

## Psicoterapias postestructuralistas y factores de cambio: posibilidades para una práctica efectiva

### Poststructuralist psychotherapies and change factors: possibilities for effective practice

Hardy Schaefer A.<sup>1</sup>

*The evidence in psychotherapy outcome research points to the importance of the common factors in therapeutic change, which depend largely on patient participation. Models of post-structuralist orientation in systemic psychotherapy promote direct and explicitly change/common factors, as the therapeutic alliance, expectancies and extra-therapeutic factors, allowing the accommodation, relevant instance giving the consultant a decisive role for therapeutic change. The poststructuralist models are good instances formational, especially for the acquisition of skill mobilize change factors.*

**Key words:** Common factors, therapeutic effectiveness, poststructuralism, systemic therapies.  
*Rev Chil Neuro-Psiquiat 2014; 52 (3): 177-184*

#### Introducción: los factores de cambio en psicoterapia

Eysenck en 1952 concluyó que la psicoterapia no era mejor que el placebo. Esta lapidaria conclusión marcó el inicio del campo de investigación de resultados en psicoterapia, pudiéndose afirmar un par de décadas más tarde que la psicoterapia es más efectiva que la ausencia de ella<sup>1</sup>.

Los estudios posteriores se abocaron a dilucidar la efectividad diferencial de los distintos enfoques, no obstante, la evidencia mostró una ausencia de diferencias, es decir, se establece la “paradoja de la equivalencia”, es decir, todos los modelos son igualmente efectivos<sup>2</sup>. Por lo tanto, no son los modelos y sus técnicas los que dan cuenta de la efectividad.

La necesidad de explicar el cambio permite el surgimiento de la importancia de los factores comunes como instancia diferente de los factores específicos de cada modelo. Si no son los modelos y técnicas los que explican los resultados, ¿qué lo explica?

Lambert en 1992<sup>1</sup> realizó una revisión de los resultados empíricos y propuso cuatro elementos principales que dan cuenta de la mejoría o cambio en la psicoterapia: factores extra-terapéuticos o relativos al paciente, factores comunes, esperanza y expectativa y modelos y técnicas. Miller y Duncan<sup>3</sup> mencionan que los factores de cambio explican en distinto grado la varianza de resultados: 40% por factores del paciente, un 30% por factores comunes o de la relación, un 15% por factores de expectativas y esperanza y un 15% por modelos y técnicas.

Recibido: 06/05/2014

Aceptado: 28/07/2014

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

<sup>1</sup> Psicólogo Clínico, Magister en Psicología Clínica Supervisor Acreditado.

Posteriormente, todos los factores de cambio son redefinidos como factores comunes y no sólo el factor relación<sup>4</sup>. Del uso sistemático de los factores comunes se postuló una “psicoterapia guiada por el cliente e informada por los resultados”, lo que permitió concluir la primacía del cliente en el cambio<sup>5</sup>. En esta misma línea, Tallman y Bohart<sup>6</sup> señalan que los factores comunes dependen en última instancia siempre del paciente, ya que la relación, lo extra-terapéutico y la esperanza son definidos por él.

## Los factores comunes

### *Factores extraterapéuticos o del paciente*

Para Hubble, Duncan y Miller<sup>4</sup> la tradición en psicoterapia siempre ha estado centrada en los déficits y limitaciones psicopatológicas de los pacientes, y además, no considera los factores del consultante como elementos centrales en el proceso de cambio.

Para potenciar dicho factor resulta relevante explorar y validar las variaciones en la situación o conducta problemática. Eso implica un foco en la terapia diferente y claramente rupturista con la tradición. Así también, el terapeuta debe focalizarse en las competencias y recursos (por ejemplo, la red de relaciones del sujeto), en los logros y avances, vinculando todo ello con los propios esfuerzos y conductas del paciente.

### *La relación y la alianza terapéutica*

La importancia de la alianza terapéutica se remonta a Freud, quien la incluyó como un aspecto más en el trabajo clínico junto a la transferencia y contratransferencia. Del mismo modo, desde la psicología humanista, Rogers la valorizó como una instancia que activa en el sujeto sus potencialidades de curación y crecimiento innatos<sup>7</sup>.

Por otra parte, Safran y Muran<sup>8</sup> y Tallman y Bohart<sup>6</sup>, comentan que la calidad de la alianza terapéutica es el predictor más robusto del éxito del tratamiento. No obstante, el factor relación tiene relevancia en cuanto ésta es percibida por el paciente y no por el terapeuta, de tal manera que si

el terapeuta se ajusta al rol esperado, la alianza se fortalece y el éxito es más probable.

Las diferencias en la habilidad terapéutica parecen ser más significativas que la modalidad terapéutica, ya que cuanto más eficaz es el terapeuta más capaz es de facilitar el desarrollo de la alianza terapéutica<sup>8</sup>.

La alianza depende del grado de acuerdo entre el cliente y el terapeuta sobre las tareas y los objetivos de la terapia y de la calidad del vínculo relacional entre ellos, dimensiones que se influyen entre sí<sup>8</sup>.

### *La esperanza y las expectativas*

Según Hubble, Duncan y Miller<sup>4</sup>, la esperanza y expectativas se ven potenciadas al menos bajo dos acciones. Por un lado, tener un procedimiento estructurado y concreto, para lo cual se requiere un terapeuta que crea en dicho proceso, y que al mismo tiempo, se muestre deseoso de observar resultados y variaciones, por lo cual el eje temático de conversación debe poseer una orientación temporal futura. El acento está puesto en las posibilidades y en una orientación activa hacia lo que va cambiando.

### *Modelos y técnicas*

Los modelos y técnicas también pueden ser incluidos en los factores comunes, al menos bajo ciertas consideraciones. Según Hubble, Duncan y Miller<sup>4</sup>, las técnicas y modelos permiten contar con un foco y una estructura que hace posible desarrollar formas de interacción que pueden incorporar las preferencias, los objetivos y sugerencias del cliente, es decir, potenciar los otros factores comunes.

En síntesis, la investigación en psicoterapia centrada en los factores comunes ha ido concluyendo que el rol del consultante es decisivo para el cambio. Por lo tanto, se requiere una práctica de psicoterapia que otorgue al cliente un rol protagónico, que movilice sus expectativas, motivaciones y preferencias, que vea los recursos y logros disponibles en la vida cotidiana y no que se centre en los déficits y limitaciones, que se oriente al cambio y que proponga un trabajo colaborativo en la construcción de objetivos y tareas.

Por otra parte, en el contexto de la formación en psicoterapia resulta impensable desarrollar un aprendizaje exento de modelos; los terapeutas novatos requieren una formación sistemática que incorpore lo señalado previamente. Por lo tanto, ¿qué modelos pudieran potenciar habilidades que promuevan los factores de cambio descritos? Se estima en este trabajo que los modelos de orientación post-estructuralistas son apropiados para ello.

## **Psicoterapias de orientación post-estructuralista**

### ***La necesidad de una postura para el cambio: la inevitabilidad de una epistemología***

Con seguridad para poder operar de modo congruente con lo anterior, se requiere una práctica de la psicoterapia que se aleje de la tradición, razón por la cual se necesita tener una comprensión distinta de ella, se requiere otra mirada, otra epistemología.

Dickerson<sup>9</sup> señala que hay dos grandes categorías de posiciones epistemológicas en la psicoterapia: los modelos estructuralistas y los post-estructuralistas. Los primeros se distinguen entre aquellas posiciones que son individualizantes y las que son sistémicas.

Los modelos estructuralistas provienen de la tradición moderna y postulan que el fenómeno posee alguna forma de estructura, la que puede ser interna (individualizante) o externa (sistémica). Los modelos tradicionales y ciertas escuelas de terapia familiar se ubican en esta categoría.

Los modelos postestructuralistas en cambio, se comprenden dentro de un marco posmoderno y se vinculan con el construccionismo social<sup>10,11</sup>, con la metáfora narrativa y con un enfoque hermenéutico.

La posición postestructuralista y el construccionismo social han ejercido una enorme influencia en la tradición sistémica<sup>12</sup>, lo que se expresa en un conjunto de modelos que han incorporado dicha epistemología, modificando la postura del terapeuta y la práctica terapéutica.

### ***La terapia estratégica breve (TEB)***

La Terapia Estratégica Breve se entiende más bien desde una cibernética de segundo orden y un constructivismo radical, no obstante, se incorpora en este trabajo porque constituyó en su época una ruptura decisiva con el modo como se efectuaba la psicoterapia. Su postura constructivista le hace enfatizar la construcción individual de la realidad, mientras que los construccionistas enfatizan la participación social en ello. Su práctica se centra no sólo en las pautas sistémicas-cibernéticas, sino también en las construcciones de la realidad que los sujetos hacen.

El foco terapéutico está en las soluciones intentadas fallidas neutralizándolas por medio de técnicas, ya que serían las responsables de la mantención del problema<sup>13-15</sup>, cuya resolución pasa a alterar la pauta cibernética del problema.

El terapeuta asume cierta distancia para leer la pauta y observar la estructura del problema, como también requiere una postura hábil para incidir en dicha pauta. Hay una posición de colaborador experto en los procesos de cambio, mientras el paciente es concebido como poseedor de una concepción de mundo que debe ser utilizada.

Para la TEB el cambio terapéutico se entiende a través de la generación o facilitación de acciones y percepciones que ocurren fuera de la lógica del sistema (individuo, pareja o familia), modificando los significados de los sujetos.

De lo anterior se puede desprender que el rol del lenguaje es de primera importancia, cuyo uso terapéutico permite modos nuevos y funcionales de percepción de la realidad. Este modelo, en la medida que se adentra más en la importancia del lenguaje como constructor de realidad, se va alejando de su posición estructuralista<sup>16,17</sup>.

### ***La terapia centrada en las soluciones (TCS)***

La terapia centrada en soluciones surge de la revisión del trabajo terapéutico de la terapia estratégica breve mencionada y de la terapia estratégica de Milton Erickson<sup>18</sup>.

Este modelo a diferencia de la TEB, se focaliza en los intentos de solución exitosos y viene a

profundizar el uso del lenguaje y la posición postestructuralista. Esta práctica plantea una discontinuidad entre el problema y solución, por lo cual los sujetos cuentan con los recursos necesarios, los que pueden ser potenciados con conversaciones que se centren en las soluciones y no en los problemas<sup>19</sup>.

El cambio se entiende a través de una práctica conversacional centrada en las excepciones o en aquellas situaciones, reales o hipotéticas, donde se dan o se darían soluciones exitosas. Esta práctica permite el despliegue de recursos que van modificando la percepción del problema y la aplicación de soluciones efectivas. El sujeto de esta manera logra un sentido de autoeficacia. Con el tiempo, el modelo se alejó del uso de directivas para una práctica más centrada en el lenguaje y en la indagación de lo que funciona<sup>20</sup>.

Para De Shazer<sup>21</sup>, los problemas surgen de dificultades en la vida cotidiana de modo natural, pero que se transforman en un problema en la medida que se perciben y se enfrentan de la misma forma infructuosa cada vez. Las soluciones son otras acciones y percepciones construidas en terapia a partir de un modo distinto de conversación.

Para la TCS no existe la resistencia en el paciente, sino que ella es un modo distinto de cooperar de éste<sup>21,22</sup>, lo cual requiere un terapeuta flexible y abierto a otras consideraciones. Esto supone un terapeuta que deja de ser visto como un experto y un paciente que presenta un rol más decisivo.

El lenguaje adquiere una enorme importancia, ya que todo el accionar terapéutico opera a ese nivel, por lo cual la práctica de la psicoterapia está en la conversación.

### ***La terapia sistémico narrativa (TSN)***

Esta modalidad de terapia viene a profundizar aún más la posición postestructuralista, ya que usa decididamente la metáfora narrativa. Las personas van organizando su experiencia a través de relatos de sí mismos y su entorno. Las narraciones son interpretaciones de las vivencias, las que están en directa relación con relatos disponibles en la sociedad y la cultura. Sin embargo, en este proceso de estructuración de la narración, podrían existir

experiencias que no sean incorporadas al relato generándose una historia restrictiva<sup>23-25</sup>.

La conceptualización de los problemas se basa en la idea de relatos dominantes y restrictivos. La queja estriba en la historia contada, saturada de problemas, la cual impide comprender la propia experiencia y generar nuevas formas de conducta. La terapia narrativa opera a través de la construcción del relato restrictivo. Este proceso requiere efectuar preguntas que discriminen tanto la influencia que el problema ha tenido en su vida, como también el modo como el sujeto ha influido en el problema<sup>25</sup>. Estas preguntas pueden mostrar intentos de solución fallidos y exitosos respectivamente. La conversación estructurada de este modo hace progresivamente que el relato se tense y amplíe, y a través de sus discordancias, se reescriba la trama y la interpretación de las experiencias varía en un sentido liberador, dando mayores posibilidades para hacer frente a las dificultades de la vida. De esta forma se entiende el cambio terapéutico.

El rol del terapeuta se entiende como un colaborador y co-constructor de una plataforma social donde se deconstruyen y reconstruyen significados<sup>24</sup>.

La TSN otorga al lenguaje una primerísima importancia, ya que es el vehículo que permite la transformación de los significados.

Nótese cómo la evolución de estos modelos ha ido ampliando el foco de la temporalidad, ya que inicialmente las terapias sistémicas y estratégicas se centraban en la estructura presente, no obstante, con la metáfora narrativa se abre la temporalidad hacia el pasado y el futuro, ya que se dan conversaciones que reconstruyen la interpretación sobre el pasado y que crean posibilidades futuras.

### ***La terapia dialógico-colaborativa (TDC)***

Los seres humanos están constituidos en sistemas de generación de lenguaje y sentido, donde las construcciones provienen de formas de acción social, y el lenguaje opera en la conversación como una forma de participación social que ordena y da sentido a las experiencias<sup>26</sup>. La terapia es concebida como un acontecimiento lingüístico que pone a los

interactuantes en una conversación colaborativa en la búsqueda de posibilidades, todo ello para lograr la disolución del problema que los convoca. La relación colaborativa se expresa bien a través de la generación de una alianza conversacional, y la posición dialógica a su vez se entiende desde la indagación conjunta de los distintos aspectos implicados en pro de la comprensión del problema. La estructura dialógica de la conversación supone un devenir impredecible que transforma a las personas en interacción, a partir del surgimiento de lo nuevo y lo no dicho, lo que requiere una actitud muy desprejuiciada o “de no saber” durante el proceso, para lo cual se prescinde del uso de teorías y técnicas. Esta posición tan radicalmente posmoderna no ha estado exenta de críticas.

Este modelo también puede ser entendido en el marco ya propuesto de los intentos de solución fallidos y exitosos, ya que el relato monológico sostiene intentos fracasados, del mismo modo como el relato dialógico -desarrollable en terapia- permite modos más eficientes de operar y percibir la vida.

El papel del lenguaje está marcado por sus bases hermenéuticas y construccionistas, es decir, las experiencias son estructuradas por el lenguaje de modo metafórico, estructura sujeta a un devenir constante de construcción y deconstrucción.

Los distintos modelos postestructuralistas

comparten ciertos aspectos que los hacen ser equivalentes (con la relativa excepción de la TEB). Para observar estos modelos en perspectiva obsérvese en la Tabla 1.

## Los modelos post-estructuralistas y los factores de cambio

Los modelos postestructuralistas se alejan de la visión moderna y positivista, ampliando la riqueza teórica de la tradición sistémica y modificando la concepción y la práctica de la psicoterapia<sup>10</sup>. En la Tabla 2 se observa una síntesis que muestra las diferencias de estas modalidades y la psicoterapia tradicional.

Por otra parte, Duncan, Hubble y Miller<sup>5</sup> plantean que existen ciertas vías hacia la imposibilidad del cambio. El uso de etiquetas diagnósticas define un marco de expectativas que pueden restringir las posibilidades de cambio. Así mismo, la denominada “contratransferencia de la teoría” hace que la práctica puede estar excesivamente guiada por el modelo teórico, obviando los hechos y otras posibilidades. Las acciones del terapeuta pueden usarse insistentemente a pesar de la ausencia de resultados, lo cual es otro obstáculo. Finalmente, el no considerar las motivaciones y preferencias del paciente merma los resultados.

Tabla 1. Características de los modelos según criterios

Criterios	TEB	TCS	TSN	TDC
Epistemología	Estructuralista Post-estructuralista	Post-estructuralista	Post-estructuralista	Post-estructuralista
Intentos de solución	Fallidos	Exitosos	Principalmente exitosos	Principalmente exitosos
Concepción problema	Pauta acciones reiteradas	Percepciones y acciones reiteradas	Relato restrictivo y dominante	Relato monológico
Concepción del cambio	Acción y reencuadre paradójico	Excepciones y conversación sobre soluciones	Deconstrucción y reconstrucción narrativa	Deconstrucción y disolución del problema
Roles	Terapeuta experto Colaboración indirecta	Colaboración	Colaboración	Colaboración alianza conversacional
Lenguaje	Cambio de percepción	Construcción de soluciones	Resignificación de experiencias	Nuevas posibilidades

**Tabla 2. Diferencias en las prácticas tradicionales y post-estructuralistas**

Crterios	Práctica Estructuralista	Práctica Postestructuralista
Importancia de la teoría	Imprescindencia teórica	Prescindencia teórica
Proceso terapéutico	Proceso guiado por la teoría Guía ejercida por el terapeuta	Conversación guía el proceso Guía ejercida por el cliente
Terapeuta/paciente	Experto/inexperto (intervención)	Colaborador/experto (alianza)
Lenguaje	Representativo de la realidad Uso como descripción	Constitutivo de la realidad Uso como construcción
Esencia/construcción	Pauta (individuo o familia) (necesidad de diagnóstico)	Construcción y deconstrucción permanente (sin diagnóstico)
Queja o problema	Anomalía estructural y déficit	Relato restrictivo y monológico
Cambio	Re-estructuración Posibilidades previstas	Apertura del relato Posibilidades no previstas
Prácticas	Intervención técnica Recorrido anticipado	Conversación terapéutica Recorrido emergente

**Tabla 3. La práctica post-estructuralista y factores de cambio**

Factores de cambio	Práctica Estructuralista	Práctica Postestructuralista (se podría incluir la TEB)
Extraterapéuticos	Importancia secundaria	Importancia primaria Contextos de vida del paciente
Alianza terapéutica	Percepción del terapeuta El experto es el terapeuta Dirección del terapeuta	Percepción del paciente El experto es el paciente Colaboración del terapeuta
Esperanza y expectativa	Orientación a los déficits Metas predeterminadas	Orientación al futuro y posibilidades Definición conjunta de metas
Técnica y modelo	Rol específico Estructura de directiva	Promueve factores comunes Estructura co-constructiva

Los mismos autores señalan que, de acuerdo a las hallazgos empíricos, el concepto clave es el de “acomodación”, es decir, adecuar la terapia al paciente, considerando sus recursos, motivaciones y la alianza esperada.

### **Conclusión: una práctica posestructuralista para la efectividad**

En este trabajo se sostiene que los modelos post-estructuralistas constituyen excelentes modalidades de psicoterapia para lograr la efectividad, ya que promueven de forma explícita, mediante

sus prácticas conversacionales, los factores de cambio y hacen efectiva una acomodación para obtener buenos resultados. Es así que hay una incorporación deliberada de los contextos de vida del paciente, sus recursos personales y relacionales; hay también una acomodación a la alianza y rol del terapeuta esperados, considerando motivaciones y preferencias del sujeto; del mismo hay un ajuste a los objetivos y posibilidades futuras; finalmente las actividades y temáticas conversacionales se crean y recrean en forma colaborativa entre terapeuta y paciente. El protagonismo es claramente del paciente. En la Tabla 3 se observa de manera sintética las ideas señaladas.

Por último, respondiendo a la pregunta introductoria, se estima que en la formación de los futuros psicoterapeutas resulta fundamental adquirir habilidades que potencien los factores de cambio, principalmente la alianza terapéutica, por lo cual los

modelos aquí descritos pueden ser excelentes modos de entrenamiento de destrezas, ya que más allá de las legítimas preferencias teóricas que cada cual pueda tener, al paciente lo que le importa son sus propios objetivos y una terapia hecha a su medida.

### **Resumen**

*La evidencia en investigación de resultados en psicoterapia señala la relevancia de los factores comunes en el cambio terapéutico, los cuales dependen en buena medida de la participación y protagonismo del paciente. Los modelos de orientación post-estructuralista en psicoterapia sistémica promueven de forma directa y explícita los factores de cambio/comunes, como la alianza terapéutica, las expectativas y los factores extra-terapéuticos, permitiendo la acomodación, instancia relevante que otorga al consultante un rol decisivo para el cambio terapéutico. Los modelos posestructuralistas son buenas instancias formativas, en especial para la adquisición de destrezas que movilicen factores de cambio.*

**Palabras clave:** Factores comunes, efectividad terapéutica, posestructuralismo, terapias sistémicas.

### **Referencias bibliográficas**

1. Miller S, Duncan B, Hubble M. Client-directed, outcome-informed clinical work: Directing attention to "What Works" in treatment. 2013 Oct. Disponible en URL: <http://www.talkingcure.com>
2. Krause M. Psicoterapia y cambio, una mirada desde la subjetividad. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 2005.
3. Miller S, Duncan B. Paradigm lost: from model-driven to client-directed, outcome-informed clinical work 2000. Disponible en URL:<http://www.talkingcure.com>
4. Hubble M, Duncan B, Miller S. The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy. Washington DC: American Psychological Association, 1999.
5. Duncan B, Hubble M, Miller S. Psicoterapia con casos imposibles, tratamientos efectivos para pacientes veteranos de la terapia. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S. A. 2003.
6. Tallman K, Bohart A. The client as a common factor: clients as self-healers. En Hubble M, Duncan B, Miller S. The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy. Washington DC: American Psychological Association, 1999.
7. Bachelor A, Horvath A. The Therapeutic relationship. En Hubble M, Duncan B, Miller S. The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy. Washington DC: American Psychological Association, 1999.
8. Safran J, Muran C. La alianza terapéutica: Una guía para el tratamiento relacional. Madrid: Desclée De Brouwer S.A. 2005.
9. Dickerson V. Positioning oneself within an epistemology: refining our thinking about integrative approaches. Family Process 2010; 49 (3): 349-68.
10. Gergen K. Construir la realidad. El futuro de la psicoterapia. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A. 2006.
11. Gergen K. Relational being, beyond self and community. New York: Oxford University Press, 2009.
12. Cecchin G. Construcción de posibilidades terapéuticas. En Mc Namee S, Gergen K. La terapia como construcción social. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A. 1992.

13. Weakland J, Fisch R, Watzlawick P, Bodin A. Terapia breve: centrada en la resolución de problemas. *Family Process* 1974; 13: 141-68.
14. Watzlawick P, Weakland J, Fisch R. Cambio, formación y solución de problemas humanos. Barcelona: Herder S.A. 1995.
15. Schaefer H. La terapia estratégica breve: Fundamentos, técnicas y tendencias actuales. En García F. (Comp). *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones*. Santiago de Chile: RIL Editores, 2013.
16. Watzlawick P. *La realidad inventada*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A. 2000.
17. Watzlawick P, Krieg P. *El ojo del observador. Contribuciones al constructivismo*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A. 2000.
18. De Shazer S, Berg I, Lipchik E, Nunnally E, Molnar A, Gingerich W, *et al*. *Terapia Breve: Centrada en el desarrollo de soluciones*. *Family Process* 1986; 25: 207-22.
19. Beyebach M. *Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones: Intervención y prevención en salud mental*. Salamanca: Amarú, 1999.
20. Lipchik E. *Terapia centrada en la solución más allá de la técnica el trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Madrid: Amorrortú S.A. 2002.
21. De Shazer S. *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A. 1995.
22. De Shazer S. *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A. 1989.
23. White M. *Reescribir la vida: entrevistas y ensayos*. Barcelona: Editorial Gedisa S.A. 2002.
24. White M. *Maps of narrative practice*. New York: W. W. Norton and Son Company, 2007.
25. White M, Epston D. *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A. 2008.
26. Anderson H. *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1999.

---

Correspondencia:  
 Hardy Schaefer A.  
 San Martín 553 of. 906  
 Fono: 2739838  
 Concepción, Chile.  
 E-mail: harschae@yahoo.com