil admitir por ello que el comportamiento conyugal videograbado representa bien la interacción entre sus miembros —es un análogo bien proporcionado—, en el contexto de su hogar. Para ello, obviamente, es necesario solicitar a los cónyuges que se atengan a la discusión de un tema en concreto y que, olvidándose del vídeo —que por otra parte está enmascarado tras un espejo unidireccional—, traten de comportarse del modo más natural y espontáneo, tal y como sucede cuando, a propósito de ese mismo tema, discuten en casa.

## PERCEPCIÓN Y AUTOPERCEPCIÓN

La literatura científica, especialmente en el contexto de la psicología social, ha enfatizado con toda razón la importancia que tiene la percepción del otro en las relaciones interpersonales. En este punto, la percepción puede resultar determinante no sólo de la posterior cognición sino de las actitudes, prejuicios, sesgos y estereotipias que tan frecuentemente median las relaciones interpersonales.

Hasta cierto punto, es lógico que esto sea así. La percepción es la puerta del conocimiento. Por eso, nada de extraño tiene que las cogniciones acerca de otras personas estén si no determinadas por la percepción, al menos fuertemente condicionadas por ella. Es tal la implicación del sujeto en el contenido de su percepción que, en la práctica, resulta casi imposible llevar a cabo un análisis riguroso del proceso perceptivo, independientemente considerado y de aquí que sea tan difícil intervenir sobre él.

Mediante la videograbación obtenemos un fiel registro de cómo se suscita y desarrolla este proceso. Es decir, mediante la videograbación el perceptor se autoexcluye del proceso en el que estaba implicado, pudiendo analizarlo "desde fuera" a la distancia y en las circunstancias más apropiadas, y pudiendo ser más o menos permeable a las indicaciones que el terapeuta le hace.

Qué duda cabe que estos sesgos perceptivos, así como otros muchos derivados de las diferencias de géneros, roles, etc., se articulan en un denso entramado en el que muy probablemente hunden sus raíces los conflictos conyugales. Por eso, el examen retrospectivo de esas videograbaciones constituye un importante instru-

mento de trabajo que, previamente estudiado por el terapeuta, puede luego contribuir de forma decisiva, con su ayuda, a la rectificación o extinción de esos sesgos y, a través suyo, a la modificación de actitudes y comportamientos.

Mediante este procedimiento, la percepción del otro puede ser examinada más rigurosamente, lo que intensifica el acierto, fiabilidad y profundidad de las evaluaciones que se realicen. De otro lado, la modificación de esos peculiares estilos perceptivos puede facilitarse también a través de la videograbación.

De hecho, la simple percepción acompañada y guiada por el terapeuta contribuye ya a la modificación de esos sesgos y estereotipias. Aunque en este momento no puedo penetrar como debiera en el desarrollo de cómo sistemáticamente puede realizarse esta intervención a lo largo de sus diversas secuencias y pautas, no obstante y aunque sea a modo de ejemplo, repárese en lo eficaz que es mostrar al cliente los errores de sobrestimación e infraestimación que respecto del otro comete en el modo de percibirlo; en las saliencias, rasgos y valencias a las que atiende de forma especializada por la rutina —y de la cual no es consciente—, mientras permanece ciego desde la perspectiva atencional para otros muchos rasgos y características que le pasan inadvertidos, etc.

Los cambios en este modo de percibir pueden fortalecerse todavía más con la ayuda de otras estrategias cuando, por ejemplo, se trabaja con todo el grupo familiar y se solicita a otro miembro de la familia que seleccione los rasgos positivos y negativos más relevantes de aquella persona y los refleje en la construcción de un inventario.

En el contexto de la terapia grupal no familiar, las anteriores estrategias han demostrado ser muy eficaces. Es un hecho significativo y hartamente frecuente que en nuestra percepción de los demás actuamos seleccionando —mediante una atención selectiva y previa—, determinados atributos mientras omitimos otros. Por medio de esa selección abstractiva y sectorial configuramos una imagen y significado de los otros que, justamente, casi nunca coincide con la realidad. Si mediante la atención nos fijamos únicamente, por ejemplo, en un determinado rasgo que percibimos como negativo, es lógico que luego las actitudes y comportamientos respecto de esa misma persona estén negativamente coloreados. Por contra, si abstraemos sólo cierto rasgo positivo, las actitudes y conductas respecto de esa misma persona variarán de forma significativa. Bastaría con que, por cada rasgo negativo que observamos en otro, atendiéramos también a uno o dos rasgos positivos para que la cognición resultante de esa persona se modifique radicalmente.

Mayor interés tiene, si cabe, el tema de la autopercepción. La autopercepción media y condiciona el conocimiento que de sí mismo se tiene y, a su través, la formación del autoconcepto, la autoestima y el nivel de aspiraciones, así como el modo en que nos conducimos. El conocimiento personal es un gran bien, hoy muy escaso. Y es que el conocimiento que de nosotros tenemos es siempre un pro-

ceso muy complejo al que casi nunca dedicamos ni el tiempo ni la atención necesarios.

El autoconocimiento personal está mediatizado por los residuos que dejan en nuestra biografía las experiencias previas, los éxitos y fracasos, las calificaciones que recibimos de los demás, la experiencia interna subjetiva, el esquema corporal, el ideal del yo, el modelo de discapacidad socialmente vigente en nuestra cultura, etc.

Ese universo de variables nos conduce al aturdimiento y a la confusión respecto de quiénes somos realmente. Por eso puede afirmarse que nuestro autoconocimiento personal es mediado, reactivo y meramente acumulativo. De otro lado, muy difícilmente disponemos del tiempo y estrategias necesarias para percibirnos con una mayor objetividad. También aquí el mismo proceso autoperceptivo acontece de forma inadvertida para la propia persona.

Con la ayuda de las videograbaciones la persona recibe un *plus* de *feedback* acerca de ella misma. El hecho de que el cliente se observe en el vídeo en las interacciones de pareja, le proporciona una relevante información autoperceptiva a cuyo través puede conocerse mejor. Sintetizo a continuación algunos de los principales atributos a los que, en este caso, está vinculada la autopercepción. Algunos de ellos residen en la persona con la que interactúa, otros en cambio en ella misma, interviniendo unos y otros tanto de forma mediata como inmediata, en el contexto de esa actuación:

a) *En la otra persona:*

Al comunicarse, la persona explicita algunos de los elementos perceptivos que, implícitamente, tenía acerca del otro. Estas manifestaciones pueden observarse tanto a nivel de su comunicación gestual como verbal. En unos casos, el contenido vertido que nos llega es sólo inferencial. Al observar su conducta respecto de nosotros advertimos *in obliquo* y de un modo indirecto la forma en que nos percibe, a través de la cual inferimos lo que piensa o conoce de nosotros. Estas manifestaciones van casi siempre teñidas de afectividad y dependen también de su mayor o menor capacidad para expresarlas.

Otros contenidos los apresamos de forma perceptiva y no inferencial, al observar sus manifestaciones verbales explícitas. Unas y otras contribuyen a configurar nuestras autopercepciones, tal y como luego observaremos cuando nos refiramos a la operación del etiquetado y calificación.

b) *En nosotros mismos:*

Disponemos aquí de tres vías para la percepción personal. La primera consiste, simplemente, en observar nuestra conducta. La auto-observación nos permite advertir cómo nos conducimos de un modo más gráfico, plástico, fresco y objetivo que en las situaciones propias del contexto natural. En estas últimas, la informa-

ción de que disponemos es sólo la que nos llega por vía de la conciencia, en tanto que por medio de ella el propio yo comparece en todos y cada uno de nuestros actos, con una mayor o menor vinculación. Aquí, en cambio, disponemos de un documento vivo, fiel y vinculado al contexto sobre el que podemos reflexionar. Al estar su contenido “enlatado” en la videograbación, nos permite estudiarlo más rigurosamente y cuantas veces deseemos, además de que otros puedan también analizarlo y hacernos reparar en los rasgos más relevantes.

La dinámica de la interacción conyugal queda reducida, qué duda cabe, a algo estático y menos rico que la comunicación espontánea; pero en tanto que su fiabilidad está asegurada, resulta algo mucho más rico que aquella y, sobre todo, más fácilmente apresable. Hay personas que ignoran casi todo de sí mismas, a pesar de expresarse a través de manifestaciones elementales tan personalmente típicas y propias como ciertos gestos y expresiones verbales (el modo de mirar, sentarse, atender al otro; expresiones de amenaza, confirmación, negación o refutación de lo que el otro dice; fluidez verbal; acaparamientos y solapamientos en la comunicación, etc.), que de una forma significativa configuran y hasta condicionan poderosamente el significado de lo dicho.

La segunda vía viene dada a través de los contenidos omitidos o no comunicados que, lógicamente, no están recogidos en la videograbación. Naturalmente, al no disponer de ellos no pueden ser observados por el terapeuta, pero sí que en algún caso pudieran ser inferidos por él y, desde luego, por el propio cliente. En este punto, el terapeuta puede tratar de verificar o refutar, mediante posteriores conversaciones con su cliente, esas inferencias. Es posible apresar también aquellos rasgos que a su cliente le han pasado inadvertidos o algunas de sus muchas características positivas que no se han puesto en juego durante esa entrevista y que de haberlas hecho intervenir, serían muy diferentes los resultados encontrados.

La tercera vía sobre la que hay que dirigir la atención está constituida por el conjunto de respuestas que el cliente emite –la mayoría de ellas gestuales– y que son suscitadas al filo de lo manifestado por el otro miembro de la pareja. Estas manifestaciones no deben nunca soslayarse, puesto que siendo meramente reactivas, sin embargo, desvelan muy bien el modo en que nos afecta lo comunicado por el otro (gestos de aprobación, de disenso y negación; expresiones gestuales que manifiestan acritud, simpatía, resentimiento, ansiedad, tristeza, desesperación, etc.). De ordinario, en estos contenidos casi nunca han reparado a pesar de constituir pautas estables de su comportamiento que, por lo general, traducen bien cómo reaccionamos a esos eventos (vulnerabilidad, indiferencia o resistencia).

El análisis de una videograbación, ayudado por el experto, puede contribuir, en primer lugar, a que el cliente conozca mejor la forma en que se autopercibe y, en segundo lugar, a tratar de cambiar su estilo perceptivo sobre el que se funda algo tan importante como su conocimiento personal. Cuanto mejor se conoce la perso-

na tanto mejor podrá conducirse. La ignorancia acerca de uno mismo es mala compañera de viaje en la travesía de la vida conyugal. Nada de particular tiene que muchos conflictos conyugales se enraícen y acrezcan a orillas de esta ignorancia, casi siempre consentida y jamás remediada.

## ASIGNACIÓN Y ATRIBUCIÓN DE CALIFICACIONES

La psicología cognitiva ha puesto de manifiesto la relevancia de las atribuciones que hacemos y su alcance en la autorregulación del propio comportamiento. En la TF esas atribuciones juegan un papel especial, por cuanto contribuyen a determinar el modo en que calificamos al otro. Y las calificaciones que del otro hacemos —no se olvide— son de vital importancia, no sólo porque condicionan el modo en que el otro se autopercebe a través de nuestras calificaciones, sino también por proporcionarle información acerca del modo en que los demás lo juzgan. Esta operación de “etiquetado” depende, sin duda alguna, de esas atribuciones. Y, preciso es reconocerlo, hay etiquetados en la pareja que constituyen verdaderos estigmas y vejaciones, rótulos que aherrojan y encorsetan a la otra persona, con harta frecuencia en el ser que no es.

El etiquetado nos remite también al comportamiento estereotipado y a muchos de los errores que éste conlleva. Si no modificamos las atribuciones, difícilmente podremos calificar justamente al otro. Esas injustas calificaciones derivadas de los erróneos “etiquetados” casi siempre suelen estar en la base de los conflictos y trastornos de la pareja que, al modo de una densa empalizada, acaban por bloquear y/o tergiversar las posibilidades de comunicación entre los cónyuges.

En el fondo, el “etiquetado” es ante todo un proceso de asignación, por cuya virtud el otro queda configurado y encapsulado estáticamente de una determinada manera. Una vez que al otro se le ha asignado, mediante el etiquetado, un determinado papel, la relación entre personas resulta inviable, por mor de esa tergiversación. Cuando esto sucede, las personas ya no se relacionan entre sí, sino a través de los etiquetados y calificaciones recíprocas y respectivamente asignadas, lo que media, enrarece y entorpece el encuentro interpersonal.

En esas circunstancias, el marido no llega realmente a ponerse en contacto con su mujer, sino que sus afirmaciones y entero comportamiento interaccional en lugar de alcanzarla a ella quedan detenidos en el filtro mediador del etiquetado. Acaso por esto el terapeuta encuentre tantas dificultades para su intervención. Y es que a pesar de dirigir su intervención sobre esas personas concretas, de hecho, aquella puede quedar apresada por el destinatario al que no se dirigía y con el que no contaba: el fantasma del etiquetado.

Una TF que pretenda ser eficaz ha de desvelar, en la medida de lo posible, los respectivos y recíprocos etiquetados de los cónyuges para, una vez puestos en su punto de mira, evaluarlos y tratar de modificarlos.

El etiquetado, por otra parte, encierra en sí mismo al etiquetador. Surge así el prejuicio que también dispone de una cierta lógica interna, que le es propia. A través de ésta se consolida un sistema judicial que siempre está dispuesto —cualquiera que sea la circunstancia o situación— a emitir con prontitud su veredicto, poco importa lo erróneo que sea. Y así las cosas, un veredicto tras otro acaban por robustecer un sistema judicial —el prejuicio— cada vez más difícil, por más consolidado, de extinguir o modificar.

Lo injusto de los prejuicios no reside sólo en su estricta naturaleza aberrante, sino en toda esa vasta información que omiten —las otras pruebas en las que no se ha reparado o que tal vez se han silenciado—, y que se deja fuera de foco, a pesar de que por su importancia resulte irrenunciable para esa persona y situación concretas. Por esta vía, la perpetuación y cronicidad de muchos conflictos de pareja pueden llegar a ser inmodificables.

La contribución de la videoterapia en este punto es tanto más eficaz cuanto mejor permita, mediante la observación, el análisis de la génesis, consolidación y automatización de esos sesgos, prejuicios y estereotipias, cuya resultante última son las descalificaciones recíprocas.

Los etiquetados acaban por automatizarse. Está tan bien implantada y robustecida esa “maquinaria adjudicativa”, que cualquier rasgo, evento o circunstancia del otro, actúa de disparador, poniendo en marcha, de forma automática, el proceso judicial y, en consecuencia, el veredicto final.

En el contenido de las videograbaciones el avezado terapeuta resulta interpelado por gestos, conductas e interacciones que, al menos como indicadores, le pueden ser muy valiosos en su toma de decisiones. En cierto modo, también inexorablemente el terapeuta hace juicios acerca de sus clientes. Y para que estos sean justos necesita distanciarse de ellos y de sus estereotipias y, sobre todo, atenerse a lo observado. La observación minuciosa del contenido videograbado le permitirá escuchar a la parte acusadora, al abogado defensor, a los testigos y a las contradicciones entre ellos, así como apelar a las mil y una pruebas, además de a los peritos, de modo que pueda realizar un juicio justo.

Conviene recordar aquí que el terapeuta familiar no ha de juzgar un solo hecho comportamental vinculado a una sola persona —lo que es propio en el caso de un juez ordinario—, sino precisamente las interacciones —múltiples, variadísimas en su contenido, e impredecibles— de un grupo de personas. Por eso debe atenerse ante todo a la frecuencia, duración, contenido y naturaleza de las interacciones entre los miembros de la familia. Para ajustarse a esos hechos —que casi siempre hay que desvelar puesto que se nos manifiestan de forma enmara-

ñada y velada-, las videograbaciones constituyen un recurso importante y hasta imprescindible.

## ANÁLISIS DE LAS SITUACIONES CONFLICTIVAS

Hechas las observaciones anteriores, ahora estamos en condiciones de entrar en el análisis pormenorizado de las situaciones conflictivas, lo que constituye el núcleo de la TF. En muchos casos el conocimiento que de las mismas tiene el terapeuta de pareja es un conocimiento aparente, como consecuencia de lo que ambos cónyuges le han manifestado durante la entrevista.

Es conveniente construir un inventario durante la entrevista, agrupando y jerarquizando las situaciones conflictivas. Pero eso sólo no basta. Es preciso asegurarse de que las que son vividas por los cónyuges como situaciones conflictivas, realmente lo son. Conviene además explorar y evaluar si hay otras fuentes de posibles conflictos, que los clientes no han manifestado. Para ello debieran emplearse las videograbaciones. Basta con inventariar los temas y situaciones – especialmente aquellas que el terapeuta considera que han sido encubiertas u omitidas–, y que tal vez tengan suficiente capacidad potencial como para suscitar que esos conflictos todavía ignorados por el terapeuta emerjan y se pongan de manifiesto.

Se trata pues de provocar, aunque sea a través de un procedimiento un tanto artificial, la emergencia y puesta de manifiesto de los conflictos reales, de manera que de éstos quede constancia en la videograbación. En otros casos, siempre que el terapeuta esté interesado en ello, puede solicitarse a los clientes que traten en el contexto de la videograbación, durante por ejemplo diez minutos, la situación que más frecuentemente resulta conflictiva en el propio marco familiar.

La acción provocadora y suscitadora así diseñada permite al terapeuta la observación de las interacciones de los cónyuges en una situación conflictiva, a pesar de que las conductas de ambos sean meramente reactivas. En mi experiencia clínica he tenido ocasión de observar muchas veces que ambos se enzarzan, sin ningún recato, en una discusión que reproduce con bastante exactitud –según ellos han verificado luego– lo que sucede en casa.

Una vez explicitadas, aunque reactiva y artificialmente, estas situaciones conflictivas, el terapeuta puede observar en los cónyuges sus conductas agresivas, la emisión de gritos, la administración de premios y castigos, la oportunidad e inoportunidad de ciertos comentarios, la rigidez o flexibilidad de los discursos y argumentaciones empleadas, sus habilidades negociadoras, y la menor o mayor capacidad de tolerancia y respeto existentes entre ellos.

A partir de aquí, el terapeuta puede individualizar esta o aquella respuesta emocional y ponerla de manifiesto a su cliente, enseñándole a controlarla o a focalizar su atención en ciertos rasgos del otro cónyuge de manera que aquella no se produzca, o a paliar y disminuir su magnitud, frecuencia o duración, en función de alguna estrategia de intervención para afrontar el estrés, o a neutralizar y/o extinguir los factores causales que la desencadenaron, es decir, a modificar específicamente ese segmento comportamental.

Mi experiencia en este punto es que en algunos casos el propio interesado ha quedado perplejo al observar su comportamiento videograbado. Esto ya puede modificar su conducta pero, no obstante, disponemos de otros muchos recursos como, por ejemplo, entrenarle en ese segmento comportamental concreto a través de la imitación, el moldeamiento comportamental u otros procedimientos, a los que más adelante me referiré.

En cualquier caso, el análisis videograbado de las situaciones conflictivas reporta al terapeuta una enorme riqueza tanto en lo relativo a la evaluación como a la intervención en el contexto de la TF. La distinción entre una y otra es, ciertamente, en algunos casos, imposible; su eficacia, sin embargo, está fuera de toda duda.

## MOLDEAMIENTO COMPORTAMENTAL

El moldeamiento comportamental puede ser enriquecido también en la TF por medio de videograbaciones. Disponemos de procedimientos muy diversos con diferente alcance en sus aplicaciones, en función de las indicaciones exigidas por cada caso. En las líneas que siguen se pasará revista a algunos de los más importantes.

En primer lugar, la videoterapia puede contribuir a mejorar la eficacia de la sesión de moldeamiento comportamental. Basta para ello con que el terapeuta represente la conducta a imitar por el cliente y que éste, tras observarlo, trate de imitarlo. El modelo representado por el terapeuta puede dirigirse a extinguir aquellas respuestas emocionales negativas del paciente en interacción con el otro cónyuge, o bien a implantar e incrementar conductas positivas. Este segundo propósito suele ser más fecundo que el primero. Es preciso grabar el comportamiento del cliente, cuando éste trate de imitar el comportamiento del terapeuta. Esta sencilla estrategia contribuye ya a optimizar el moldeamiento comportamental. De hecho, el cliente puede ser aquí reforzado a tres niveles diferentes. El cliente recibe un refuerzo, que podemos calificar de intrínseco, al observar su propio comportamiento grabado, siempre que satisfaga el criterio acordado con el terapeuta. De lo contrario –la observación de un comportamiento insatisfactorio–, podría ir en contra del moldeamiento y, desde luego, no ser considerado por el cliente como un refuerzo



positivo sino negativo. A ello se añade el refuerzo extrínseco significado por las alabanzas que explícitamente recibe del terapeuta, mientras realiza la grabación o la observa. Por último, su conducta puede ser reforzada durante la grabación, mediante el apoyo que recibe del terapeuta a través de la dirección guiada, al tiempo que trata de implantar en él esa conducta.

En segundo lugar, la videograbación puede contribuir al moldeamiento en interacción con el otro cónyuge. En ese caso, es conveniente que antes de la sesión de grabación el terapeuta le enseñe a responder o a tomar la iniciativa en relación con la conducta del otro cónyuge, de forma que se produzca un cambio comportamental que resulte adaptativo. La visualización de las secuencias grabadas permite al cliente establecer las oportunas comparaciones entre el nuevo comportamiento, así moldeado, y el antiguo comportamiento —acaso erróneo— en interacción con el otro cónyuge. El cambio operado no sólo contribuye a reforzar al cliente, sino que también puede emplearse para mostrar al otro cónyuge los cambios bienadaptativos que se han producido en su conducta. Todo esto suele tener un efecto positivo en ambos cónyuges, que tal vez puedan trabajar conjuntamente con el terapeuta, que les hará notar a través de las oportunas observaciones, las modificaciones comportamentales resultantes.

En tercer lugar, puede emplearse en TF un moldeamiento comportamental en uno de los cónyuges y, posteriormente, ser presentado en una sesión de grupo a todos los miembros que integran la familia, a los que puede solicitárseles que cuantifiquen y califiquen la mejoría conductual obtenida. Estas calificaciones no sólo constituyen un refuerzo para el cliente —contribuyendo así a reforzar el moldeamiento realizado—, sino que también sirven para profundizar, todavía más, el grado de verosimilitud y certeza de los logros obtenidos en el cliente.

Por último, en cuarto lugar, se puede facilitar el trabajo al cliente permitiéndole que entrene el nuevo comportamiento en casa, con la ayuda del modelo videograbado por el terapeuta.

En realidad, la eficacia de estas estrategias tienen una fuerte deuda contraída con los dos factores principales concurrentes en este procedimiento: el *feedback* informativo que se le proporciona al cliente a través del vídeo y la calificación pública que tanto el terapeuta como los miembros de la familia pueden hacer de la mejora de su comportamiento. Y esto último tanto en situaciones en vivo como a través de las videograbaciones.

## ENTRENAMIENTO DE PADRES CON HIJOS CON TRASTORNOS DE CONDUCTA

La videoterapia puede aplicarse también al entrenamiento de padres con hijos con trastornos de conducta, en el marco de la TF. Se trata, pues, de enseñar a los padres, mediante el oportuno entrenamiento, a modificar los trastornos de conducta de sus respectivos hijos, en función del programa a que están sometidos en un contexto extrafamiliar, bajo la dirección del terapeuta. Para este entrenamiento es preciso disponer de una videograbación en la que se muestre cómo el terapeuta trabaja con los hijos, según la naturaleza del trastorno específico de conducta que se pretende modificar. A continuación, los padres conducidos por el terapeuta serán entrenados, independientemente de los hijos, en ese mismo programa. Cuando el terapeuta juzgue que el nivel de entrenamiento de los padres es satisfactorio, grabará una sesión especialmente diseñada, de manera que dispongan de una referencia con la que contrastar su conducta de interacción con los propios hijos.

Los objetivos de este entrenamiento son muy variados y eficaces. Mediante el entrenamiento de los padres nos proponemos lo siguiente (Webster-Stratton, 1985 y 1987):

1. Mejorar la observación del comportamiento de los hijos (Chamberlain y Reid, 1987; Chamberlain, 1980).
2. Evitar que el comportamiento de los padres malogre o reste eficacia al entrenamiento modificador que están recibiendo los hijos con el terapeuta.
3. Consolidar la eficacia del entrenamiento de los hijos al trabajar padres y terapeutas en la misma dirección, lo que puede acortar la duración de la terapia.
4. Facilitar la generalización de los comportamientos aprendidos por los hijos desde las sesiones de terapia (laboratorio) a otros ámbitos más naturales y espontáneos (familia).
5. Multiplicar la eficacia del terapeuta que, por poder delegar en los padres el entrenamiento de ciertos segmentos comportamentales de sus hijos —aquellos en que precisamente el terapeuta ya ha iniciado con relativa fortuna el implante de ciertos comportamientos—, puede ahora dedicarse al entrenamiento y/o modificación de nuevos segmentos comportamentales infantiles.
6. Extinguir la culpabilidad y preocupaciones de los padres respecto del trastorno de sus hijos, una vez que saben a qué atenerse y disponer así de un cierto procedimiento para ayudar a sus hijos, siempre bajo la dirección, obviamente, del terapeuta.



Cuando se procede de este modo, los padres devienen en paraprofesionales o terapeutas auxiliares del terapeuta principal, a la vez que se transfiere la acción terapéutica de un contexto clínico a un ámbito más ecológico (familiar), generalizándose más rápidamente el cambio comportamental.

La eficacia de este procedimiento ha sido recientemente puesta de manifiesto por Webster-Stratton (1990), quien trabajó con cuarenta y tres padres de niños con trastornos de conducta cuyas edades estaban comprendidas entre los tres y ocho años. La autora, mediante la autoadministración de videograbaciones relativas al entrenamiento de padres, trabajó con tres grupos de padres: un grupo al que se administró individualmente videograbaciones con entrenamiento en moldeamiento comportamental; otro grupo, en idénticas condiciones que el primero, en el que la terapia se implementó con consultas con el terapeuta; y un tercer grupo control con las mismas características que los dos anteriores, que no recibió ningún tratamiento.

Los resultados obtenidos son muy elocuentes. Se encontraron diferencias significativas entre los dos primeros grupos y el grupo control. Según la información de las madres y la observación de la conducta de los hijos en casa, en los niños de los dos primeros grupos mejoraron significativamente los problemas comportamentales, simultáneamente que se redujo el nivel de estrés en madres e hijos. Apenas se encontraron diferencias significativas entre los resultados obtenidos por los dos primeros grupos, aunque la eficacia de la intervención fue discretamente superior en el segundo grupo.

La percepción del comportamiento de los hijos por parte de las madres se evaluó a través de la *Child Behavior Checklist* (CBCL), el *Eyberg Child Behavior Inventory* y el *Parents Daily Reports*. La interacción padres-hijo fue observada en casa durante treinta minutos, dos tardes a la semana, tanto en el pre como en el postratamiento, empleándose para este fin el *Dyadica Parent-Child Interaction Coding System*. El estrés de los padres fue evaluado mediante el *Parenting Stress Index*.

El *feedback* que recibieron los padres se prolongó durante diez semanas, a través de la autoadministración de un programa videograbado de entrenamiento para padres. Dos de cada tres niños con problemas obtuvieron, tras esta intervención, una puntuación dentro del rango normal en la CBCL. Dos de cada cuatro madres mejoraron la conducta de interacción con sus hijos. Curiosamente, los resultados obtenidos en los padres no fueron significativos. Es posible que ello se deba a que el tamaño de la muestra de los padres era menor que el de las madres. No obstante, el resultado obtenido en los padres corría significativamente paralelo al obtenido por las madres respectivas, lo que podría atribuirse a ciertas influencias de las madres sobre los padres. La única diferencia significativa obtenida entre los dos primeros grupos consistió en que las madres del segundo grupo emitieron menos órdenes inoportunas a sus hijos que las del primer grupo. En los hijos del segundo grupo se obtuvo también

una mejoría comportamental significativa respecto de los hijos del primero. Una bibliografía más amplia sobre este particular puede encontrarse en otros trabajos de la misma autora, realizados con anterioridad a esta publicación (véanse Webster-Stratton, 1987; Webster-Stratton y col., 1988).

## PREPARACIÓN PARA LA TF Y OPTIMIZACIÓN DE SU EFICACIA A TRAVÉS DE LA VIDEOTERAPIA

Puede suceder que, inicialmente, algunas familias manifiesten ciertos reparos respecto al empleo de la videoterapia. En mi experiencia esto no suele ser demasiado frecuente y, cuando sucede, es relativamente fácil incrementar su adherencia a estas estrategias de intervención, una vez que se les explica mejor en qué consiste y cuáles son los roles a desempeñar, tanto por parte del terapeuta como de los cónyuges.

No obstante, podemos encontrarnos con ciertas familias —generalmente muy desestructuradas, sin cohesión alguna o muy traumatizadas— en las que, por sus actuales circunstancias, hay un cierto rechazo y no desean participar o continuar participando en la videoterapia, una vez ya superadas las sesiones iniciales del tratamiento. Esto suele acontecer cuando uno o ambos cónyuges son alcohólicos y cuando los trastornos psicopatológicos padecidos por los hijos son especialmente graves (anorexia, esquizofrenia, toxicomanías, etc.).

Una situación que favorece especialmente el rechazo de la videoterapia es aquella en que ha habido un maltrato conyugal y/o a los hijos y el caso está *sub judice*. En ese caso, la familia se siente excesivamente angustiada y culpabilizada —ignora cuál será la sentencia del juez, la cual temen—, como para optar por un tratamiento que, independientemente de su mayor o menor eficacia, tal vez pueda ser usado —así suelen pensar—, como una prueba contra ellos.

En otras ocasiones —enfermos obsesivos o muy inhibidos, depresivos y con un intenso déficit en habilidades sociales—, la videoterapia puede comenzar su curso pero, o no progresa de modo suficiente, según las expectativas del paciente o éste se bloquea y no desea proseguir.

En cualquiera de las circunstancias anteriores es necesario comenzar a tratar y modificar aquellos factores que son responsables de esta obstrucción o sabotaje terapéutico. Para este propósito puede emplearse, también aquí, la videoterapia. Entonces es preciso hacerla más creíble y atractiva para las personas que se encuentran en esas circunstancias, de manera que se eviten los frustrantes abandonos.

Pimperl y Treacher (1990) han demostrado que esto es posible. Los autores trabajaron con padres delincuentes y transgresores de la ley que, obviamente, rechazaban tal propuesta terapéutica. Para modificar tal comportamiento, los autores

emplearon la entrevista para inducción de roles (*Role Induction Interview*; RII) diseñada por Hoehn-Saric y col. (1964). Mediante esta entrevista se atiende a la preparación sistemática de los pacientes a la psicoterapia, constituyendo un instrumento específicamente diseñado para ayudar a los clientes a comprender cuál es el rol que deben desempeñar durante la terapia. Antes de la entrevista conviene dedicar una sesión de información, en la que se formulan con toda claridad los objetivos del tratamiento a la vez que se explica el proceso terapéutico y se define también el rol del terapeuta, además de contestar a todas y cada una de las cuestiones que acerca de la terapia pueda plantear el cliente.

A pesar de que de la RII se ha hecho un uso muy positivo y ha sido validada (Schonfield y col., 1969; Sloane y col., 1970), no obstante, podemos encontrar ciertas dificultades. Para superar estas dificultades, Strupp y Bloxom (1973) implementaron la anterior entrevista, editándola en forma de vídeo, lo que sin duda alguna ha contribuido a mejorar su eficacia. Muchos de los factores que son responsables del rechazo terapéutico (ansiedad, miedo a la responsabilidad, atribución de castigos por las acciones antes realizadas, anticipación negativa de los resultados de la sentencia, etc.) acaban por extinguirse cuando se emplea esta entrevista videograbada y con fines preterapéuticos con los clientes.

Estas sesiones de videopreparación a la videoterapia suelen acompañarse de explicaciones parsimoniosas por parte del terapeuta, quien autoriza al cliente a llevarse la cinta a casa y observarla en su contexto familiar. El terapeuta contestará a cuantas preguntas formule el cliente en cada sesión, hasta extinguir por completo las atribuciones erróneas acerca de las consecuencias y efectos de la videoterapia.

## ENTRENAMIENTO DE TERAPEUTAS

Sin duda alguna, la formación de terapeutas constituye uno de los ámbitos más delicados en la psicología, pedagogía, psiquiatría y TF. De una parte, hay dificultades cuyas raíces están en las propias instituciones que, naturalmente, han de cuidar con todo celo de la eficacia de la asistencia a los pacientes que tienen a su cargo y de la buena organización de la institución, sin que la concurrencia de los jóvenes aprendices interfiera en su curso —argumento disuasorio que suelen emplear para evitar cooperar. De otra, hay aspectos éticos insoslayables que, en muchos casos, pueden desaconsejar, con todo fundamento, el que los candidatos a terapeutas interactúen con los pacientes. A pesar de estas y otras muchas dificultades, no obstante, hay que hacer todo lo posible por formar bien a los terapeutas del futuro.

En ello se juegan el futuro estas disciplinas biomédicas y psicológicas y, lo que es más importante, la calidad de vida, en el momento presente, de muchas fami-

lias. De aquí que estas dificultades deban ser retiradas y superadas. Pero allí donde esto no pueda lograrse es necesario diseñar y optar por otros procedimientos alternativos.

La videoterapia, al menos en la experiencia del autor de estas líneas, ejemplifica bien esa posibilidad alternativa. Ciertamente, no se debe cansar innecesariamente a los pacientes incrementando el peso de sus molestias con la intervención tosca, balbuciente y no especializada de alumnos sin la necesaria preparación. Precisamente por eso puede y debe entrenarse a los alumnos —antes de que establezcan un contacto personal con los pacientes—, mediante el empleo de los recursos que, sin ninguna duda, les ofrecen las videograbaciones. Una vez que han sido entrenados con su ayuda y que han demostrado una cierta pericia en las habilidades requeridas, están en condiciones de acercarse al hombre doliente, siempre bajo la guía y dirección de un terapeuta experto.

La videograbación puede emplearse también para corregir, modificar y optimizar el entrenamiento de los noveles terapeutas aprendices. Para ello puede recurrirse a la grabación de su primera intervención con el paciente. Posteriormente, el profesor que le entrena le mostrará los errores y omisiones que cometió, así como las estrategias que alternativamente pudo haber empleado para resolver mejor esta o aquella dificultad.

Pero formar bien a un terapeuta es algo que precisa de una inagotable paciencia. Esto significa que el entrenamiento en psicoterapia debe ser, durante un largo período, un entrenamiento siempre asistido y acompañado y que, inevitablemente, exige del seguimiento por parte de un experto de todas y cada una de sus intervenciones y en todos y cada uno de los pacientes a los que trate. Para ese seguimiento el procedimiento de elección más riguroso y con menos riesgos, además de más eficaz es, sin duda alguna, la videoterapia. Con su ayuda puede instruirse muy provechosamente al futuro terapeuta, sin menoscabar su autoridad en presencia del paciente pero también sin hurtarle o privarle de ninguna de las correcciones que haya que hacerle, por graves que éstas sean.

Por último, estas sesiones de seguimiento admiten su observación y estudio en grupo, configurando el contenido de un seminario abierto al debate con otros profesores y estudiantes, lo que permite contrastar más rigurosamente la eficacia e indicaciones de los procedimientos por los que se opte. Una cuestión que es obligado satisfacer aquí previamente es la del consentimiento informado, por parte del paciente, así como el sagrado deber de cumplir con el secreto profesional por parte de los profesores y alumnos.

Hasta aquí el elogio de la videoterapia, poco importa que ésta sea un recurso tecnológico más. Ninguna psicoterapia, en mi opinión, admite ser reducida a mera tecnología. Es cierto que cualquier intervención terapéutica es fundamentalmente un arte, un arte muchas veces en función de la personalidad del terapeuta. Pero,

una vez admitido esto, es preciso señalar que el brazo del terapeuta debe ser potenciado y enriquecido con el arsenal tecnológico del que hoy disponemos. El concurso de esta tecnología en absoluto hace palidecer el arte de la terapia. Un brazo terapéutico y joven así armado y robustecido por el arte y los medios tecnológicos al uso, de seguro que ha de magnificar su eficacia en el zigzagueante camino aventurado por el que hoy transita la terapia familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

- BENTOVIM, A., "Foreword", en D. CAMPBELL y R. DRAPER (eds.) (1985), *Applications of Systemic Family Therapy: The Milan Approach*, Grune and Stratton, Londres.
- BLOCH, S., SHARPE, M. Y ALLAMAN, P. (1991), "Systemic family therapy in adult psychiatry", *British Journal of Psychiatry*, 159, 357-364.
- CARPENTER, J. Y TREACHER, A. (1989), *Problems and Solutions in Marital and Family Therapy*. Basil Blackell, Oxford.
- COTTRELL, D. (1989), "Family therapy influences on general adult psychiatry", *British Journal of Psychiatry*, 154, 473-477.
- COYNE, J. (1984), "Strategic therapy with married depressed persons: Agenda, themes and interventions", *Journal of Marital and Family Therapy*, 10, 53-62.
- CHAMBERLAIN, P. (1980), *A parent daily report measure*. Unpublished doctoral dissertation, University of Oregon.
- CHAMBERLAIN, P. Y REID, J. B. (1987), "Parent observation and report of child symptoms", *Behavioral Assessment*, 9, 97-109.
- CHASE, J. Y HOLMES, J. (1990), "A two years audit of a family therapy clinic in adult psychiatry", *Journal of Family Therapy*, 12, 229-242.
- DOANE, J. A., FALLOON, I. R. H., GODSTEIN, M. J. Y MINTZ, J. (1985), "Parental affective style and the treatment of schizophrenia; predicting course of illness and social function", *Archives of General Psychiatry*, 42, 34-42.
- FALLOON I., BOYD, J. L. RAZANI, J., MOSS, H. B. Y GILDERMAN, M. (1982), "Family management in the prevention of the exacerbation of schizophrenia", *New England Journal of Medicine*, 306, 1437-1440.
- FALLOON, I., MCGILL, C. BOYD, J., ET AL. (1982), "Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Social outcome of a two-year longitudinal study", *Psychological Medicine*, 17, 59-66.
- FALLOON I. Y PEDERSON, J. (1985), "Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia; the adjustment of the family unit", *British Journal of Psychiatry*, 147, 156-163.
- FALLOON, I., PEDERSON, J. Y AL-KHAYVAL, M. (1986), "Enhancement of health-giving family support versus treatment of family pathology", *Journal of Family Therapy*, 8, 339-350.
- GLICK, L. D. (1985), "Inpatient family interventions for affective disorders", *Archives of General Psychiatry*, 42, 882-886.
- GOLDBERG, D. (1972), *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*, Oxford University Press, Londres.
- HARTROPP, P. (1987), "Audit of epilepsy management in a group practice", *Update*, 34, 299-303.
- HOCHN-SARIC, R. ET AL. (1964), "Systematic preparation of patients for psychotherapy, I. Effects of therapy, behavior and outcome", *Journal of Psychiatric Research*, 2, 267-281.
- HOGARTY, G. E., ANDERSON, G. M., REISS, D. J., KORNEBLITH, S. J., GREENWALD, P., JAVAN, C. D., MANORVIA, S. J. AND THE EPICS RESEARCH GROUP (1986), "Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the after care treatment of schizophrenia", *Archives of General Psychiatry*, 43, 633-642.
- HOOLEY, J. M., ORLEY, J. Y TEASDALE, J. T. (1986), "Levels of expressed emotion and relapse in depression", *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647.
- HOWELLS, J. G. (1968), *Theory and Practice of Family Psychiatry*, Oliver and Boyd, Edimburgo.
- HUMPHREY, L. L. Y STERN, S. (1988), "Object relations and the family system in bulimia; a theoretical integration", *Journal of Family and Marital Therapy*, 14, 241-246.
- LASK, B. (1979), "Family therapy outcome research", *Journal of Family Therapy*, 1, 87-91.
- LEFF, J. (1985), "Family treatment of schizophrenia", en *Recent Advances in Clinical Psychiatry* 5 (ed. K. GRANVILLE-GROSSMAN). Churchill Livingstone, Londres.
- MARTIN, F. (1985), "The development of systemic family therapy and its place in the field", en *Applications of Systemic Family Therapy: The Milan Approach* (eds. D. CAMPBELL y R. DRAPER), Grune and Statton, Londres.
- MINUCHIN, S., ROSSMAN, B. L. Y BAKER, L. (1978), *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- NICOL, A. R. (1989) "Performance indicators in child and adolescent psychiatry", *Psychiatric Bulletin*, 13, 94-98.
- PATTEN, C., BERNETT, T. Y HOULIHAN, D. (1991), "Ethics in marital and family therapy: A review of the literature", *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 2, 171-175.
- PATTERSON, G. R. (1975), *Families: Applications of Social Learning to Family Life*. Champaign, IL, Research Press.

- PIMPERNELL, P. Y TREACHER, A. (1990), "Using a videotape to overcome clients' reluctance to engage in family therapy-some preliminary findings from a population setting", *Journal of Family Therapy*, 12, 59-71.
- POLAINO-LORENTE, A. Y GARCÍA VILLAMISAR, D. (1994), *Terapia familiar y conyugal*, Ed. Rialp, Madrid.
- ROBERTO, L. G. (1986), "Bulimia: the transgenerational view", *Journal of Family and Marital Therapy*, 12, 231-240.
- ROOT, M. P. (1986), *Bulimia: a Systems Approach to Treatment*, W. W. Norton, Nueva York.
- RUSSELL, G. F. M., SZMUKLER, G. I., DARE, C. Y EISLER, I. (1987), "An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa", *Archives of General Psychiatry*, 44, 1047-1056.
- STIERLING, H. (1974), *Separating Parents and Adolescents: A perspective in Running Away, Schizophrenia and Waywardness*, Quadrangle, Nueva York.
- TARRIER, N., BARROWCLOUGH, C., VAUGHN, C., BAMRAH, J. S., PORCEDDU, K. WATTS, S. Y FREEMAN, H. (1989), "Community management of schizophrenia two year follow-up of behavioral intervention with families", *British Journal of Psychiatry*, 154, 625-628.
- TEICHMAN, Y. (1986), "Family therapy of depression", *Journal of Psychotherapy and the Family*, 2, 9-39.
- TREACHE, A. (1986), "Invisible patients, invisible families: a critical examination of some technocratic trends in family therapy", *Journal of Family Therapy*, 267-306.
- WEBSTER-STRATTON, C. (1985), "Mother perceptions and mother-child interactions: Comparison of a clinic-referred and a nonclinic group", *Journal of Clinical Child Psychology*, 14, 334-339.
- WEBSTER-STRATTON, C. (1987), *Parents and children: A 10 program videotape parent training series with manuals*, Castalia Press, Eugene, Oregon.
- WEBSTER-STRATTON, C., KOLPACOFF, M., Y HOLLINSWORTH, T. (1988), "Administered videotape therapy for families with conduct-problem children: Comparison with two cost-effective treatments and a control group", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 458-566.
- WEBSTER-STRATTON, C. (1990), "Enhancing the Effectiveness of Self-Administered Videotape Parent Training for Families with Conduct-Problem Children", *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 479-492.