



FACULTAT DE PSICOLOGIA.  
Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament  
Psicològics

# **EL MODELO SISTÉMICO EN LA INTERVENCIÓN FAMILIAR**

**Guillem Feixas i Viaplana  
Dámaris Muñoz Cano  
Victoria Compañ Felipe  
Adrián Montesano del Campo**

**12 de Septiembre de 2012**

<b>1. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>3</b>
1.1. Definición del modelo sistémico y concepto básico.....	3
1.2. Modelo sistémico y terapia familiar.....	4
1.3. Antecedentes y factores influyentes.....	9
<b>2. LOS FUNDAMENTOS: BATESON Y EL GRUPO DE PALO ALTO.....</b>	<b>14</b>
2.1. El surgimiento de la terapia familiar.....	14
2.2. Gregory Bateson (1904 –1980).....	14
2.3. El equipo de Palo Alto.....	15
2.4. Algunas nociones fundacionales.....	16
2.5. Don Jackson (1920 –1968).....	18
2.6. “Hacia una teoría de la esquizofrenia”.....	19
2.7. La influencia de Milton Erickson (1904 – 1980).....	20
2.8. La comunicación y sus niveles.....	20
2.9. Propiedades sistémicas de la familia.....	23
2.10. Interacción diádica y triádica.....	25
2.11. El ciclo vital de la familia.....	26
<b>3. LAS ESCUELAS Y SUS MÉTODOS TERAPÉUTICOS.....</b>	<b>27</b>
3.1. El énfasis pragmático.....	28
3.2. La escuela interaccional del MRI Palo Alto.....	29
3.2.1. Hitos, protagonistas y obras fundamentales.....	29
3.2.2. “La solución es el problema”.....	30
3.2.3. La noción del cambio.....	31
3.2.4. El formato de terapia breve.....	33
3.3. Las escuelas estructural y estratégica.....	33
3.3.1. Hitos, protagonistas y obras fundamentales.....	34
3.3.2. Las tríadas y su estructura.....	35
3.3.3. Las técnicas estructurales.....	36
3.4. La escuela de Milán.....	36
3.4.1. Hitos, protagonistas y obras fundamentales.....	37
3.4.2. El método terapéutico del equipo inicial.....	38
3.4.3. La prescripción invariable y los juegos familiares.....	39
3.4.4. Las preguntas circulares.....	40
<b>4. EL CUESTIONAMIENTO EPISTEMOLÓGICO.....</b>	<b>41</b>
4.1. La vuelta a Bateson.....	42
4.2. La cibernética de segundo orden.....	43
4.3. El énfasis en los significados.....	44
4.4. El construccionismo social y su influencia en los terapeutas sistémicos.....	46
<b>5. LA INVESTIGACIÓN EN EL MÓDELO SISTÉMICO.....</b>	<b>47</b>
5.1. El desarrollo de la investigación interaccional.....	47
5.2. Principales problemas en la investigación en terapia familiar sistémica.....	48
5.3. Los estudios de eficacia.....	48
<b>6. FORMACIÓN Y ASOCIACIONES DE TERAPIA SISTÉMICA.....</b>	<b>51</b>
6.1. Centros de formación.....	51
6.2. Asociaciones profesionales y científicas.....	52

## 1. INTRODUCCIÓN

El modelo sistémico, sin duda el marco conceptual más extendido en la terapia familiar, ha llegado a ser en los últimos años uno de los modelos de más popularidad no sólo entre los psicoterapeutas sino también en el campo de la asistencia y bienestar social, las organizaciones y redes sociales, la salud, y los problemas escolares. Y ello no es por azar. Su campo de aplicación característico, el trabajo con la familia, se sitúa en el centro de la vida social. Pocas cosas ocurren con independencia de la familia, en sus múltiples y renovadas formas, entendida como grupo socio-afectivo primario. Y es que el modelo sistémico se distingue claramente de los demás modelos de la intervención psicológica (psicoanalítico, fenomenológico, conductual, cognitivo) porque su unidad de análisis es el sistema y no el individuo, ni la persona, tan ensalzadas por la psicología tradicional y la civilización occidental. En efecto, sus bases conceptuales no son ni la personalidad y sus rasgos, ni la conducta individual, sino el sistema familiar como un todo, como un organismo estructurado e interdependiente que se comunica con unas pautas de interacción, y en las que el individuo sólo es uno de sus componentes, su valor tiene que ver con la función y posición en el sistema.

Los síntomas, desde esta perspectiva son vistos como parte de este patrón comunicacional, y por tanto una característica del sistema y no únicamente del que lo sufre. Por tanto, se tiende a trabajar con toda la familia y orientar la intervención al alterar los patrones de interacción familiar en los que el síntoma cobraba su sentido. Desaparece así el paciente como objeto de la intervención y también el terapeuta, puesto que se suele trabajar en equipo. La relación terapéutica, el eje de la psicoterapia para algunos modelos, no es ya algo que ocurre entre terapeuta y cliente, sino entre un equipo y una familia. Las sesiones de terapia, entre 6 y 20 según los formatos, suelen ser algo más largas, pero también más espaciadas en el tiempo. En suma, se trata de una nueva concepción de la psicoterapia y de la forma de aplicarla

### 1.1. DEFINICIÓN Y CONCEPTO BÁSICO

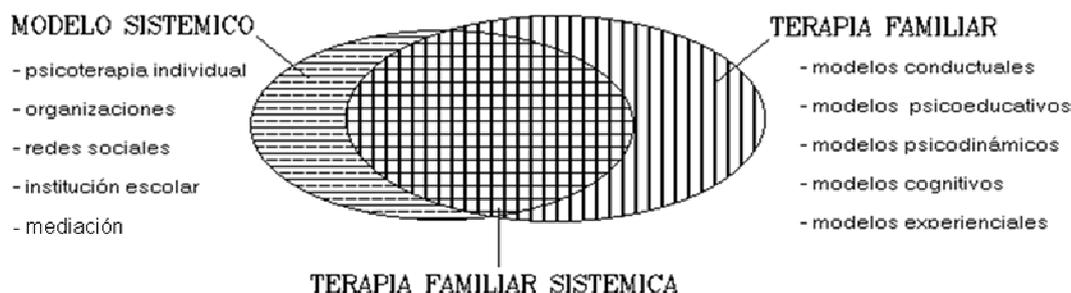
El modelo sistémico nació al mismo tiempo que la terapia familiar, aunque como explicamos en el próximo apartado, hoy en día tiene muchas más aplicaciones. Y ello no es extraño ya que su unidad de análisis es la familia. Para entenderla no bastan los modelos tradicionales centrados en el individuo. Este nuevo foco requiere una nueva conceptualización, una nueva forma de pensar, en la que el objeto de análisis no sea el ente individual sino el sistema. Así es que el modelo sistémico se basa en presupuestos metateóricos que se alejan de los tradicionales (por ej. física clásica) y se inspiran en la Teoría General de Sistemas, primero, y las teorías de la complejidad después.

La noción de sistema implica un todo organizado que es más que la suma de las partes, se sitúa en un orden lógico distinto al de sus componentes (véase 2.9). Se define por sus

funciones, estructura, circuitos de retroalimentación (*feedback*) y relaciones de interdependencia. Aplicada a la familia, supone entenderla como un todo organizado en que cada miembro cumple una función, y con sus acciones regula las acciones de los demás a la vez que se ve afectado por ellas. Forman parte de una danza o patrón interaccional en el que las acciones de cada miembro son interdependientes de las de los demás.

## 1.2. MODELO SISTÉMICO Y TERAPIA FAMILIAR

El modelo sistémico surgió en los años cincuenta al mismo tiempo que la terapia familiar como un marco conceptual para abordarla, para comprender la complejidad de fenómenos interrelacionados que ocurren en su seno. Sin embargo, desde hace ya muchos años no se puede sostener la identidad entre modelo sistémico y terapia familiar. Por un lado, el modelo sistémico se puede aplicar a muchos otros formatos de la intervención, además del familiar. Por otro lado, existen otros modelos que han desarrollado un formato de intervención familiar.



### **Psicoterapia individual**

Desde principios de los años ochenta, se planteó que el modelo sistémico podría aplicarse a un solo individuo aunque no asistiera toda la familia. Una de las obras pioneras fue la de R. Fisch, J. Weakland y L. Segal (1982) "La táctica del cambio" (Herder, Barcelona, 1984) que supone un desarrollo de la terapia breve del MRI de Palo Alto. Plantea que es preciso trabajar sólo con los verdaderos "clientes", los que verdaderamente están interesados en la terapia, aunque a menudo sea sólo uno, y a veces no ni tan sólo el portador del síntoma.

Se centra en la forma en la que el individuo participa en la danza interaccional, y se orienta la intervención para que éste influya de manera decisiva en dicho patrón interaccional. Así es que, a diferencia de otros modelos, el sistémico no se limita a buscar el bienestar subjetivo del cliente sino a alterar la interacción familiar, como lo haría si viniera toda la familia.

En la actualidad, la gran mayoría de terapeutas sistémicos realizan intervenciones individuales, ya sea alternándolas con las familiares, o bien como modalidad única en función de los casos y de la disponibilidad de la familia para el tratamiento.

## **Organizaciones**

De la misma manera que se entiende la familia como un sistema, se pueden entender las organizaciones (empresas, fundaciones, instituciones, etc.) como un sistema organizado. Cuando un profesional es llamado como consultor o para realizar determinada tarea dentro de la organización, el modelo sistémico puede orientarlo en plantear su intervención de acuerdo con las pautas interaccionales que también se dan en estos sistemas. Una de las obras más emblemáticas en este campo es la de Selvini-Palazzoli y cols. (1981), "*Al frente de la organización*", Paidós, Barcelona, 1985.

## **Redes sociales**

Si concebimos la familia como un sistema, tenemos que pensar que ese sistema, a su vez, forma parte de sistemas más amplios y complejos, hasta llegar al sistema social y cultural. El nivel más próximo al familiar es la red social: el barrio o pueblo, y las organizaciones que de manera más formal (asociaciones, servicios sociales, instituciones religiosas, etc.) o informal (grupos de cualquier índole, bandas, etc.) la integran. Una obra de referencia puede ser: Speck, R. y Atenave, C., (1973). *Redes familiares*. Buenos Aires: Amorrortu, 1974.

## **Institución escolar**

La escuela es uno de los sistemas más próximos e interdependientes con la familia. Desde la óptica sistémica, el trabajo del psicólogo o psicopedagogo se encabalga entre dos sistemas, y su interacción deviene el foco central para entender el problema que se manifiesta en el niño. La obra más emblemática a este respecto es la de Selvini-Palazzoli, M. y cols. "*El mago sin magia*", Paidós, Barcelona, 1983.

## **Mediación**

La mediación es un proceso temporalmente limitado que contribuye a facilitar la comunicación y los conflictos entre dos partes a través de un mediador. El mediador es un profesional que ayudará de manera neutral y objetiva a que las partes alcancen un acuerdo. La mediación puede ser aplicada en conflictos que acontezcan en el ámbito familiar (parejas, intergeneracional, herencias), conflictos escolares, en la comunidad, así como en las organizaciones.

Partiendo de una perspectiva sistémica, Ripol-Millet (1993) plantea que la función del mediador en las familias consiste en ayudar a la pareja a resolver los conflictos y facilitar la comunicación de manera que sea ella misma la que alcance decisiones satisfactorias y viables para ambas partes. El mediador debe velar por las necesidades de la pareja pero especialmente las de los hijos, favoreciendo la relación familiar posterior al divorcio entre todas las partes. Obras de referencia son: Ripol-Millet, A. (1993). *La mediación familiar*. Barcelona: Centre

d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada y Ripol-Millet, A. (2000). Mediación familiar. En J. Navarro y J. Pereira (Eds.), Parejas en situaciones especiales. Barcelona: Paidós.

### **Modelos conductuales**

Desde los años setenta, el modelo conductual también trabaja con familias esencialmente para regular los refuerzos que se administran recíprocamente, principalmente los padres en la educación de los hijos con problemas. En muchas ocasiones, estos padres son definidos como "co-terapeutas" que aplican en casa un programa de reforzamiento diseñado por el terapeuta. En nuestro país una de las obras más representativas es la de Pelechano, V. (1980), "Terapia familiar comunitaria" (Valencia, Alfaplus).

A nivel internacional se han desarrollado también diversos programas de tratamiento para parejas o para adolescentes con problemas (por ej.: delincuentes).

### **Modelos psicoeducativos**

En los años setenta se desarrollaron una serie de programas de tratamiento basados en el estudio de la vasta literatura existente acerca de la influencia de los acontecimientos vitales ("life events") como presión ambiental en la esquizofrenia. Una de las líneas de investigación (y tratamiento) más relevantes es la de los británicos Brown, Leff, Vaughn y colaboradores (p.e., Brown et al, 1962; 1972; Vaughn y Leff, 1976; Vaughn et al, 1984) sobre el papel del nivel emocional de la familia como fuente de estrés para el paciente esquizofrénico. En este sentido se ha acuñado el término de **Emoción Expresada (EE)** para referirse a las actitudes críticas y hostiles de los miembros familiares, así como su sobreinvolucración. Según estos estudios los pacientes que retornan a hogares con índices altos de EE (medidos mediante el *Camberwell Family Interview* (CFI), una forma de entrevista familiar semi-estructurada) presentan recaídas en los 9 meses siguientes al alta hospitalaria en más del 50% de los casos, mientras que este porcentaje no llega al 15% en la familias con índices bajos de EE (en ambos casos se administró regularmente la medicación). La variable EE resultó ser la de más valor en la predicción de recaídas seguida de la variable acerca del grado de contacto del paciente con sus familiares, resultando menos afectados aquellos que tienen menor contacto con sus familiares altos en EE (menos de 35 horas semanales). También los estudios de Wynne y colaboradores (ver Wynne et al, 1982 para una revisión) sobre "comunicación desviada" iniciados en los años sesenta sirvieron de inspiración para estos enfoques.

Los programas de tratamiento basados en el paradigma de estrés/vulnerabilidad se definen por su carácter psicoeducativo, y su objetivo de bajar el nivel emocional de la familia y otras fuentes de estrés para el paciente. Son aspectos comunes a sus diversas variantes:

- a) proporcionar información acerca de la esquizofrenia como trastorno, su curso y pronóstico;

- b) informar acerca del papel importante y manejo de la medicación;
- c) modificar las expectativas de los familiares de acuerdo con las posibilidades reales de recuperación sintomática y social del paciente;
- d) uso de grupos de apoyo multifamiliar;
- e) entrenamiento en solución de problemas;
- f) entrenamiento en el manejo de las crisis sintomáticas del paciente;
- g) selección de algunos casos para una terapia familiar más completa.

El programa de Goldstein et al (1978) desarrollado en la UCLA ("University of California at Los Angeles) es breve (seis semanas), concreto y focalizado. Se orienta a la identificación de los acontecimientos que resultaron estresantes para el paciente y a evitar su re-ocurrencia o mitigar su poder destructivo. Una vez identificados estos agentes estresores el terapeuta ayuda a la familia a desarrollar estrategias para evitarlos. Los resultados de este programa fueron muy positivos. A los seis meses los pacientes del grupo en la condición de no tratamiento familiar habían sufrido un 48% de recaídas mientras que los de la condición de tratamiento familiar no se había dado ninguna. Aunque los resultados con períodos más largos de seguimiento no son tan impresionantes, este programa terapéutico resultó prometedor, e inspiró otras aportaciones.

En la actualidad existen al menos dos "manuales" para el tratamiento psicoeducativo de la familia del esquizofrénico (Anderson et al, 1986; Falloon et al, 1984), que han generado ya una investigación considerable. Tanto Falloon et al (1982) como Leff et al (1982) revelan una tasa de recaídas de entre el 6 y el 9% a los nueve meses, en comparación de la tasa de entre el 44 y el 50% del grupo control sin tratamiento familiar. Quizás el estudio más meticulosamente conducido fue el de Anderson et al (1986) en el que sólo se incluyeron familias con índices altos de EE, y en el que se comparó la condición de tratamiento individual (entrenamiento en habilidades sociales) con el familiar.

Como estos autores concluyen, el efecto principal del tratamiento familiar es el retraso (y una cierta disminución) de las recaídas y las re-hospitalizaciones. El enfoque psicoeducativo de la familia permite ganar un tiempo a los pacientes y sus familias que puede resultar esencial para la recuperación al aliviar su malestar y agitación, ayudarles a ajustar sus expectativas, entender la naturaleza de su trastorno, y promover el desarrollo de estrategias de enfrentamiento. Además, un seguimiento más cualitativo de los casos permite advertir que su mejora no se limita simplemente a una reducción sintomática sino que se produce un cierto ajuste y adaptación social en la comunidad.

No queremos acabar esta breve revisión sin mencionar el estudio sistemático de casos realizado en nuestro medio por Espina y colaboradores (p.e., 1988) que utilizan varias pruebas (como la de clima social de la familia, una adaptación del CFI) para la evaluación del cambio

familiar (además de pruebas sintomáticas para el paciente identificado) producido por la terapia familiar estratégica (Haley, 1976, 1980; Madanes, 1981).

Actualmente, existen programas psicoeducativos para múltiples problemas mentales (por ejemplo, depresión, ansiedad) y también para problemas de la salud física (por ejemplo, diabetes, hipertensión), en los que también se intentan objetivos similares con este formato familiar.

### **Modelos psicodinámicos**

Como veremos en el apartado 1.3, el psicoanálisis no se centra en la dinámica actual de la familia. Sin embargo, en los años ochenta han aparecido algunos autores, relativamente aislados, que plantean un formato de terapia familiar con base psicoanalítica, especialmente en el caso de adolescentes. Sin embargo, su influencia en el campo psicoanalítico es testimonial y a lo más que llegan los psicoanalistas en lo que respecta al trabajo familiar es a entrevistar a los padres de los niños que tratan.

### **Modelos cognitivos**

A mediados de los ochenta algunos autores cognitivos han desarrollado programas de terapia de pareja basados en el modelo cognitivo. El ejemplo más conocido es el de Beck (1988). Estos enfoques analizan los supuestos disfuncionales, errores cognitivos o creencias irracionales con las que las personas se plantean la relación de pareja. También existen algunas aportaciones en terapia familiar pero no son muy numerosas, y en la mayoría de casos suponen una cierta integración con lo sistémico. Puede consultarse el libro: Beck, A, (1988). *Con el amor no basta*. Barcelona: Paidós, 1990.

### **Modelos experienciales**

El propio Rogers trabajó ya con grupos de parejas en el formato de sus grupos de encuentro de los años sesenta. Sin embargo, los formatos de terapia de pareja de base rogersiana o guesáltica no llegaron hasta los años ochenta. En lo que se conce como enfoque experiencial, que combina ambas orientaciones, se enmarca la obra de Greenberg y Johnson (1988).

Estos enfoques enfatizan la expresión emocional en la sesión; de la rabia, los resentimientos, odios, etc., así como las muestras expresas de amor y afecto, a veces muy inhibidas incluso en la intimidad familiar. Una referencia fundamental es: Greenberg, L. y Johnson, S. (1988) *Emotionally focused therapy for copules* (Terapia centrada en las emociones para parejas). New York, Guilford.

### 1.3. ANTECEDENTES Y FACTORES INFLUYENTES

#### 1.3.1. EL SURGIMIENTO DE LA PSICOTERAPIA

La visión sistémica de la realidad, y con mucha más razón de la clínica, era impensable antes del siglo XX. La humanidad ha tenido que realizar una larga evolución en su forma de ver las cosas para que pueda formularse una teoría de la complejidad como lo es la sistémica. En efecto, lo que sabemos del hombre primitivo y de la antigüedad se refiere a las concepciones animistas de los fenómenos que hoy consideramos problemas de salud mental. No es hasta el Renacimiento que se empiezan a considerar en términos de enfermedad y en algunas instituciones se da un trato más humano a los afectados.

Sin embargo, a la concepción médica de los problemas mentales, que sobrevive hasta nuestros días con renovada vitalidad, le sobrevino una visión psicológica, y con ella el nacimiento de la psicoterapia.

A finales del siglo XIX, en Francia y Austria, una serie de estudiosos, a partir del estudio de los fenómenos hipnóticos, empiezan a formular la naturaleza psicogénica de la neurosis. Entre ellos se encuentran Charcot, Janet, Bernheim (y los integrantes de la escuela de Nancy), Puységur, Breuer, y ... Sigmund Freud.

#### 1.3.2. EL MODELO PSICOANALÍTICO

Aunque no se pueda atribuir a Freud el nacimiento de la psicoterapia, si que es claro que es el fundador del primer modelo de la psique humana y de su tratamiento psicológico, el psicoanálisis. Los modelos nos proporcionan un esquema conceptual con el que entender al ser humano, su sufrimiento y, a su vez, nos sugiere un método con el que intervenir. Y el modelo psicoanalítico imperó en la clínica psicológica hasta los años cincuenta, y sigue con cierta vitalidad y renovándose a través de sus diversas ramificaciones aún hoy.

A pesar de ser psicológico, el modelo psicoanalítico es enormemente individual e intrapsíquico. Aunque reconoce la importancia de la familia, se trata de la vivencia fantasmática que de ella tiene el niño lo que cuenta, y no sus relaciones actuales. Son los deseos y fantasías, a menudo inconfesables (y por ello reprimidos) del niño o la niña y sus mecanismos para regularlos lo que estructura su personalidad.

También para Freud el tratamiento es exclusivamente individual. Aunque es conocido su caso Hans, en el que trata a un niño conjuntamente con su padre, su postura al respecto es muy clara:

*“La intervención de los familiares del enfermo es un peligro contra el que no tenemos defensa”.* Sigmund Freud, *Lecciones introductorias al psicoanálisis*, 1916-17.

En efecto, el tratamiento psicoanalítico se basa en la reactivación de los conflictos y fantasías infantiles del paciente en la propia relación con el terapeuta. Su re-vivencia en el aquí y ahora de la relación permite analizarlos y resolverlos, lo que constituye la curación para este modelo.

Desde esta perspectiva, está claro que el trabajo con la familia actual del paciente no encaja, y deviene un estorbo. Bien al contrario de lo que ocurre en la práctica sistémica. Pero se requerirá una larga evolución para que se pueda concebir el tratamiento familiar conjunto. El modelo psicoanalítico influyó enormemente la forma de concebir la clínica de toda la comunidad implicada en la salud mental, y ello puede explicar porqué tuvimos que esperar hasta los años cincuenta para su aparición.

Dentro del propio psicoanálisis empezaron a surgir tímidas excepciones al imperio de lo intrapsíquico. Por ejemplo, Flügel, en 1921, publica *"El estudio psicoanalítico de la familia"*, el primer trabajo que se conoce de este tipo. Años después Ackerman (1937) publica *"The Family as a Social and Emotional Unit"*. En ambos trabajos se señala el interés de trabajar con la familia, pero se reconocen las limitaciones del modelo psicoanalítico para hacerlo.

A diferencia de Flügel, Ackerman con los años acabó participando activamente en el trabajo con familias promoviendo activamente su desarrollo, así como el de diversos terapeutas sistémicos en la costa Este norteamericana, en la que era un psiquiatra muy reconocido. De hecho, en la actualidad el Instituto Ackerman de Nueva York es uno de los centros de terapia familiar sistémica de mayor prestigio a nivel mundial.

### **1.3.3. ENFOQUES SOCIO-CULTURALES Y PRIMERAS FORMULACIONES INTERACCIONALES**

Fueron algunas de las escisiones o divergencias no ortodoxas del psicoanálisis las que plantearon una evolución desde lo intrapsíquico a lo sistémico o relacional. Alfred Adler, aunque llamó a su enfoque "psicología individual", tiene una visión mucho más social del ser humano. Por una parte, le da mucha importancia al sentimiento de comunidad como parte de un desarrollo saludable. Por otra, su conocido "sentimiento de inferioridad", entendida como característica universal (no patológica), se modula entre otras cosas por factores familiares. En particular, la posición en el orden de los hermanos se considera un factor de gran importancia. Su desarrollo del concepto de beneficio secundario de la enfermedad lo acercó también a la visión circular sistémica. Finalmente, su método terapéutico incluye también la posibilidad de que un co-terapeuta participe en las entrevistas, así como la aplicación de técnicas similares a algunas de las sistémicas (reformulación, intención paradójica, tareas para casa).

Otros elementos que propiciaron el trabajo con familias de forma más o menos directa lo constituyen los enfoques culturalistas del psicoanálisis, en parte influidos por Adler y ejemplificados por autores como Erich Fromm, Karen Horney, Harry Stack Sullivan. Estos

autores atribuyen mucha más importancia que el psicoanálisis clásico al contexto cultural y las relaciones personales actuales del sujeto. Sin embargo, este cambio de énfasis no se traduce en un cambio notable en la práctica clínica (quizás es Sullivan quien más cambios introduce). Las relaciones actuales del cliente siguen siendo analizadas desde su propia perspectiva sin incluir a nadie más en el tratamiento.

Muy influidos por los culturalistas fueron los desarrollos de F. Fromm-Reichman (1948) con su noción de "madre esquizofrénica" y J. Rosen (1953) con el de "madre perversa". Ambos derivan de un grupo de autores que revisan el concepto de psicosis en el psicoanálisis en base a una etiología relativamente lineal en la que se sitúa la causa de la psicosis en la relación madre-hijo. Se describe a estas madres como rechazantes y/o sobreprotectoras. Aunque estas formulaciones suponen un paso importante, el de pasar de considerar las causas dentro la psique del individuo a ubicarlas en una relación dual, no se puede considerar aún que tengan una perspectiva sistémica ni relacional.

Con el tiempo, estas formulaciones requirieron incluir la figura del padre en la escena para poder explicar la relación entre la díada madre-hijo. En este sentido pueden entenderse las contribuciones de Theodore Lidz y colaboradores (por ejemplo, 1949) que estudiaron el entorno familiar de los pacientes esquizofrénicos y pusieron de manifiesto la importancia del papel del padre. Aunque su conceptualización siempre intento ser coherente con el psicoanálisis, en los años cincuenta empezaron a observar conjuntamente a las familias y a poner de manifiesto el papel del conflicto conyugal en la patología del hijo esquizofrénico. De hecho, en esos años tuvieron muchos contactos con los pioneros del movimiento sistémico naciente.

Otro autor al que cabe destacar en ese estadio de "mitad de camino" entre lo intrapsíquico y lo sistémico es el británico John Bowlby (1907-1990), el creador de la teoría del apego. Este investigador y terapeuta de la *Tavistock Clinick* de Londres, pronto se dio cuenta del papel de la familia en la salud mental. De hecho, en 1949 publicó uno de los primeros trabajos sobre el tema "*The Study and Reduction of Group Tensions in the Family*" (El estudio y la reducción de tensiones grupales en la familia). Pero tomó la decisión de empezar por estudiar sólo la díada porque su trabajo no tuvo buena aceptación y decidió concentrarse en la relación madre-hijo; el todo le pareció demasiado complejo para estudiarlo en profundidad (sobre todo desde el marco psicodinámico en que se ubicaba). En realidad, cumplió exitosamente con su empeño puesto que su teoría del apego goza de un extraordinario prestigio, y ha recibido mucho apoyo empírico. Actualmente no es sólo una de las líneas de investigación más representativas en la psicología evolutiva sino que también el patrón de apego y su relación con el desarrollo de psicopatología está siendo estudiado por los terapeutas cognitivos. También en el modelo sistémico en los últimos años se están empezando a trazar las conexiones entre el apego y la

dinámica familiar (véase por ejemplo el libro de Valeria Ugazio “*Historias permitidas, historias prohibidas. Polaridad semántica familiar y psicopatología*”, Ed. Paidós, 2000).

En resumen, los investigadores y terapeutas considerados hasta ahora vieron la necesidad de ampliar el marco conceptual intrapsíquico y de trabajar con la familia. Pero la tradición psicoanalítica de la que venían hacía muy difícil tanto la conceptualización teórica como la propia práctica terapéutica con toda la familia. En esta tradición está muy arraigada la idea de que los síntomas son indicador de una disfunción del aparato psíquico originada en el pasado, y que la cura pasa por el análisis del conflicto en el aquí y ahora de la relación entre terapeuta y cliente (eje principal del tratamiento) así como el *insight* sobre sus orígenes. En este contexto, el trabajo conjunto con la familia es visto como una contaminación y posible distorsión del vínculo entre terapeuta y cliente, así como una posible interferencia en el proceso transferencial entre ambos, clave de todo el proceso. Para que la terapia familiar creciera y se desarrollara se precisaba no sólo de un nuevo formato de tratamiento (la terapia familiar conjunta) sino también de un nuevo marco teórico. Y ello fue posible gracias, entre otras cosas, al cambio conceptual a nivel epistemológico y meta-teórico que vivió la ciencia occidental en la primera mitad del siglo XX, así como de todos los cambios sociales e históricos que se dieron.

### **1.3.4 FACTORES SOCIO-HISTÓRICOS**

Además de las influencias intelectuales propias de la psicología o la psicoterapia, para entender la aparición del modelo sistémico en la década de los cincuenta, hay que comprender el contexto social, cultural e histórico en el que esto sucedió. La Segunda Guerra Mundial dejó Europa devastada, y a los Estados Unidos algo mejor. Pero le siguió Guerra de Corea, y desde entonces este país no ha dejado de estar involucrado en conflictos bélicos (Vietnam, Irak, Afganistán, etc.), lo que implica un número importante de víctimas y veteranos de guerra. Ello supone un gran aumento de patología psicológica (duelos, depresiones, estrés postraumático, crisis psicóticas) y por tanto de demanda social de tratamientos.

Si este aumento de demanda lo ubicamos en un momento en el que la psicoterapia estaba muy poco desarrollada se nos perfila una situación muy particular, probablemente irrepetible en la historia de la asistencia psicológica. Los tratamientos farmacológicos no se habían desarrollado aún, y los conductuales apenas existían en los laboratorios de las facultades de psicología. Para la psicosis no existían tratamientos eficaces de ningún tipo. El único modelo que se había implantado era el psicoanalítico, y para estos problemas graves los resultados eran demasiado pobres o llegaban demasiado tarde.

Por otro lado, la libertad, la democracia, los derechos humanos empezaron a estar en alza como valores imperantes en la sociedad. Guerras han existido siempre, y el sufrimiento psicológico concomitante también, pero ahora no podía tolerarse desatender a la población, por

lo que el gobierno norteamericano estaba dispuesto a destinar fondos para el desarrollo de programas de salud mental.

Esta situación caracterizada por un desfase entre una gran demanda social y la pobre oferta existente (como decíamos irreplicable ahora que existe tal multitud de formas de tratamiento), propició el surgimiento de nuevos enfoques de la psicoterapia. De hecho, puede argumentarse que en la década de los cincuenta se puso la primera piedra de los modelos humanista, cognitivo y, por supuesto, el sistémico.

- La teoría de los juegos (Von Neumann y Morgenstern, 1944) desarrolla modelos para predecir el comportamiento de los jugadores en una situación de juego en función de la obtención de máximas ganancias. Implica tener en cuenta las estrategias del otro jugador y cómo afectarán a las propias. El propio Bateson la cita en varias ocasiones para modelar los juegos de alianzas y coaliciones en la familia.
- La teoría de la información (Shannon y Weaver, 1949) trata de los aspectos formales de la comunicación independientemente de su contenido. El enfoque sistémico se conoce a veces como “comunicacional” por su énfasis en este aspecto, influido sin duda por esta teoría.

Como vemos, todas estas teorías surgen en la primera mitad del siglo XX y suponen un recambio conceptual al mecanicismo clásico. Suponen la sustitución de nociones tales como energía, fuerza, etc. por información. Todas ellas constituyen la matriz conceptual desde la que se inspiró Bateson y su equipo para la formulación del modelo sistémico.

### **1.3.5 FACTORES CONCEPTUALES**

A nivel conceptual también eran tiempos de cambio. Era evidente la crisis del positivismo y del reduccionismo. Durante el siglo XIX las ciencias se basaban en modelos mecanicistas derivados de la física clásica. En psicología, tanto el psicoanálisis como el conductismo se ven presas de estas limitaciones, inherentes al momento de su creación. Sin embargo, para muchos resultaba poco atractiva intelectualmente la imagen de un ser humano dominado por sus instintos inconscientes o por los condicionamientos ambientales, a mediados del siglo XX, cuando se luchaba por la libertad.

En estos años se consolidan nuevos modelos metateóricos que antes se habían esbozado con mayor o menor detalle, pero en los años cincuenta llegan a tener una importante repercusión. Los ejemplos más claros, y relevantes a nuestro tema, son los de la Teoría General de Sistemas y la Cibernética. Pero, también hay que considerar la influencia de otras teorías, de entre las que destacamos:

- La teoría de los tipos lógicos (Whitehead y Russell, 1910) es una de las que más influyeron a Bateson, es la base de su formulación de los niveles de comunicación. Se origina como forma de resolver el problema de las paradojas lógicas, cosa que sólo consigue en parte. Para ello,

distingue entre dos tipos lógicos, las clases y sus miembros. Para evitar las paradojas no deben mezclarse estos niveles, hay que considerarlos a distinto nivel lógico.

## **2. LOS FUNDAMENTOS: BATESON Y EL GRUPO DE PALO ALTO**

### **2.1. EL SURGIMIENTO DE LA TERAPIA FAMILIAR**

La terapia familiar no nace de la mano de un genio creador sino que empieza a practicarse por parte de distintos investigadores y terapeutas, en diversos puntos de los EE. UU., en la década de los cincuenta. Los ejemplos más representativos (si tenemos en cuenta sus publicaciones) son el grupo de Lidz en Yale (Lidz, Cornelison, Fleck y Carlson, 1958; Lidz, Cornelison, Carlson, y Fleck, 1958), ya mencionado también como antecedente, y el de Wynne en el NIMH-National Institute of Mental Health (Wynne, Ryckoff, Day, y Hirsh, 1957), así como Ackerman, de quien también hemos hablado, también hemos hablado, y algunos otros. Pero el que más destaca es el equipo de Palo Alto, al que dedicamos los siguientes apartados.

Ciertamente, en esos años parecía que había llegado el tiempo para el tratamiento conjunto de la familia. Sin embargo, el nuevo formato de intervención requería también de un nuevo marco conceptual. Las teorías psicoanalíticas imperantes en la actividad clínica de la época más bien eran un obstáculo para el verdadero trabajo conjunto. Fueron las aportaciones del equipo de Palo Alto, y la inspiración intelectual de su líder, Gregory Bateson, las que supusieron el nacimiento de un nuevo modelo, el sistémico, al mismo tiempo que aparecía el nuevo formato de la terapia familiar.

### **2.2. GREGORY BATESON (1904-1980)**

Gregory Bateson nació el 9 de Mayo en Grantchester, Inglaterra, y creció en una atmósfera marcadamente intelectual. Su padre era un genetista, y Gregory (le puso ese nombre en honor a Gregor Mendel) ya desde niño coleccionaba fósiles e insectos, a menudo en compañía de la familia Darwin con la que pasaban tiempo juntos. Estudió zoología graduándose a los 21 años, y llegó a realizar en 1926 (su primera publicación) un trabajo sobre genética con su padre. Sin embargo, y para su disgusto, los intereses del joven Bateson se inclinaron hacia la Antropología, que estudió en Cambridge. Al licenciarse empezó un trabajo de campo en la Nueva Britania, sin demasiado éxito, y a continuación consiguió una beca para viajar a Nueva Guinea donde estudió los *latmul*, una tribu de cazadores de cabeza que desarrollaba un curioso ritual, llamado *Naven*, con el que tituló su libro recopilatorio de la experiencia (Bateson, 1936).

Allí conoció a la famosa antropóloga Margaret Mead, con quien se casaría en 1936 y compartiría sus inquietudes durante este período marcadamente antropológico. Pero ya entonces, Bateson empezó a acuñar algunos conceptos, como el de simetría y complementariedad que luego aplicaría a la interacción familiar. Así pudo entender determinados

patrones repetitivos que se daban en algunas tribus, a los que describió en términos comunicacionales.

En ese mismo año Bateson y Mead parten para Bali, donde observaron el curioso caso de las madres, que estimulaban a sus hijos, y cuando éstos respondían los ignoraban. Esto se contempló también como un patrón repetitivo de comunicación incongruente, que más tarde observaría, junto con su equipo, en las familias de los esquizofrénicos.

Al regresar a EE. UU., Bateson y Mead consultaron con el hipnoterapeuta Milton Erickson para que les ayudara a comprender los fenómenos de trance observados en Bali y que habían podido filmar. Erickson les convenció de que los estados de trance observados (por ej. alucinaciones inducidas por hipnosis, parálisis, amnesia, etc.), concebidos tradicionalmente como fenómenos mentales *intrapsíquicos*, dependen de procesos interaccionales similares a los que organizan la conducta humana fuera del trance. Ello contribuyó seguramente a una visión más interaccional de la psicopatología. Más adelante el papel de Erickson es también muy relevante en el surgimiento y desarrollo del modelo sistémico.

El universo conceptual de Bateson se expandió enormemente con su participación en la Conferencia Macy, coordinada en 1942 por el neurofisiólogo Warren McCulloch, y a la que asistieron Norbert Wiener y John Von Neumann, entre otros. Estas conferencias fueron seminales en muchos sentidos, puesto que en su edición de 1948 se sitúa también el punto de partida del paradigma cognitivo en psicología. En ellas se cuestiona el viejo paradigma mecanicista de las ciencias clásicas.

Bateson reconoce repetidamente su deuda a estos autores y para con la cibernética en todo lo que escribió posteriormente. En particular, resalta la gran innovación que supuso la noción de retroalimentación, y su utilidad para describir la actividad humana en términos comunicacionales e interaccionales.

En 1951 Bateson publica, junto al psiquiatra Jurgen Ruesch con quien colaboró durante unos años, su primera obra sobre el área de la salud mental: *Comunicación: La matriz social de la psiquiatría* (Buenos Aires, Paidós, 1965). En esta obra ya se hallan los cimientos para el proyecto de investigación sobre las pautas de comunicación en la esquizofrenia que convocó al equipo de Palo Alto al año siguiente. Se aplica a la psicopatología el nuevo cambio conceptual que abandona conceptos como sustancia material, energía y contenido para basarse en los procesos comunicativos, los patrones interaccionales como claves explicativas de la actividad humana, tanto normal como anormal.

### **2.3. EL EQUIPO DE PALO ALTO**

A este grupo se debe la aplicación de los conceptos sistémicos a la comprensión de la familia y, por tanto, la adopción del modelo sistémico para fundamentar la terapia familiar. En 1949 Bateson fue contratado como etnólogo en el Hospital de la Administración de Veteranos de

la ciudad californiana de Palo Alto. Desde allí consiguió financiación de la Fundación Rockefeller para estudiar la comunicación y sus niveles. Se centró en la esquizofrenia en virtud de su anterior colaboración con Ruesch, y por tratarse de un problema social acuciante, para el que se disponía de fondos para realizar la investigación. Para llevar a cabo el proyecto, convocó a unos jóvenes e inquietos investigadores interesados en el tema:

1. Jay Haley (licenciado en comunicación por Stanford, posteriormente psicoterapeuta familiar)
2. John Weakland (antropólogo, posteriormente psicoterapeuta familiar)
3. William Fry (psiquiatra)

En 1954 se les unió el prestigioso psiquiatra Don Jackson, y siguieron juntos hasta 1962, financiados intermitentemente por diversas fundaciones. Podemos destacar las siguientes características de este grupo:

- *Interdisciplinar*: su objeto de estudio es un problema clínico, la esquizofrenia; pero su metodología y su concepción teórica es mucho más amplia que la de la psiquiatría o la psicología.
- *Centrado en la investigación*: no se plantea como intento por desarrollar una nueva modalidad de psicoterapia. La terapia es parte de la investigación. La respuesta de la familia a las propuestas de los terapeutas es una observación tan útil como la observación más naturalista también practicada.
- *Interés teórico más allá de la clínica o la psicología*: la comunicación como patrón de comportamiento de los seres vivos.

#### **2.4. ALGUNAS NOCIONES FUNDACIONALES**

Como avanzábamos en la introducción, el rasgo fundamental del modelo sistémico es su visión de los problemas y la actividad humana como **inter-personal**, dejando de lado la tradición clínica, psicológica y psiquiátrica, que se centra en la explicación intra-personal. Este cambio requiere también un cambio en los esquemas explicativos empleados. Las nuevas teorías sistémicas y cibernéticas aportan los elementos para ello. Los conceptos tradicionales, como “yo”, “autoestima”, “personalidad”, “defensa”, “intención”, “voluntad”, “conciencia”, etc., no pueden proporcionar esta visión más global.

Considerar la familia como un sistema supone centrarse en las interacciones actuales entre sus miembros, en lugar de estudiar a cada uno por separado. La motivación no se sitúa dentro del individuo, ni proviene del pasado. Las acciones de una persona se explican por lo que acaban de hacer otras. Lo que hace un padre tiene que ver con lo que acaba de hacer su hija. Sus pensamientos y sus emociones parecen estar en función de qué hacen los que lo rodean.

De esta forma, el paciente, objeto de estudio e intervención en los modelos tradicionales, es visto como parte de un sistema complejo y su síntoma es explicado en función de la dinámica del sistema actualmente, no de lo que ocurre en su intrapsique. Así, el **paciente es identificado** por el sistema como tal, pero el objeto de estudio e intervención es una familia en la que se dan unas pautas comunicacionales, en esas “ocurre” que uno de los miembros se comporta de forma sintomática. El mismo síntoma es visto como una comunicación, un eslabón más de la cadena interaccional.

La noción de **patrón interaccional** sugiere que las acciones de un miembro influyen en la de los demás, y éstas a su vez en el primero formando una pauta recurrente. Esta idea parte de la concepción de la familia como sistema cibernético que se retroalimenta de sus propias acciones. Cada acción es a la vez *input* y *output* para nuevas acciones en un proceso recurrente, sin fin, que permite a la vez mantener un cierto estado de equilibrio en el sistema.

A su vez, esta visión sistémica requiere de una nueva concepción de la causalidad. La causalidad tradicional, aún imperante en nuestros días, es lineal. Para explicar un problema, hay que encontrar la causa que lo antecede y lo genera. Pero si consideramos problemas recurrentes (casi todos los problemas clínicos), y los consideramos en el contexto interaccional en que aparecen (habitualmente, la familia), veremos que forman parte de un patrón interaccional. Identificar una causa (o incluso varias) supone una enorme simplificación.

El modelo sistémico emplea la **causalidad circular**, en la que se tiene en cuenta como las consecuencias influyen, a su vez, en las causas. De esta forma, la consecuencia deviene también causa, lo que pone en evidencia la poca utilidad de “causas” y “consecuencias”, y que se requieren nuevos conceptos, sobretudo si tenemos en cuenta más de dos interactuantes. Desde una óptica circular las nociones de responsabilidad, o culpa son cuestionadas. Los sistémicos conceptualizan los problemas en términos de patrones interaccionales complejos y recurrentes.

Desde esta perspectiva resulta demasiado simplista decir que una madre sobreprotectora crea ansiedad en su hijo. Más bien podemos decir que ambos forman parte de un patrón en el que (podemos comenzar con uno o con otro) los miedos del niño despiertan la atención preocupada de la madre, lo cual exacerba los miedos del niño, lo cual preocupa todavía más a la madre, y así sucesivamente. Con todo, esta descripción resulta demasiado simple. Podríamos incorporar en el esquema lo que dice o hace el padre cuando está presente, cuando los observa, o bien simplemente cuando se lo cuenta la madre. Y así ir asumiendo niveles crecientes de complejidad. Este patrón (irreducible a una de sus partes) es la unidad de análisis y de intervención, aunque el punto de entrada pueda ser actuar en tan sólo uno de los comportamientos o actitudes.

Cuando alguien describe una interacción en términos lineales de causa-efecto (por ej., un padre puede quejarse de que la sobreprotección de la madre causa los miedos del hijo) se entiende como una particular **puntuación**, entendida como operación que reduce la complejidad para designar un antecedente causal y una consecuencia. Se entiende como una particular segmentación del patrón interaccional que se hace en función de intereses personales, y que en sí misma, es un nuevo movimiento dentro de la danza de interacciones.

Así pues, el modelo sistémico se centra en las interacciones actuales de todos los miembros de la familia (o los sistemas relevantes), en lugar de buscar las causas pasadas de los síntomas. Éstos se entienden como una comunicación congruente con la dinámica del sistema, y se insertan en un patrón interaccional complejo. Son estos patrones los que caracterizan a una familia como una entidad supraindividual, o sistema.

## **2.5. DON JACKSON (1920 - 1968)**

Cuando Jackson se unió al grupo de Bateson, en 1954, ya era un reconocido psiquiatra formado en Nueva York con Sullivan que ejercía casualmente en Palo Alto, su lugar natal. Más que un influjo teórico, fue precisamente su práctica clínica la que lo llevo a lo sistémico. Observó una serie de fenómenos clínicos que le hicieron postular la presencia de mecanismos homeostáticos a nivel familiar, más allá de lo intrapsíquico. Básicamente, los fenómenos observados (y que se dan aún hoy en la clínica con cierta frecuencia) fueron estos:

*“En la entrevista familiar conjunta, se observan presiones para mantener como incuestionable la definición de quién es el que tiene un problema y cuál es el síntoma a tratar. Muchos intentos por explorar otras cuestiones o problemas despiertan estas presiones o celos.”*

Esta observación sugiere que el problema es una parte integrante de la vida familiar, un elemento clave para su nivel de equilibrio actual. La resistencia se pone al servicio de mantener dicho equilibrio.

- *“Cuando un paciente empieza a mejorar, a veces surgen problemas en otro miembro de la familia. Por ejemplo, después de que un señor con problemas de alcholemia, deje la bebida y se rehabilite, la esposa se deprime. Naturalmente, ello puede aumentar la probabilidad de recaída del miembro que había empezado a mejorar.”*

Jackson entiende que el síntoma estaba cumpliendo una función en la dinámica del sistema, y ahora que no existe el sistema se desequilibra, y sólo se estabiliza con la aparición de un nuevo síntoma. Esta visión requiere concebir la familia como un todo que tiene unos

parámetros de funcionamiento, y al alejarse de ellos aparecen movimientos correctivos (retroalimentación negativa) para restablecer la homeostasis (equilibrio) familiar. Estos mecanismos homeostáticos son la base de la resistencia al cambio (orientada a mantener el equilibrio).

Esta noción de inercia o resistencia al cambio no es nueva en la psicoterapia, pero la novedad radica en basarla en la homeostasis de la familia como sistema, en lugar de explicarla en función de la dinámica intrapsíquica. Así, las resistencias no son sólo conductas o actitudes del paciente sino que pueden ser interacciones entre cualquiera de los miembros de la familia (o entre ellos y el terapeuta).

Al presentar estas ideas en el congreso de la *American Psychiatric Association* de 1954, con el trabajo titulado "The Question of Family Homeostasis" (la cuestión de la homeostasis familiar), Bateson le invitó a formar parte de su equipo inmediatamente, por la coincidencia de ideas. Su incorporación fue en realidad muy fructífera al ser uno de los miembros más activos.

En 1958 fundó el Mental Research Institute (MRI) ubicado en el mismo edificio que trabajaba Bateson y su equipo. Este instituto estaba más orientado a la práctica y estudio de la terapia familiar. Aunque Bateson no se unió al MRI, su segunda esposa Louis sí lo hizo, al igual que Haley y Weakland.

El MRI llegó a ser, a finales de los años sesenta y en los setenta, una de las escuelas de terapia sistémica más importantes (y lo es aún hoy). Con el grupo de Bateson compartieron espacio físico y personal de servicios hasta que se terminó la investigación en 1962. Jackson dirigió el MRI, hasta su muerte en 1968. Además de los innumerables libros, capítulos y artículos que escribió, una de sus contribuciones más importantes fue la fundación, conjuntamente con Ackerman y Haley, de la revista *Family Process*, probablemente la de más peso en terapia familiar sistémica.

## **2.6. "HACIA UNA TEORÍA DE LA ESQUIZOFRENIA"**

Con este título, en 1956 Bateson, Jackson, Haley, y Weakland publicaron un artículo en la revista *Behavioral Science* (1, 4, 251-264) que constituyó un hito para el desarrollo del modelo sistémico. Aunque su valor es hoy en día más que nada histórico, su efecto vitalizador y catalizador del movimiento sistémico fue muy intenso.

Más que por ser una teoría válida de la esquizofrenia, un fenómeno demasiado complejo para ser entendido sólo desde esta perspectiva, el valor de este artículo radica en el logro de haber conseguido articular una explicación coherente de la misma en términos estrictamente comunicacionales, sin recurrir a conceptos intrapsíquicos. Con ello quedó demostrada la potencia explicativa del modelo sistémico y, por tanto, legitimado como tal.

El artículo presenta algunas de las conclusiones a las que llegó el equipo de Palo Alto en sus primeros años. Se presenta la sintomatología esquizofrénica como una forma de

comunicación natural o congruente con el sistema familiar en el que se desarrolla. De forma implícita, lo que se sugiere es que el “enfermo” es el sistema, por su carácter disfuncional, y el paciente lo es sólo en la medida en que forma parte del mismo. Así, la comunicación esquizofrénica, a menudo extraña o bizarra, es vista como un intento desesperado para adaptarse, y sobrevivir emocionalmente, a un sistema poco funcional.

En este trabajo se presenta la noción de **doble vínculo**, para describir una forma disfuncional de comunicación que según los autores es característica de las familias con miembros esquizofrénicos. En esencia, el concepto se refiere a la emisión de mensajes incongruentes a distintos niveles lógicos, también conocidos como *mensajes paradójicos*. Por ejemplo, estimular o provocar una respuesta en el otro y luego quejarse porque se ha dado, en un clima en el que no se puede meta-comunicar (o hablar acerca de lo ocurrido), y en un contexto de importancia vital para el niño: sus padres.

Se plantea, también, que el esquizofrénico no puede distinguir entre distintos niveles lógicos, confundiendo los del nivel de la clase con los de sus miembros. Así, confunde un mensaje que indica que se cambia de registro (por ej., se va a contar un chiste o se va a hacer una broma) con uno ordinario, lo cual resulta en una dificultad para distinguir entre lo literal y lo metafórico.

## **2.7. LA INFLUENCIA DE MILTON ERICKSON (1904 - 1980)**

El famoso hipnoterapeuta fue muy consultado por los miembros del equipo de Palo Alto, pero su impacto trasciende en mucho lo que aportó en aquellos años, incluso va más allá del propio modelo sistémico. Hoy en día se le considera una de las figuras más influyentes del siglo XX en el campo de la psicoterapia. Podemos apreciar la inspiración de Bateson y su grupo a través de sus propias palabras:

*“Estamos prestando considerable atención a la hipnosis. Innumerables fenómenos que aparecen como síntomas esquizofrénicos —alucinaciones, delirios, alteraciones de la personalidad, amnesias, etc.—, pueden aparecer temporalmente en sujetos normales hipnotizados”.* (Bateson, Jackson, Haley, y Weakland, 1956, pág. 49 de la trad. al cast.)

Erickson les mostró cómo estos fenómenos que observaron en los esquizofrénicos implican una situación en la que se dan instrucciones contradictorias pero a distinto nivel lógico (dentro/fuera del trance hipnótico), como ocurre frecuentemente en el propio proceso de inducción al trance. Por ejemplo, antes de iniciar la inducción se le dice al sujeto que no tiene que hacer nada voluntariamente, pero en la inducción se le dice que levante la mano, etc.

## **2.8. LA COMUNICACIÓN Y SUS NIVELES**

Una de las principales características del modelo sistémico es su énfasis en la comunicación. Centrarse en la comunicación permite estudiar la interacción, lo que ocurre *entre*

las personas, en lugar de lo que ocurre *dentro* de ellas. En efecto, a diferencia del concepto de conducta, que habitualmente se entiende referida a un individuo, la comunicación, ya por su naturaleza, necesita dos o más interactuantes. Concebir la actividad humana como comunicación supone partir de la idea de que lo que hacemos, sea lo que sea, tiene un valor de mensaje, está en relación a otro. Por otro lado, la conducta, foco habitual de la psicología, se entiende distinta de la cognición y la emoción. Contrariamente, la noción de mensaje implica necesariamente la de significado. Toda acción tiene un significado, bien sea algo que se manifiesta de forma motora, verbal o emocional. Todo mensaje debe ser decodificado.

Se sigue de este planteamiento lo que se conoce como primer axioma de la comunicación: **es imposible no comunicar**. Toda actividad humana es comunicación, y aunque si que es posible no emitir conductas, no es posible no tener actividad. Cualquiera que sea la actividad (estar inmóvil, dormirse, irse, desmayarse, etc.) tiene valor de mensaje.

Influido por la Teoría de los Tipos Lógicos, Bateson concibió la comunicación en dos niveles lógicos distintos, la clase y sus miembros. Todo mensaje aporta información acerca de cada uno de estos niveles. En el nivel de la clase, indica que tipo de mensaje se trata. El nivel de los miembros, lógicamente inferior, lo constituye el contenido del propio mensaje.

Al mismo tiempo, este nivel lógico superior, que indica la clase de mensaje de que se trata, supone una definición de la relación, una propuesta sobre el tipo de relación, que requiere respuesta por parte del otro. Así, la comunicación, vista como intercambio de mensajes, supone una continua negociación acerca de la posición de cada uno. En el apartado 2.9.2 se definen como tipos de relación la complementaria y la simétrica, y sus variantes.

El nivel de definición de la relación se transmite habitualmente de forma **analógica**, en lo no-verbal (expresión facial, postura, gesto), lo para-verbal (tono de voz), y sobretodo el contexto o situación. Es distinto pedir un vaso de agua cuando uno no se encuentra bien (lo cual también se expresa en lo no- verbal y para-verbal), o si el que lo pide es un anciano con dificultades de movilidad, o bien si se hace "por capricho". También es distinto si se pide a alguien de la familia o bien se trata de un pasajero a la azafata del avión. Y a la vez, es distinto si cuando lo pide las azafatas están visiblemente ocupadas atendiendo una situación de emergencia. Además, el tono (amable o despectivo) y la postura corporal y gestualidad con que se dice, todo ello, nos informa de qué tipo de mensaje se trata, y de la propuesta relacional que hace. El contenido, o aspecto **digital** del mensaje, se codifica en función de lo analógico. Debemos saber de que tipo de mensaje se trata, antes de poder entender qué nos dice.

En ocasiones, la definición de la relación se hace también verbalmente (p.ej., cuando alguien dice "te cuento un chiste, ..." para indicar que el mensaje siguiente no va en serio). Se considera que la capacidad para metacomunicarse de forma adecuada, es decir, la capacidad de hablar acerca de la relación, constituye una condición *sine qua non* de la comunicación eficaz y

está íntimamente relacionada con el problema de la percepción de sí mismo y del otro. Conviene darse cuenta de que en el nivel relacional, los participantes no comunican nada acerca de hechos externos a su relación, sino que proponen mutuamente definiciones de esa relación. Por implicación, toda definición de una relación lleva consigo una definición de sí mismo, porque es como si la persona estuviera diciendo "así es como me veo en relación con usted".

Por tanto, la comunicación, en virtud de su carácter analógico definitorio de la relación, nos sitúa siempre en una posición. Y cuando respondemos confirmamos o no esa propuesta. Eso supone, que nosotros estamos implicados en nuestra comunicación. Cada mensaje dice algo de nosotros mismos (además de lo que diga el propio contenido), y por tanto, compromete potencialmente el sentido de identidad de los participantes. No es posible escapar a ello puesto que cualquier intento en este sentido, comunica también algo y, por tanto, nos define.

Por el hecho de distinguir dos niveles en la comunicación, se plantea la cuestión de si son, o no, coherentes entre sí. Lo que estipula la Teoría de los Tipos Lógicos es que cuando hay una incongruencia entre estos niveles, es decir un miembro de una clase que contradice o niega la clase, se da una **paradoja**.

Por ejemplo, la afirmación "todos los cretenses son mentirosos" atribuida al cretense Epiménes es paradójica por aseverar algo acerca del propio mensaje de forma que el receptor del mensaje se halla en un dilema. Si se cree que esta afirmación es correcta entonces no es verdadera puesto que la dicho un cretense, y si no, resulta verdadera. Esta situación confusa generada por el mensaje se da por la incongruencia entre el nivel lógico de la clase (sentencias) y el de los miembros (una sentencia concreta), por aseverar algo acerca de la clase ("las sentencias son mentira"). Estas paradojas se diferencian de las simples contradicciones, del tipo "A y no A", que representan incongruencias al mismo nivel lógico. A diferencia de las paradojas, estas contradicciones simples son aparentes y fácilmente detectables, y no generan confusión ni conflictos de autorreferencia.

Si las paradojas se redujeran a meros rompecabezas conceptuales no tendrían mayor interés para la comunicación humana y la psicoterapia, pero no es así. Además de estas paradojas lógicas, existen las pragmáticas. Se basan en la distinción anterior entre el nivel de contenido y el relacional, y consideran al segundo como un orden lógico superior al primero. Así, cualquier contenido digital incongruente con la definición de la relación que trasmite el nivel analógico/contextual constituye una **paradoja pragmática**. Por ejemplo, si una madre dice "te quiero" a un niño, pero lo abraza con rudeza y frialdad, el mensaje transmitido contiene un ingrediente paradójico por la incongruencia entre el contenido verbal (digital) y el no-verbal (analógico).

Esta forma de paradoja, la incongruencia entre el mensaje verbal y el no-verbal, es la más común en la clínica y la vida cotidiana.

La comunicación paradójica es vista como una modalidad disfuncional o, al menos, incongruente de comunicación que, si se instala como patrón predominante de comunicación tiene efectos perturbadores en los que participan de ella, más visibles en los más indefensos, los niños y adolescentes. De hecho, la hipótesis del doble vínculo consiste precisamente en eso, es postular que ese es el patrón comunicacional predominante en las familias de esquizofrénicos. En ese contexto interaccional, el niño o joven nunca puede verse confirmado en sus mensajes, porque el nivel digital y el analógico discrepan. Si responde a uno está mal en función del otro, de forma que no hay manera de acertar, o de verse confirmado, y eso afecta seriamente al establecimiento de un sentido de identidad, sobretodo si se dan las condiciones postuladas: una relación fundamental para la supervivencia (como la de padres-hijos) y la imposibilidad de escapar del campo.

Ciertamente, si no se dan estas dos condiciones sus efectos suelen ser menos desfavorables. De hecho, la ironía y el humor utilizan mucho el mensaje paradójico, pero los contextos relacionales son muy distintos. Incluso entre padres e hijos pueden darse estos mensajes sin que nadie se perturbe mucho, el peligro radica cuando la comunicación paradójica se instala de forma predominante afectando el desarrollo de un sentido de identidad.

La comunicación paradójica también se da entre pacientes y terapeutas, y de hecho éstos pueden utilizar técnicas paradójicas para promover el cambio en determinadas situaciones. Algunos autores como Haley en la terapia estratégica que desarrolló, y la escuela de Milán en sus comienzos, se caracterizaron por el uso terapéutico de este tipo de comunicación.

Para terminar esta sección sobre comunicación, queremos destacar el papel que ha tenido el libro: "Watzlawick, P.; Beavin, J.; Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder, 1981" en la divulgación de visión comunicacional, y del modelo sistémico en general. Durante muchos años ha sido la obra "iniciática" para introducirse a este modelo. Su título original es "*Pragmatics of Human Communication*" (pragmática de la comunicación humana) lo que supone un énfasis en los aspectos pragmáticos de la comunicación. Viene a ser una síntesis de las principales aportaciones del equipo de Palo Alto, con la destreza divulgativa de Paul Watzlawick.

Una obra paralela que, aunque quizás no tan popular, resume también estos aspectos comunicacionales y algunos otros es: Haley, J. (1963). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Toray, 1966.

## **2.9. PROPIEDADES SISTÉMICAS DE LA FAMILIA**

La visión de la familia como un sistema implica la aplicación de algunos principios de la Teoría General de Sistemas a la familia. Veamos cuáles son sus implicaciones:

## Propiedades sistémicas de la familia.

(Adaptado de Watzlawick *et al.*, 1967; Feixas y Villegas, 2000)

### - La familia como sistema abierto:

- La familia como conjunto de individuos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera normas de funcionamiento, en parte independiente de las que rigen el comportamiento individual. El sistema es abierto en tanto intercambia información con el medio.

### - Totalidad

- El cambio en un miembro afecta a los otros, puesto que sus acciones (y significados) están interconectadas con las de los demás mediante pautas de interacción (interdependencia).
- Las pautas de funcionamiento del sistema familiar no son reducibles a la suma de los individuos (no-sumatividad).

### - Límites

- El sistema se compone de varios subsistemas, entre los que existen límites con una permeabilidad de grado variable.

.....                      - - - - -                      - - - - -  
difusos                                      claros                                      rígidos

### - Jerarquía

- La familia está estructurada jerárquicamente de acuerdo con varias formas de organización.

### - Retroalimentación

- La conducta de cada miembro influye en la de los demás en forma de *feedback* positivo (favorecedor) o negativo (corrector).

### - Equifinalidad

- Se puede llegar a una misma pauta de interacción a partir de orígenes y caminos muy diversos. El estado final es independiente del estado inicial.

### - Tendencia a estados constantes

- La necesidad de economizar favorece la aparición de **redundancias** comunicacionales, que con el tiempo dan lugar a **reglas** interaccionales que pueden llegar a convertirse en parámetros del sistema.
- Con cada movimiento interaccional disminuye el número de variedades comunicacionales posibles (proceso estocástico).
- Los mecanismos que preservan el mantenimiento de las reglas interaccionales se consideran homeostáticos por su función de mantener un determinado equilibrio.

## 2.10. INTERACCIÓN DIÁDICA Y TRIÁDICA

Ya en sus años antropológicos en Nueva Guinea, Bateson propuso una forma de clasificar las interacciones entre pares de personas (díadas) que ha seguido siendo empleada hasta la actualidad, mostrando gran utilidad:

1. La **interacción complementaria** se basa en la aceptación, y a menudo disfrute, de la diferencia entre la posición superior (no nos referimos a superioridad en el sentido convencional) de un miembro y la inferior del otro. Las conductas que intercambian son diferentes pero encajan. Por ejemplo, uno ordena y el otro obedece, uno pide consejo o ayuda, y el otro la proporciona, uno cuida y el otro busca ser cuidado, uno toma la iniciativa y el otro le sigue. Pueden darse estos patrones entre padres e hijos, maestros y alumnos, médicos y enfermos, y en las parejas (entre otros).
2. En la **interacción simétrica**, los participantes tienden a situarse en el mismo nivel, a mantenerse en igualdad. Cualquiera de los dos puede ofrecer consejo, tomar la iniciativa, etc.

Generalmente, estos patrones no son rígidos sino que evolucionan o varían en función de los contextos o el estadio de desarrollo de los interactuantes. Por ejemplo, la relación entre un jefe y su subordinado es complementaria en el trabajo, pero puede ser simétrica mientras toman un café y hablan de fútbol. Asimismo, la relación entre un niño y sus padres empieza siendo muy complementaria (no podía ser de otra forma, lo alimentan, lo visten, deciden todo en su vida) pero con el tiempo esto tiene que variar a medida que el niño va creciendo. De tal forma, que cuando los padres son mayores, el hijo adopta el papel de cuidador y se invierten, progresivamente, los papeles.

El peligro de la complementariedad es que se vuelva rígida. Que la diferencia entre la posición superior y la inferior no evolucione e impida, así, el desarrollo del que se encuentra “abajo”.

El peligro de la simetría es la escalada. Si uno de los dos empieza a hacer movimientos en los que se sitúa “por encima” del otro, por ejemplo dar instrucciones, de forma que no permite cierta alternancia o negociación como sería propio de una situación de igualdad, ello supone una provocación irresistible para el otro. De hecho, cada mensaje de este tipo estimula una respuesta similar en el otro, en un patrón que se conoce como **escalada simétrica**.

Si las consideramos tal cual, las escaladas simétricas son un patrón interaccional que en sí mismo lleva a la disolución de la díada o su destrucción. En efecto, se dan algunos casos en los que este tipo de interacción lleva a que un cónyuge mate al otro. En la escena internacional, es común ver como el intercambio de amenazas termina con la guerra. Pero también existen muchas díadas que conviven con la escalada simétrica, y el conflicto que conlleva, durante años.

A menudo en la clínica se ven no sólo las situaciones caracterizadas por la rigidez (escaladas simétricas sangrantes, complementariedades rígidas), sino también otras caracterizadas por la inestabilidad. Es lo que se conoce como **simetría inestable**, situación en la que uno suele imponerse al otro pero el otro no se acaba de conformar y lucha por mantener su posición.

En estas situaciones conflictivas lo más común es correr en busca de terceros que sirvan de aliados. Por eso, habitualmente se dice que se precisa de un tercero para formar un sistema. Las diadas acostumbran a articularse en función de un tercero. Y en una familia los candidatos más probables son los hijos, pero también puede ser el perro, el televisor, Internet, un amante, el trabajo, la suegra, etc.

En la terminología sistémica, se distingue entre **alianzas**, las proximidades naturales entre miembros de la familia (por ej., el padre y el hijo disfrutan viendo el fútbol mientras la madre no), y **coaliciones** (asociaciones entre miembros en contra de otro). Éstas suelen ser negadas a nivel explícito (aunque todos saben que existen) y no son aparentes a los ojos de un observador.

Cuando la coalición implica reclutar a uno de los hijos en contra del otro progenitor, se conoce como **triangulación**, y suele tener efectos perjudiciales para el hijo en cuestión puesto que gran parte de su energía se dedica al conflicto parental, en lugar de dedicarla a afrontar los retos evolutivos de su propia vida.

## 2.11. EL CICLO VITAL DE LA FAMILIA

En la psicología tradicional se considera el ciclo vital del individuo, desde que nace (e incluso como feto) hasta su muerte. Pero el modelo sistémico se centra en la familia como sistema que se transforma con el tiempo. Desde esta perspectiva, el ciclo vital más allá del individuo.

El ciclo vital de una familia se concibe como una serie de transiciones familiares en las que ocurre una re-negociación de las reglas interaccionales. Para la familia más típica o normativa (padre, madre, hijos) se describen las siguientes etapas:

**Cortejo:** en esta etapa se da un ajuste entre dos pautas de interacción, dos visiones del mundo, la de cada miembro de la pareja, que representa en cierto modo el sistema de su familia de origen.

**Primeros años de matrimonio:** es el tiempo en que se forma la alianza conyugal, se establecen las reglas de interacción (distribución de tareas, roles, etc.), y se regula la relación con familias de origen de ambos cónyuges.

**Nacimiento y primeros años de los hijos:** se re-organizan las tareas y roles, empiezan a aparecer las tríadas (alianzas, coaliciones), se re-definen las relaciones con "abuelos".

**Hijos en edad escolar:** es la etapa de la socialización de la familia, formación de rituales y se estipula la participación de los hijos en las tareas familiares.

**Adolescencia y emancipación de los hijos:** se requiere una re-definición de la relación entre los padres y el joven adulto, supone también un cierto re-encuentro de la pareja, al mismo tiempo que se convierten en cuidadores de sus familias de origen.

**Retiro y vejez:** una vez los hijos han creado sus propias familias se produce el llamado síndrome de "nido vacío", los padres deben re-organizar su vida en tareas no laborales, y con la edad pasan de ser cuidadores a precisar cuidados.

Es claro, que estas etapas hablan de generalidades que hay que ajustar a cada familia en concreto. De hecho, cada día son menos las familias tradicionales y más variadas las formas de convivencia familiar. Algunas de estas variaciones del ciclo vital normativo deben tener en cuenta situaciones como el divorcio (y las familias reconstituidas), las familias monoparentales, la adopción, las parejas inter-étnicas, las parejas homosexuales y, por supuesto, la muerte, la enfermedad y el duelo.

En cualquier caso, lo que debe quedar claro es que el modelo sistémico intenta contextualizar el problema en el momento del ciclo vital que se produce, e investigar si cumple alguna función para estabilizar el sistema ante la transición vital que corresponda. Por ejemplo, un joven adulto que tiene un problema serio (psicosis, drogas, etc.) puede congelar el ciclo vital y hacer que los padres tengan que seguir haciendo de padres, impidiendo el avance del ciclo de vida a la fase en la que él sale de casa y forma una nueva familia.

#### Lectura Recomendada:

- Belart, A., y Ferrer, M. (2000). *El ciclo de la vida: una visión sistémica de la familia*. Bilbao: Desclée de Brouwer

### **3. LAS ESCUELAS Y SUS METODOS TERAPÉUTICOS**

Como hemos visto, en la década de los años cincuenta el equipo de Palo Alto, liderado por Bateson, desarrolló una nueva forma de conceptualizar los problemas humanos y, con ello, sentó las bases de una nueva modalidad de intervención, la psicoterapia sistémica. Este proceso, que supuso la creación de un nuevo modelo en psicoterapia, el sistémico, se enmarcaba dentro de

una serie de proyectos de investigación sobre la comunicación en las familias de los esquizofrénicos. El objetivo inicial del equipo de Palo Alto era desarrollar estos nuevos conceptos aplicados a estas familias, y en general a los problemas humanos.

A principios de los años sesenta, los fondos de investigación en salud mental se concentraron en el estudio de los recién aparecidos psicofármacos, y el equipo de Bateson se quedó sin fondos. El equipo como tal se disolvió y, como hemos visto, Bateson siguió investigando los niveles de la comunicación en mamíferos marinos y dedicándose a la reflexión epistemológica.

Desde entonces, la evolución del modelo sistémico dejó de estar ligada a la investigación, y se orientó a la intervención clínica, a la creación de una nueva modalidad de terapia. Sin embargo, las técnicas y estrategias terapéuticas más fundamentales se desarrollaron en las dos décadas siguientes, un período caracterizado por la formación y desarrollo de diversas escuelas de terapia sistémica.

Las escuelas sistémicas se suelen caracterizar por el liderazgo de unos terapeutas, que encuentran una forma particular de profundizar en las nociones sistémicas básicas que les permite desarrollar un estilo propio de trabajo con las familias. Su énfasis está en definir y aplicar su propio estilo, explorando todas sus posibilidades. Sin embargo, y a pesar de tener un estilo característico, los líderes de estas escuelas intercambian muchas ideas con los de las demás, y en la práctica la mayoría de los terapeutas sistémicos no se limitan a “militar” en una escuela sino que conocen gran parte de las aportaciones de todas ellas. De hecho, casi la totalidad de los programas de formación en terapia familiar sistémica imparten contenidos derivados de varias escuelas. Así, en la práctica los terapeutas suelen integrar técnicas y procedimientos provenientes de escuelas diversas en función de su idoneidad para tratar el caso que les ocupa, aunque tengan sus preferencias y, a su vez, vayan desarrollando un estilo propio.

Si nos situamos a cierto nivel de detalle, las escuelas sistémicas superan la docena, pero nosotros hemos optado por una opción simplificadora, consistente en tres grandes escuelas: la del MRI, la estructural-estratégica, y la de Milán. Con ello excluimos muchas otras aportaciones y autores, pero aportamos una visión manejable de la situación, atendiendo a las líneas más significativas.

### **3.1. EL ÉNFASIS PRAGMÁTICO**

Antes de describir cada una de estas grandes escuelas, conviene aclarar que la época que siguió a la disolución del equipo de Palo Alto se caracterizó por una visión predominantemente pragmática de la comunicación. Veamos que significa esto.

La comunicación puede contemplarse en dos vertientes diferenciadas, la pragmática y la semántica. La pragmática tiene que ver con las acciones que componen una comunicación y sus efectos en las personas que forman parte de ella, en su carácter de interacción. En su obra,

Watzlawick, Beavin, Jackson (1967) describen la comunicación humana principalmente desde la vertiente pragmática entendiéndola como “la manera en que las personas se influyen unas a otras por lo que su conducta tiene de mensaje; las modalidades en las que se confirman o desautorizan, en que se estimulan o se vuelven locas unas a otras”. También se conoce como vertiente política o estratégica de la comunicación.

Por otro lado, está la vertiente **semántica**, relacionada con el significado de la comunicación. Se trata del valor de mensaje que tiene la comunicación, el cual debe ser interpretado (decodificado) por el receptor, de acuerdo con sus valores (y los de la familia o cultura en la que se encuentra). Esta otra vertiente fue bastante marginada por los sistémicos de los años sesenta y setenta. Hasta que, en los años ochenta, se cuestionó el énfasis pragmático de la sistémica para re-incorporar esta vertiente semántica, en gran parte en función de la influencia epistemológica del propio Bateson y de los constructivistas.

Veamos ahora las características y aportaciones de las principales escuelas sistémicas que siguieron al equipo inicial de Bateson y que precedieron a este replanteamiento epistemológico de los años ochenta.

### **3.2. LA ESCUELA INTERACCIONAL DEL MRI DE PALO ALTO**

En 1958, Don Jackson fundó el *Mental Research Insititute* (MRI) en Palo Alto, en el mismo edificio, y como parte de la misma organización de salud mental (*Palo Alto Medical Research Foundation*) que el Equipo de Palo Alto. El MRI funcionó paralelamente a dicho equipo hasta la disolución del segundo en 1961. Nació como necesidad de canalizar los intereses más clínicos, de formación y de asistencia, orientado al desarrollo de nuevas técnicas terapéuticas basadas en el modelo sistémico que daba sus primeros pasos.

#### **3.2.1. HITOS, PROTAGONISTAS Y OBRAS FUNDAMENTALES**

Su primer director adjunto fue Jules Riskin, y la primera directora de formación fue Virginia Satir, destacada terapeuta con un estilo muy personal que inspiró a muchos terapeutas familiares en los años que siguieron. Gregory Bateson, a pesar de asistir a algunas de sus reuniones, no formó parte formalmente del MRI. Si se unieron a él su esposa Lois, John Weakland, y Jay Haley simultaneando su dedicación a ambos grupos. Posteriormente formaron parte del MRI: Paul Watzlawick, Antonio Ferreira, Richard Fish, Jane Beavin, Art Bodin, Lynn Hoffman, y Lynn Segal entre otros.

Después de la muerte de Jackson, en Enero de 1968, fueron Weakland, Fish, Watzlawick y Bodin quienes lideraron el MRI. De hecho, ya en 1965 Fish había fundado el proyecto de Terapia Breve del MRI orientado a sistematizar un formato de terapia breve sistémico para la mayoría de los problemas clínicos. Uno de los frutos más visibles de este proyecto fue la publicación de su artículo y su primer libro de amplia difusión:

- Weakland, J., Fish, R., Watzlawick, P., Bodin, A. (1974). Brief therapy: Focused problem resolution. *Family Process*, 13, 141-168.
- Watzlawick, P., Weakland, J., y Fisch, R. (1974). *Cambio*. Barcelona: Herder, 1976.

Esta obra, escrita en un estilo ameno y de fácil comprensión, ha sido fundamental para la difusión de las ideas más fundamentales de esta escuela. La distinción entre cambio-1 y cambio-2, así como el papel de la solución en la creación y resolución de problemas (véase 3.1.2). Otro hito fundamental en la evolución del MRI fue la publicación de:

- Fish, R., Weakland, J., Segal, L. (1982). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder, 1984.

En ella se plantea el abordaje sistémico de los problemas con independencia de que se pueda convocar a toda la familia. Incluso se plantea, por primera vez, el trabajo sistémico con individuos, o sin el propio paciente identificado (el supuesto paciente). Se prefiere trabajar sólo con aquellos que están realmente motivados a resolver el problema, con los que realizan la demanda. El formato aplicado es una actualización de la terapia breve ya presentada, emblema del MRI.

Cabe destacar dentro de esta escuela el gran papel divulgador del modelo sistémico que han tenido los representantes de esta escuela, en especial **Paul Watzlawick**, quien a parte de las obras ya indicadas, ha contribuido a dar a conocer algunos conceptos sistémicos en muchas otras con un lenguaje muy asequible y ameno, y con ejemplos muy ilustrativos y a veces chocantes.

Asimismo, la escuela del MRI ha llevado a cabo una cierta evolución hacia el constructivismo, que se refleja también en algunas obras del propio Watzlawick, como por ejemplo la que compiló en 1984 con el nombre "*La realidad inventada*".

### **3.2.2. "LA SOLUCIÓN ES EL PROBLEMA"**

La principal aportación conceptual de esta escuela consiste en el particular análisis del problema que realizan en función del patrón interaccional en el que se inserta. Tomando el esquema de la causalidad circular, investigan la secuencia de (inter)acciones que rodean al problema. Básicamente, les interesa determinar quien hace algo cuando aparece el problema, y qué hace, para intentar solucionarlo.

De hecho, ellos consideran los problemas, o mejor dicho las dificultades, como parte esencial e inevitable del desarrollo humano. El ciclo vital supone afrontar innumerables dificultades, algunas más normativas o generales (p. ej., el control de esfínteres, conseguir independizarse de los padres, el nido vacío) y otras características sólo de algunas evoluciones familiares (duelo, divorcio, enfermedad, etc.), pero al fin y al cabo naturales, propias de la vida. Estas dificultades se van resolviendo (o aceptando) de forma también natural, con los propios

recursos de la persona que las afronta o con la ayuda de la familia o de otras personas de su medio o red social. No tienen porque convertirse en problemas, aunque en ocasiones puedan general malestar y dolor.

Sin embargo, en los casos que llegan a consulta suelen aparecer verdaderos problemas que se repiten una y otra vez, generando un malestar desmesurado. En estos casos, se encuentra que las soluciones aplicadas por el propio sujeto o la familia a una de estas dificultades no la resuelve, sino que más bien el problema se exagera. Por ello se suele aplicar “más dosis” de la misma solución o bien de otras soluciones del mismo tipo (u orden lógico) que vienen a ser “más de lo mismo”. En lugar de que la dificultad se supere, se hace más grande, creando un círculo vicioso de gran envergadura que constituye un problema de gravedad creciente.

Así, vemos que la solución aplicada fomenta más el problema, perpetuándolo. Se genera un circuito de retroalimentación de gran poder destructivo puesto que la solución (retro)alimenta la dificultad, y ésta a la solución, y así sucesivamente. Es por ello que el eslogan de esta escuela es “la solución es el problema”. En efecto, entienden que la solución aplicada a la dificultad es la que no permite su resolución por más lógica que parezca, y por más bien intencionada que sea.

Una de las implicaciones prácticas de esta visión del problema es que los terapeutas sistémicos suelen preguntar por las soluciones intentadas por la familia, por el propio sujeto, por alguna institución, o bien por otro terapeuta. Ello permite estudiar el papel que esta solución juega en el mantenimiento del problema. En efecto, tal como es característico de la causalidad circular, les importa mucho menos la causa original, quién empezó, que la secuencia interaccional en la que inscribe el problema en la actualidad, especialmente la solución que se le aplica.

Sin establecer ningún tipo de juicio sobre la corrección de la solución aplicada, lo que intentan los terapeutas sistémicos es romper el círculo intentando que se apliquen soluciones que no sean “más de lo mismo” y no entren en el mismo circuito de retroalimentación, más que actuar sobre la dificultad misma. Se cree que sin una “solución” que la alimente, la dificultad puede ser superada más fácilmente con los propios recursos del sistema, al igual que se han ido superando las otras dificultades evolutivas.

### **3.2.3. LA NOCIÓN DEL CAMBIO**

La escuela interaccional del MRI parte de la concepción de que el cambio terapéutico no es esencialmente distinto de las continuas transformaciones que sufren los sistemas en su evolución. Pero la gente trae a consulta las situaciones en las que el cambio conlleva más sufrimiento. La terapia sistémica, a pesar de ser breve (especialmente en el formato de la escuela interaccional) no pretende ser superficial sino afectar a las estructuras del sistema. Así, los cambios que no suponen una modificación de la estructura del sistema y de su

funcionamiento cibernético se denominan cambios de **primer orden** o "cambios-1", mientras que aquellos que afectan a los parámetros del sistema, se consideran de **segundo orden** o "cambios-2".

Una analogía que los autores describen para que se entienda la diferencia entre uno y otro, es que para variar la velocidad de un automóvil, apretar (o aflojar) el pedal del gas supone un cambio-1, mientras que cambiar de marcha supone un cambio-2. A veces, un cambio puede ser de segundo orden aunque no sea muy visible o espectacular. Por ejemplo, mientras que antes el esposo se quejaba (o enfadaba) y la esposa se sentía culpable, una pareja puede decirle a la madre de ella que llame antes de venir a su casa, en lugar de presentarse cuando quiere y abrir la puerta con la llave que tiene por si se perdieran las de ellos. En este caso, se cambia la naturaleza de la frontera entre el sistema de la pareja y la suegra, dejando a su vez clara la jerarquía sobre el propio hogar. Por otro lado, la pareja cambia su modo de interacción, pasando a ser cooperativo en lugar de simétrico. Sin embargo, estos cambios, aparentemente pequeños, aun siendo realizados o comunicados con delicadeza, tienen importantes repercusiones para el funcionamiento del sistema. Por ejemplo, en este caso la suegra padeció un achaque al día siguiente.

Las soluciones aplicadas por la familia (y a veces por los profesionales) que no permiten superar la dificultad sino que la convierten en problema son vistas como meros cambios-1 o "más de lo mismo". Los cambios-2 suponen modificar las reglas, o la lógica del sistema, sus creencias y premisas.

Los cambios-1 suelen ser fruto de la misma lógica que ha generado el problema y, con frecuencia, adoptan la forma de intentar hacer lo contrario de aquello en lo que consiste el síntoma. Por ejemplo, la paciente bulímica que, después de saciar un "ataque de hambre", se promete a sí misma que seguirá una dieta estricta y no volverá a comer hasta el día siguiente. En este caso, el intento de cambio está regulado por el mismo parámetro de pensamiento dicotómico y extremo que rige el problema.

Vemos, pues, que las soluciones comúnmente aplicadas a las dificultades humanas se rigen en muchas ocasiones por el sentido común (la lógica de contraponer a una desviación su opuesto para compensarla). Pero para lograr cambios-2 los terapeutas interaccionales emplean intervenciones paradójicas que contradicen el sentido común. Aunque muy discutidas, se supone que estas intervenciones tienen el valor de producir cambios-2 en períodos relativamente breves de tiempo.

Para finalizar este apartado, sólo recordar que las familias también pueden generar cambios de segundo orden como parte de su evolución natural, no sólo cuando van a psicoterapia.

### **3.2.4. EL FORMATO DE TERAPIA BREVE**

Como hemos dicho al presentar esta escuela, el formato que elaboraron y publicaron en 1974 es probablemente la contribución práctica más importante de esta escuela. Se trata de un formato en diez sesiones como máximo (aunque el promedio se sitúa en 6 o 7) centrado en un problema específico. Podríamos resumir los objetivos de la primera entrevista en los siguientes puntos:

- Identificar un problema en términos específicos y concretos.
- Explorar las soluciones intentadas, también en términos específicos.
- Establecer las metas de la terapia en términos positivos, concretos y alcanzables.

En función de la información recogida, el terapeuta y su equipo intentan entender el problema como un círculo vicioso en el que la solución exacerba una dificultad, y diseñan una tarea para realizar entre sesión que interrumpa este círculo. Está claro que la tarea supone en primer lugar hacer algo distinto, y en segundo lugar, algo que impida la solución que hasta el momento se aplica.

El enfoque no es pedagógico, en el sentido de intentar hacer comprender a la familia los mecanismos que potencian el problema. Su experiencia, advierten, les hace considerar este esfuerzo como completamente contraindicado. A diferencia de otros enfoques, el cambio no viene del *insight*, de la comprensión de los determinantes del problema, sino que ocurre sin saber muy bien porqué. Simplemente, se desbloquean los procesos autocurativos de la familia, los que le han permitido ir resolviendo las dificultades hasta el momento.

Ello supone, como decíamos, prescribir tareas que a menudo desafían el sentido común o que son directamente paradójicas. Por ello, estas tareas se presentan a veces enmarcadas en una reformulación. En cualquier caso, la terapia se centra en la aplicación de estas tareas, revisando su cumplimiento y cambiándolas cuando es necesario. Todo ello con el fin de interrumpir el círculo vicioso, y desbloquear el proceso natural de crecimiento del sistema en su evolución a través del ciclo vital.

### **3.3. LAS ESCUELAS ESTRUCTURAL Y ESTRATÉGICA**

Feixas y Miró (1993), siguiendo a varios autores, tratan estas dos escuelas bajo una misma rúbrica por tener como eje el análisis de las relaciones triádicas. Sus líderes más destacados son Jay Haley, por parte de la escuela estratégica, y Salvador Minuchin, por la estructural. De hecho, ambos autores trabajaron juntos por un tiempo en la *Philadelphia Child Guidance Clinic* (centro base de Minuchin) compartiendo sus ideas, por lo que no es de extrañar esta agrupación.

### 3.3.1. HITOS, PROTAGONISTAS Y OBRAS FUNDAMENTALES

Como ya sabemos, el creador de la escuela estratégica, **Jay Haley**, participó del equipo inicial de Palo Alto, dirigido por Bateson, y luego durante unos años formó parte del MRI. Realizó frecuentes visitas y estudió con detalle el trabajo de Milton Erickson tanto en hipnosis como en psicoterapia, de forma que publicó varias obras al respecto (por ej., Haley, 1973). También mantuvo un estrecho contacto con Minuchin. Pero hasta que se estableció en Washington, ya en los años setenta, su enfoque, enriquecido por todas estas influencias, no se fue definiendo. Quizás, sus obras más emblemáticas sean:

- Haley, J. (1976). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1980). *Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar*. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.

Esta obra plantea un método de terapia estratégica con jóvenes adultos que presenten problemas de crisis psicóticas, delincuencia y drogadicción. Se trata de los problemas graves más frecuentes en esta etapa del ciclo vital, y las técnicas que proponen intentan ayudar a la familia a superar esta etapa, y con ello dichos problemas.

El creador de la escuela estructural, **Salvador Minuchin**, inició su andadura como terapeuta familiar e investigador a principios de los años sesenta en un suburbio de Nueva York, trabajando en una institución para delincuentes de entre ocho y doce años, cuyas familias eran pobres, desorganizadas y multiproblemáticas. En ese contexto resulta muy importante trabajar con los miembros de la familia o de los servicios implicados para aportar una cierta estructura a la familia. De esa época es la obra:

- Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B., Rosman, B., y Schumer, F. (1967). *Families of the slums*. New York: Basic Books.

A partir de 1965, el modelo de trabajo que Minuchin había desarrollado, en colaboración con su colega Braulio Montalvo, pudo ser validado en otro contexto. Fue nombrado director de la *Philadelphia Child Guidance Clinic*, una institución dedicada a la asistencia de niños y adolescentes con una variada gama de problemas psicológicos. Durante los primeros años en esta institución, Haley realizó una estancia prolongada en la que intercambiaron información, ideas y se influyeron mutuamente para beneficio tanto de la escuela estructural como la estratégica.

Fruto también de esta época, y de su colaboración con el Hospital infantil local, es el proyecto de investigación sobre problemas psicosomáticos (principalmente asma y diabetes) que Minuchin y sus colaboradores llevaron a cabo, recopilado en su obra:

- Minuchin, S., Rosman, B., y Baker, L. (1978). *Psychosomatic families*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Minuchin, y sus colaboradores, han sido muy prolíficos, pero las obras más fundamentales para entender el modelo estructural son:
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa, 1977.
- Minuchin, S., y Fishman, H. C. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós, 1984.

Una vez jubilado, Minuchin abandona Philadelphia y vuelve a sus orígenes, trabajando con niños de familias de bajo nivel social y las instituciones de asistencia social que los atienden, en Brooklyn. La obra en la que recoge sus aportaciones más recientes en este área es:

- Minuchin, P., Colapinto, J., y Minuchin, S. (2000). *Pobreza, institución, familia*. Buenos Aires: Amorrortú.

### 3.3.2. LAS TRÍADAS Y SU ESTRUCTURA

Los conceptos sistémicos básicos para entender las tríadas (por ejemplo, las alianzas, las coaliciones y la triangulación) habían sido ya formulados por el equipo de Palo Alto. Sin embargo, los terapeutas estructurales y los estratégicos las han elaborado y aplicado en su práctica clínica de manera que han resultado verdaderamente útiles.

Para estas escuelas es central estudiar la estructura y organización de la familia viendo si ésta es suficientemente clara para el desarrollo de los miembros de la familia. Las interacciones de la familia se derivan de esta estructura, entendida como los roles que organizan la conducta que permite que se realicen las funciones de la familia.

Una de las primeras cuestiones a considerar es la jerarquía: ¿quién decide qué? ¿quién manda? ¿Cómo se deciden las cosas en esta familia? Para Minuchin los niños se desarrollan mucho mejor cuando los padres, o otros cuidadores, pueden colaborar adecuadamente en su cuidado. Si la jerarquía no está clara (como en una simetría inestable de la pareja parental), los conflictos y confusiones dificultan el desarrollo de los miembros de la familia, de los hijos en particular.

Otra cuestión a considerar es la de las fronteras o límites entre subsistemas. Éstas sirven para definir quién participa de qué y cómo. Son como barreras invisibles que envuelven a los miembros de la familia y sus subsistemas. También sirven para regular su comunicación con el exterior. Ejemplos de subsistemas son el parental, el filial (entre los hermanos), el de los abuelos. En familias con muchos hijos, el sistema filial se puede dividir aún más.

Cuando estas fronteras son muy **rígidas** e impermeables, los miembros de la familia funcionan con independencia unos de otros, sin interesarse demasiado por lo que les sucede a

los demás. Ello puede suponer un déficit con respecto a las necesidades socio-afectivas de sus miembros, indispensables para su desarrollo. A estas familias se les llama también desligadas.

En el caso contrario, cuando las fronteras son **difusas** o borrosas, poco definidas, no existen límites claros entre los miembros de la familia. Es como si todos pudieran hacer todo, pero no se pudiera hacer algo sin contar con el resto de los miembros. En cierta manera, todos creen saber lo que los otros piensan, sienten, harían... Así, es muy difícil tener intimidad personal o en un subsistema en particular (por ejemplo, entre los padres o entre los hermanos).

Coloquialmente, los estructurales llaman a estas familias “de puertas abiertas”. En ellas no parece estar bien visto cerrar la puerta de la habitación y es fácil que unos se entrometan en los asuntos de los otros. De esta forma, las necesidades de apoyo, afecto y protección se satisfacen en demasía. Sin embargo, las de independencia e individuación no se respetan de forma suficiente. A estas familias se las conoce como familias aglutinadas, y éste es uno de los rasgos de las familias psicósomáticas que estudiaron los terapeutas de la escuela estructural.

### **3.3.3. LAS TÉCNICAS ESTRUCTURALES**

Las técnicas utilizadas por los terapeutas estructurales y estratégicos van orientadas a modificar la estructura de la familia, sus límites, jerarquía, las características de las tríadas, etc. Para ello primero es importante ser reconocido por la familia como interlocutor, “entrar en el sistema”, lo que Minuchin llamó unión y acomodación (*joining*). Una vez el terapeuta se ha ganado cierta confianza de la familia, y conoce sus canales de comunicación y sus estructuras, puede utilizar las técnicas orientadas a reestructurar el sistema como la redefinición positiva del síntoma, la prescripción de tareas relacionales que cambien el patrón de interacción habitual (en la propia sesión familiar o como tarea para casa), o incluso técnicas más aventuradas como la desequilibración, en las que Minuchin mostró ser un maestro pero que no todos los terapeutas familiares las utilizan con comodidad.

### **3.4. LA ESCUELA DE MILÁN**

Se ha hecho popular la denominación geográfica de esta escuela, puesto que tanto la gran variedad de contribuciones que ha realizado a la terapia familiar a distintos niveles, como la evolución diferenciada que han ido haciendo los miembros del grupo original, hacen difícil agruparlos bajo otro epígrafe.

Su origen se sitúa ya en la década de los sesenta, por parte de un grupo de destacados psicoanalistas de Milán, que empezaron a estudiar la sistémica que venía de EE. UU. Tuvieron intensos contactos con Watzlawick y otros miembros de la escuela interaccional del MRI, y realizaron una lectura muy fiel y profunda de Bateson, hasta que su fascinación por el modelo sistémico fue tan intensa que cuatro de ellos fundaron el *Centro per il Studio della Famiglia*. Se

comenta en el mundo sistémico el simbolismo de la coincidencia entre la muerte de Jackson y el nacimiento de esta escuela en 1968.

### 3.4.1. HITOS, PROTAGONISTAS Y OBRAS FUNDAMENTALES

Mara Selvini Palazzoli, Giuliana Prata, Gianfranco Cecchin, y Luigi Boscolo simultanearon durante unos años su trabajo individual psicoanalítico con las sesiones familiares conjuntas con las que fueron encontrando su propio estilo. Los pacientes que tratan en este formato familiar son los más graves: trastornos alimentarios y psicóticos. Sobre estos últimos trata su primer libro:

- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1975.) *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós, 1989.

Esta primera obra conjunta, emblema inicial de su escuela, se tradujo al inglés en 1978 y produjo un gran impacto entre los sistémicos norteamericanos, quienes consideraron esta escuela como “verdaderamente sistémica”. La elegancia de sus intervenciones y los resultados casi milagrosos en una o dos sesiones impresionaron el movimiento sistémico internacional. Fue clave también su artículo:

- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1980). Hypothesizing, circularity, neutrality: Three guidelines for the conduct of the session. *Family Process*, 19 (1), 7-19.

En este trabajo se describe la entrevista como proceso de contrastación de hipótesis clínicas de tipo relacional sistémico. También fue el último que realizaron conjuntamente. Coincidiendo con su publicación, el equipo se disolvió. Boscolo y Cecchin siguen aún hoy trabajando juntos en su propio centro en Milán, y colaboran habitualmente con otros terapeutas internacionales. Su obra más representativa es:

- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu, 1989.

Su enfoque supone una evolución hacia el constructivismo, fruto de una reflexión epistemológica sobre el papel del observador, y su posibilidad de intervenir y generar cambio.

Selvini siguió un par de años junto con Prata, pero al poco formó su propio equipo. En sus obras se transmite una constante evolución basada en el análisis de los resultados de sus intervenciones, que van variando para poder afinar más su efecto en los clientes. Fruto de esta evolución es su obra:

- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., y Sorrentino, A. M. (1988). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós, 1990.

En ella se presenta un nuevo concepto sistémico y relacional, el de juego familiar, que constituye una verdadera aportación, muy ligada a la práctica clínica, al marco conceptual sistémico. Con el mismo concepto, este equipo trata también los trastornos alimentarios.

Mara Selvini murió en 1999, pero su equipo (que incluye a su hijo Mateo Selvini) sigue activo en Milán desarrollando su enfoque e innovándolo continuamente, como es ya característico de este grupo.

### **3.4.2. EL MÉTODO TERAPÉUTICO DEL EQUIPO INICIAL**

En su trabajo de 1980, el equipo de Milán describe su método de entrevista, que ha sido una guía maestra para gran parte de los terapeutas sistémicos. El proceso se inicia ya en el mismo contacto para la petición de consulta. Mediante una ficha telefónica se recoge información básica sobre el derivante y la familia que permita elaborar una hipótesis circular inicial acerca de la función específica que para cada miembro de la familia cumple el síntoma del paciente identificado.

Aunque sea sólo un contacto telefónico inicial, su análisis detallado pueden aportar elementos orientadores acerca de las expectativas que tiene la familia del tratamiento (a veces relacionadas con el mensaje que ha dado el derivante) y, por tanto, de sus parámetros organizativos.

De esta forma, las sesiones de terapia comienzan con una hipótesis previa el equipo acerca de los motivos por los que la familia busca ayuda, y lo que espera de la terapia en función de su estructura actual. Esta hipótesis inicial se revisa en el transcurso de la sesión, de modo que gran parte de las preguntas del terapeuta van dirigidas a confirmar o refutar la hipótesis inicial.

El hecho que una parte del equipo se mantenga detrás del espejo unidireccional permite asegurar en gran medida el logro de la condición de neutralidad del terapeuta respecto de la familia, considerada como indispensable, así como el mantenimiento de una "meta-posición" con respecto a la familia.

Otro aspecto innovador del método de este equipo es que el intervalo entre sesiones es de un mes. Lo justifican sugiriendo que los efectos de la entrevista y de la intervención final deben digerirse lentamente. Con el tiempo su efecto es más visible puesto que, dada las interconexiones circulares entre los miembros de la familia, los pequeños cambios en uno de ellos afectan a los demás, y luego a la inversa, hasta que se genera una serie de cambios en cadena, que precisan cierto tiempo para desarrollarse.

Las intervenciones más características del equipo inicial de Milán fueron la connotación positiva del patrón interaccional en el que participan los miembros de la familia, seguida en muchas ocasiones por la intervención paradójica de no cambio. Esta modalidad de terapia

trabaja con un contrato de unas diez sesiones, pero con un intervalo mensual, para dar tiempo a la familia a digerir el input provocativo del equipo.

### 3.4.3. LA PRESCRIPCIÓN INVARIABLE Y LOS JUEGOS PSICÓTICOS

Una vez escindido el equipo, Selvini-Palazzoli realiza, junto con sus nuevos colaboradores, un análisis profundo de algunos de los fracasos surgidos con el método inicial, y experimentó con la **prescripción invariable**, un programa de tratamiento aplicado de forma estandarizada para todos los casos de transacción rígida. Los resultados de aplicar este tratamiento de forma homogénea les permitió un análisis pormenorizado de la reacción característica que provoca en cada uno de los miembros de la familia, y en las distintas familias, conocimientos que permitieron su formulación de la teoría de los juegos psicóticos.

La noción de **juego familiar** describe una secuencia interaccional compleja que se desarrolla en el tiempo a través de la historia de la familia. Supone, por tanto, una aportación mucho más compleja que la de pauta o patrón interaccional, entre otras cosas porque toma en cuenta la historia familiar. Como hemos visto, esto representa un cambio sustancial con respecto a los modelos sistémicos más comunes que se centran en las pautas actuales. De hecho, el trabajo con la historia se había visto en los inicios del modelo sistémico como algo más propio de los modelos psicodinámicos, y el concepto sistémico de equifinalidad servía el propósito conceptual de justificar el foco en el presente.

El juego se entiende también en términos de la trama emocional o secuencia de movimientos que los distintos “jugadores” (miembros de la familia) han ido realizando con el tiempo. Selvini y sus colaboradores describen dos tipos de juegos familiares, uno para los trastornos psicóticos y otro para la anorexia. En el primero se parte de una situación de “impasse” en el que la lucha por el poder no señala ningún vencedor claro, una situación de simetría inestable que se traduce en una confrontación crónica, y en la que el “impasse” regula la escalada simétrica. Esto no impide que uno de los cónyuges, el más activo, aparezca como ganador y el otro como perdedor. Esta aparente desventaja sirve para reclutar al hijo que más adelante desarrollará síntomas psicóticos en las filas del progenitor supuestamente más débil. Este progenitor suele instigar al hijo en cuestión a que ataque o castigue de alguna forma al cónyuge activo, quien no deja de despertar cierta admiración en el hijo triangulado.

Con el tiempo este hijo se da cuenta de que sus apoyos al progenitor pasivo no decantan la balanza para que éste gane la batalla, por lo que decide pasar a la acción de forma más decidida. Pretende así mostrarle al progenitor que él si puede hacer algo para ganar. Este “pasar a la acción” supone la asunción de una iniciativa inusitada por parte del hijo, y una capacidad de independencia que aterra a ambos progenitores. La extremidad de la conducta del hijo promueve que los padres se unan contra él, lo cual es interpretado por éste como una traición descomunal del progenitor pasivo. El hijo esperaba que éste se uniera a su

levantamiento contra el progenitor activo, tal y como creía que le había prometido (aunque sólo lo hiciera de forma ambigua).

La tremenda intensidad de las emociones (rabia, decepción, frustración, desespero, furia, afán de venganza, etc.) que suscita en el hijo esta situación se asocia a la aparición de la crisis psicótica. La "enfermedad" del hijo resulta ahora un nexo de unión entre los padres. Pero, entrenado desde hace años en la situación de lucha por presenciar y participar la de sus padres, no se rinde fácilmente y extrema su posición con conductas cada vez más extravagantes, con lo que espera ganar el pulso a sus padres.

Cuando la situación se cronifica, los síntomas del hijo forman parte del equilibrio familiar y los padres se aferran a ellos evitando cualquier cambio. Están convencidos de que tales síntomas son irremediables y se comportan de acuerdo con esta concepción, con lo que colaboran inadvertidamente a su mantenimiento.

#### **Referencia bibliográfica:**

- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., y Sorrentino, A. M. (1988). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós, 1990.

De hecho, la escuela de Milán se ha definido a sí misma como un centro de investigación más que como un centro terapéutico, aunque sus directrices han guiado la práctica de otros centros importantes en Europa, como el de la Universidad de Heidelberg en Alemania, cuyo director, Stierlin, reconoce sus deudas con los italianos.

#### **3.4.4. LAS PREGUNTAS CIRCULARES**

El cuestionamiento circular se ha convertido en una de las formas más populares de intervención entre los terapeutas familiares sistémicos. Desde su introducción por parte de Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata (1980), este método ha visto varias elaboraciones (véase Feixas, 1991). Las preguntas circulares son aquellas ideadas para revelar las relaciones (diferentes) y las diferencias entre relaciones (Bateson, 1972). Se trata, típicamente, de preguntas triádicas en las cuales uno de los miembros es invitado a describir la relación entre otros dos miembros (muchas veces presentes en la sala de terapia). O bien se pregunta cómo un miembro de la familia reacciona ante el problema y cuáles son las reacciones de otros miembros ante esa reacción. Esta charla acerca de alguien en su presencia permite evidenciar la naturaleza de las relaciones existentes (cómo se construyen mutuamente, y cómo sus relaciones son construidas). En ocasiones se origina una serie de reacciones en la familia que proporcionan valiosa información relacional. El término "circular" hace referencia a la complejidad, a las redes de efectos recíprocos, en oposición a una concepción lineal de causa y efecto.

Estas preguntas son también circulares porque implican poner a prueba una hipótesis terapéutica que puede ser verificada al observar las reacciones de la charla sobre alguien (o sobre una relación) en su presencia, y la espiral de reacciones que ello provoca haciendo que la información "circule" de un miembro a otro, y también entre la familia y el terapeuta. Esta estrategia proporciona una ventaja adicional, dada su utilidad para investigar el significado de los miembros que no hablan o están ausentes, preguntando a los otros cómo responderían a una determinada pregunta. Después de dar la respuesta, a veces el miembro que no habla (o ausente) se ve incitado a participar para aclarar algún aspecto o refutar la visión de algún otro miembro. Esto ha proporcionado el acceso a la psicoterapia de pacientes clasificados de catatónicos por la institución psiquiátrica (Procter, 1987).

El potencial de cambio de las preguntas circulares llevó a Selvini et al (1980) a cuestionar si este tipo de entrevista es una herramienta terapéutica tan potente que obvia toda intervención posterior. En una formulación más reciente, Cecchin (1987) sugiere que "las preguntas circulares socavan el sistema de creencias de la familia" y haciendo esto "crea oportunidades para nuevas historias" (p. 412). Se espera que estas nuevas historias permitan la emergencia de alternativas en las cuales el problema no tenga lugar. Pero para Cecchin (1987) lo que es esencial para el cuestionamiento circular no es el tipo de preguntas sino la actitud desde la que son formuladas. Una **actitud de curiosidad** hacia el sistema que estamos investigando posibilita el desarrollo de múltiples hipótesis, de una pluralidad de alternativas. Esta postura de curiosidad "está basada en el concepto de que cada sistema tiene una lógica para su interacción. Esta lógica no es ni buena ni mala, ni correcta ni errónea" (Cecchin, 1987, p. 408).

#### 4. EL CUESTIONAMIENTO EPISTEMOLÓGICO

En la década de los ochenta son cada vez más abundantes las referencias a la epistemología en el campo de la terapia familiar de orientación sistémica. Si entendemos el término epistemología como el estudio de la manera "en que los organismos o agregados de organismos particulares conocen, piensan y deciden" (Bateson, 1979), o dicho en otros términos el estudio de los límites y capacidades de los sistemas vivos para adquirir conocimiento, parece en principio paradójico que una disciplina aplicada se preocupe por cuestiones que antaño prácticamente sólo interesaban a algunos filósofos.

A juicio de Feixas y Villegas (2000) este interés por la epistemología refleja una toma de conciencia de las limitaciones del uso de las técnicas terapéuticas *per se*, de la lucha de escuelas, y una necesidad de nuevos planteamientos que sin dejar de lado la vertiente aplicada permitan pensar de una forma distinta e interconectada la función del terapeuta, la

conceptualización de los problemas, la relación terapeuta-cliente y el contexto de la terapia. Plantearse estas cuestiones a fondo supone, en realidad, un cuestionamiento epistemológico.

#### 4.1. LA VUELTA DE BATESON

Ha sido el propio Bateson, pieza clave en el nacimiento de la terapia familiar sistémica, quien ha proporcionado elementos fundamentales para inspirar esta reflexión epistemológica. Puesto que no puede evitarse trabajar desde una premisa epistemológica, Bateson (1979) propone una alternativa a la epistemología lineal existente. Se ha llamado con distintos nombres a este nuevo enfoque: recurrente, circular, ecosistémica, evolucionista, ecológica... Keeney (1983) propone el término de epistemología cibernética para denominar este paradigma alternativo según el cual “la realidad vivencial es construida por nosotros” y “no hay correspondencia directa entre un suceso que ocurre ‘fuera’ de nosotros y nuestra experiencia interior de él”. En definitiva, el observador, de acuerdo con esta epistemología, no es ajeno a lo observado sino que participa en este proceso de observación. Sin embargo, pocos años después el mismo Keeney (Keeney y Ross, 1985) propone el término *constructivismo* para denominar esta postura epistemológica. Bateson reconoció, explícitamente, la actividad constructivista humana:

*“Creamos nuestro propio mundo al mirarlo de acuerdo con nuestras propias presuposiciones, nuestras propias premisas, nuestras propias expectativas”* (Bateson, 1976).

En la actualidad las ideas de Bateson están recibiendo una comprensión más profunda en la que se promueve la noción de “ajuste” en lugar de las de “verdad” y “causa”. De esta comprensión también se sigue una concepción más respetuosa de la familia, la consideración de su singularidad, coherencia y su universo de posibles soluciones por encima de las metas apriorísticas del terapeuta.

Este nuevo énfasis ha llevado también a dirigir la atención a las creencias y significados. Bateson en sus publicaciones de los años setenta presenta la noción de “ecología de ideas”. Plantea que la mente no se circunscribe al perímetro craneal, ni tan sólo a las fronteras del cuerpo individual, sino que se encuentra entre las personas, formando un ecosistema. Así, todas nuestras ideas están “interconectadas” con las de aquellos que forman nuestro tejido socio-afectivo (especialmente, aunque no únicamente, la familia), y relacionadas con el ecosistema socio-cultural más amplio. Eso significa que un niño no puede pensar que es competente, válido o incluso bueno si esa “idea” no es sostenida por este entorno (familia y probablemente escuela), y lo mismo podríamos decir de los adultos.

Pero, ¿cómo se explica esta interconexión entre las ideas? ¿es que al irse a dormir los cerebros de los miembros de la familia se conectan por vasos comunicantes, o por electrodos?

Justificar esta noción de mente no es fácil. Pero Bateson elige un concepto plenamente legitimado en ciencia, el de ecosistema. Y aclara el medio de transmisión de estas ideas. No se trata de vasos comunicantes ni electrodos sino de la propia interacción social, tan estudiada por los sistémicos. Al interactuar los unos con los otros, nos transmitimos ideas, nuestra construcción de las cosas, de los otros y de nosotros mismos. Y esta “transmisión” opera como confirmación o desconfirmación de las ideas que tienen los otros acerca de las cosas, de nosotros y de sí mismos.

Su pensamiento resultó muy brillante al captar la importancia de los actos epistemológicos de conocimiento en la interacción humana. Desde Bateson, la epistemología no se corresponde con una mera rama de la Filosofía, sino que constituye la esencia del proceso terapéutico.

## 4.2. LA CIBERNÉTICA DE SEGUNDO ORDEN

Este enfoque representa un nivel (meta) cualitativamente distinto de la cibernética de primer orden ya descrita. Según Feixas y Villegas (2000) se plantea lo siguiente:

*¿Cómo operan los sistemas observadores para observar cómo operan ellos mismos en su observar, siendo que toda variación perceptual en ellos (su propio conocer) es función de las variaciones perceptuales que ellos mismos experimentan? ¿cuál es la organización de un sistema que le permite describir los fundamentos que lo capacitan para describir su propio describir? Si lo trasladamos al nivel humano, ¿cómo puede un hombre conocer su propia actividad cognoscitiva, si su dinámica cognoscitiva (aquello que desea conocer) es a la vez su propio instrumento del conocer? (p. 53)*

Así como la cibernética de primer orden se basó en la premisa del estudio de la realidad externa, sin referirse a la actividad cognoscitiva que hace posible dicho estudio, la cibernética de segundo orden se centra precisamente en el rol del observador que construye la realidad observada. Desde esta postura constructivista, la realidad (los sistemas observados) deja de ser independiente de las tentativas de organizarla por parte del observador. Puede decirse, entonces que esta nueva cibernética trata de las pautas de relación que se dan en los procesos recursivos de la observación.

Desde los planteamientos de la cibernética de primer orden, los ingenieros solían referirse al estudio de las “cajas negras”, limitándose en gran medida a estudiar la relación entre lo que entra en un sistema (*input*) y lo que sale (*output*). Dicha relación resultaba ser cibernética cuando el resultado de lo que salía actuaba sobre el sistema de modo que modificaba las próximas salidas, pero no se estudia lo que ocurre *dentro* de la caja. Esta concepción mantiene

que el observador se sitúa fuera del fenómeno observado, lo que suele dar origen a la presunción de su capacidad de controlar o manipular unilateralmente el sistema observado. Keeney (1983) sugiere que este planteamiento, aunque incompleto, es sumamente útil en la mayoría de casos, pero que hay que recordar que en un orden superior de recursión el observador (y el terapeuta)

*“...está sujeto a las restricciones de su retroalimentación; en dicho nivel es incapaz de ejercer un control unilateral, y puede ora facilitar, ora bloquear la autocorrección indispensable (...). A diferencia del enfoque simplista de la caja negra, en el cual el observador externo procura discernir las redundancias o reglas en las relaciones entre la entrada y la salida, la cibernética de la cibernética pega un salto en el orden de recursión y sitúa al observador como parte integral del sistema observado” (Keeney, 1983).*

Esta cibernética de la cibernética (Von Foerster, 1981) conlleva también la inclusión de otro mecanismo, el “feed-forward” o alimentación por anticipación. Este mecanismo intenta dar cuenta de la actividad proactiva y planificadora del ser humano y sus efectos en el curso posterior de la acción. Se trata pues de un bucle (“loop”) informacional que se proyecta hacia el futuro pero que tiene influencias ya sobre el sistema actual.

En suma, esta nueva perspectiva sitúa al observador en el núcleo de lo observado, siendo así que toda descripción resulta ser auto-referencial. Las consecuencias epistemológicas de esta cibernética de segundo orden llevan a la postura según la cual la pretensión de “objetividad” es insostenible puesto que ésta presupone una diferenciación entre el observador y lo observado.

### **4.3. EL ÉNFASIS EN LOS SIGNIFICADOS**

Lynn Hoffman (1985; 1988) ha expuesto con detalle la influencia del constructivismo en la terapia sistémica. En síntesis, afirma que el mayor cambio producido ha sido el dejar el énfasis previo en las secuencias conductuales y centrarse en los significados compartidos por la familia. En otras palabras, el atreverse a entrar en la “caja negra” y considerar como tarea central la exploración de premisas, mitos y creencias.

Bateson se interesó particularmente por el estudio de las premisas implícitas que guían la adquisición del conocimiento y nuestra conducta. El término **premisa** fue introducido por Bateson (1979) como valor de referencia, principio o ideas abstractas que supone una programación a nivel profundo, fuera del alcance de la conciencia, que guía la conducta de la familia o pareja. Estas ideas o programas “llegan a ser nucleares o nodales dentro de las constelaciones de otras ideas” (Bateson, 1979) y por tanto dan cuenta de las conductas problema y de las asociadas al mismo. Por ejemplo, Bateson (1972) describió la premisa del alcohólico como “Yo controlo la bebida” y la conducta de beber como una forma de ponerla a

prueba. Cada nuevo intento de controlar la conducta adictiva deviene un prueba crucial en la que todo su ser se halla implicado. Sólo cuando el alcohólico "toca fondo" está dispuesto a cuestionar su programa o premisa básica.

Cecchin (en Boscolo et al, 1987) afirma que "los mayores cambios en la terapia familiar vienen cuando consigues operar al nivel de las premisas profundas" (p. 89). Penn (1985) también las considera centrales para generar un cambio en el sistema puesto que la premisa es "una idea contextual inclusiva de un sistema que parece organizar o limitar las conductas vinculadas al problema" (p. 302). Así es que muchos de los procedimientos empleados por estos terapeutas, como por ejemplo el cuestionamiento circular (se describe más adelante) se plantean como formas de hacer explícitas o cuestionar las premisas familiares.

Esta visión constructivista sugiere que el cambio en la terapia implica la modificación del significado, de las premisas o de las estructuras de conocimiento del sistema. De esta forma, Sluzki (1985) propone que el terapeuta deviene un "constructor de realidades" o alternativas más viables para la familia. Minuchin concuerda también con esta visión del cambio cuando afirma que "los pacientes acuden a terapia por ser inviable la realidad que ellos mismos han construido. Por lo tanto, todas las variedades de terapia se basan en la modificación de esos constructos" (Minuchin y Fishman, 1981, p. 84 de la trad. cast.). Para Goolishian y Anderson (1990) el cambio en la terapia implica una reconstrucción de la historia que el sistema ha creado alrededor del problema. Así la conversación se mantiene hasta que se crea una nueva "narrativa".

Concuerda con esta perspectiva constructivista la elaboración de Bogdan (1984) de la noción batesoniana de la "ecología de las ideas" desde la que se entiende el sistema como formado esencialmente por la confirmación recíproca de las ideas de forma que "las ideas de cada miembro le inclinan a comportarse de forma que confirma o apoya las ideas de los otros miembros" (p. 376). También desde el enfoque de los paradigmas familiares propuesto por Reiss (1981) se destaca el papel del sistema de significado en las familias:

*"La idea central que fundamenta este modelo es que la familia, en el curso de su desarrollo, forja presupuestos básicos y persistentes acerca del mundo en el que vive. Estos presupuestos son compartidos por todos los miembros de la familia, a pesar de los desacuerdos, conflictos y diferencias que existen en la familia. En efecto, el núcleo de la pertenencia de un individuo en su familia es su aceptación, creencia y elaboración creativa de estos presupuestos perdurables". (p. 1) "Hablamos de **paradigmas familiares** como organizadores centrales de los constructos compartidos, predisposiciones, expectativas, y fantasías acerca de su mundo social". (p. 2)*

Otros autores han seguido esta noción del paradigma familiar. Por ejemplo, en el tema específico de la problemática de los celos y las relaciones extramaritales, Constantine (1986)

pone de manifiesto el papel crucial que juega el paradigma que ha construido la pareja acerca de la (in)fidelidad para el tratamiento de estos problemas clínicos, puesto que el significado de los celos o las relaciones extramaritales depende muy estrechamente de este modelo o paradigma de relación.

Este interés por los significados compartidos de la familia (premisas, mitos, paradigmas, etc...) se acompaña de un interés creciente en los significado personales. La Teoría de los Constructos Personales de Kelly (1955) representa precisamente un enfoque con cierta tradición en el estudio del significado personal, y al extender su ámbito a los constructos familiares parece complementar idealmente a los constructivistas sistémicos.

#### **4.4. EL CONSTRUCCIONISMO SOCIAL Y SU INFLUENCIA EN LOS TERAPEUTAS SISTÉMICOS**

Partiendo de la misma raíz que la segunda cibernética y el constructivismo, el construccionismo social considera el discurso sobre el mundo no como un reflejo o mapa sino como un artefacto de intercambio común. En su trabajo fundacional Gergen (1985) asume que la acción humana depende del procesamiento cognitivo de la información, y por tanto del mundo tal como es conocido. Para este autor el conocimiento no es algo que la persona posea en su cabeza sino algo que hace conjuntamente con otra gente.

Desde este enfoque el uso del término "verdad" tiene como función primordial garantizar la propia posición y el descrédito de la posición contraria en un contexto de negociación y/o conflicto. Sin duda, este planteamiento es un desafío abierto a los valores tradicionales de la ciencia y la cultura. De hecho, Mendelson (1977) ha argumentado que los supuestos epistemológicos de la ciencia moderna se desarrollaron en gran parte como un medio para mantener el control social.

*"Lo que tomamos por explicaciones correctas y objetivas de la naturaleza y del yo es sólo un subproducto de los procesos sociales."* (McNamee y Gergen, 1992, pág. 20)

En el construccionismo la validez de un conocimiento tiene que ver con el grado de consenso social, por lo que el interés se ciernen sobre procesos de negociación, resolución de conflictos sociales, y la organización del poder. A su vez, algunos terapeutas familiares han visto en este enfoque una fuente de inspiración, como lo testimonia la obra compilada por McNamee y Gergen (1992). En ella participan los terapeutas familiares más destacados al protagonizar la revisión constructivista del modelo sistémico: Tom Andersen, Harlene Anderson, Gianfranco Cecchin, Jay Efran, David Epston, Harold Goolishian, Lynn Hoffman, William H. O'Hanlon, William Lax, Karl Tomm, Michael White y Dora F. Schnitman. Con ello se inscriben bajo la insignia del construccionismo social propuesto conceptualmente por Kenneth J. Gergen.

Otra de las características de este enfoque es el **giro narrativo** que ha dado al movimiento sistémico. Se considera que la realidad se construye en el lenguaje, y forma parte de un relato textual.

*“Los textos son subproductos de las relaciones humanas y se cargan de significación a partir de la manera en que se los usa dentro de las relaciones interpersonales.”*  
(McNamme y Gergen, 1992, pág. 21)

Este renovado interés por lo textual y lo narrativo tiene su mayor exponente en la obra de White y Epston (1991), y los desarrollos que le han seguido (véase Payne, 2000 para una revisión).

## **5. LA INVESTIGACIÓN EN EL MODELO SISTÉMICO**

### **5.1. EL DESARROLLO DE LA INVESTIGACIÓN INTERACCIONAL**

Ya en sus inicios la terapia familiar estuvo muy estrechamente vinculada a la investigación. Durante los años cincuenta se llevaron a cabo varios proyectos de investigación pioneros: el de Palo Alto (Bateson et al, 1956), el de la Universidad de Yale (Lidz et al, 1957), y el del NIMH (Wynne et al, 1958). Estos estudios acerca de las pautas de comunicación de las familias de los esquizofrénicos propulsaron un nuevo enfoque de la psicoterapia, el sistémico, estrechamente ligado a la investigación. Como comenta uno de sus precursores "terapeuta e investigador eran sinónimos" (Haley, 1978, pp. 73-74), y ello constituyó uno de los atractivos más destacados de la propuesta sistémica inicial.

En efecto, la forma en que se realizaba la psicoterapia (uso de espejo unidireccional, grabación de las sesiones, etc.) permitía la observación y el estudio sistematizado del proceso terapéutico, antes restringido a la sacrosanta sala de terapia, reacia a cualquier intromisión externa o registro que pudiera desvelar su intimidad. Se adaptaron varios procedimientos de observación derivados de la investigación de grupos en psicología social, y se desarrollaron además varios sistemas de codificación específicos para la pareja y la familia de acuerdo con la conceptualización sistémica (ver Eisler et al, 1988 para una revisión). Todo ello auguraba un gran desarrollo de la investigación interaccional que podría servir como base de las intervenciones sistémicas que se plantearan.

Aunque se realizaron varios intentos para evitar el divorcio entre investigadores y terapeutas familiares (p.e., la conferencia entre ambos grupos de 1967, ver Framo, 1972), fue inevitable que siguieran caminos diversos y a menudo desconexos. A la vez que el movimiento de la terapia familiar crecía tanto en escuelas y aportaciones clínicas como en practicantes, sus reparos y desconfianzas hacia la investigación aumentaban, mientras disminuía dramáticamente el número de investigadores familiares. En la conferencia de 1985 del NIMH se intenta aglutinar

los esfuerzos más recientes, a la vez que analizar los principales problemas encontrados con el fin de revitalizar la investigación.

## **5.2. PRINCIPALES PROBLEMAS EN LA INVESTIGACIÓN EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA**

Además del cuestionamiento epistemológico, en la década de los setenta entró también en crisis la noción de objetividad y se argumentó la imposibilidad de la observación objetiva de la familia, independiente de los juicios del observador, y del contexto interaccional en el que sitúa el fenómeno observado. Así, el tiempo total en el que un miembro de la familia interviene puede considerarse una medida de dominancia en una familia y resultar irrelevante en otra, en la que las formas de control son principalmente no-verbales. Se criticó a la investigación de simplista y exponente de una concepción lineal de la causalidad (búsqueda de patrones de interacción específicos o características de personalidad de un progenitor que causasen una determinada patología) opuesta a la noción de causalidad circular adoptada por el modelo sistémico. Incluso la noción de doble vínculo como patrón comunicacional generador de trastornos esquizofrénicos (Bateson et al, 1956), hito fundamental en el nacimiento del modelo sistémico, ha sido criticada por su carácter lineal (ver Berger, 1978). Como consecuencia de todo ello, Gutiérrez y Escudero (1987) llegan al punto de hablar de clima de "aversión" al método científico en el movimiento sistémico.

Una cuestión que separó aún más a los investigadores y a los terapeutas familiares fue el hecho de que la investigación controlada requiere una operacionalización microanalítica, que contradice el presupuesto sistémico de que el todo es más que la suma de las partes. A los ojos del terapeuta familiar la investigación interaccional reduce el sistema familiar a una suma de conductas y actos verbales de varios individuos.

## **5.3. LOS ESTUDIOS DE EFICACIA**

Dado este clima poco proclive a la investigación el modelo sistémico ha empezado tarde (y con poco volumen) a producir estudios de resultados. En este sentido hay que señalar que el número de estudios realizado no es representativo de la enorme repercusión que ha tenido el modelo sistémico en la práctica familiar (especialmente si lo comparamos al conductual).

En 1978 Gurman y Kniskern hicieron una revisión de más de doscientos trabajos sobre la eficacia de la terapia familiar de todas las orientaciones que marcó el inicio de una cada vez más abundante literatura sobre la eficacia de un modelo específico.

Otras revisiones se han centrado en la eficacia comparativa de diferentes modelos, especialmente conductuales y no-conductuales. Estas revisiones en las que se intentaba evaluar la eficacia de un determinado modelo, han dado lugar a una multitud de réplicas y contrarréplicas referidas a la adecuación de los criterios de inclusión de los estudios (Gurman y Kniskern, 1978; Stanton y Todd, 1980), a la generalización del término no-conductual (Jacobson y Weiss, 1978).

En definitiva, el panorama de la investigación en terapia familiar no es muy distinto del resto de la investigación terapéutica: Las terapias sistémicas de pareja y de familia producen resultados beneficiosos en aproximadamente dos tercios de los casos, y sus efectos son superiores a la ausencia de tratamiento; sin embargo, ninguna escuela ha demostrado su superioridad sobre las demás. De la revisión de Gurman y Kniskern (1978) se extraen las siguientes conclusiones:

- 1) La terapia familiar y de pareja no-conductual produce resultados beneficiosos en cerca de las dos terceras partes de los casos y sus efectos son superiores a los de la ausencia de tratamiento.
- 2) Cuando se logra implicar a ambos esposos en terapia conjunta para resolver sus problemas matrimoniales, existe una mayor probabilidad de éxito que si sólo acude uno de ellos.
- 3) El nivel evolutivo del paciente identificado (niño, adolescente, adulto) no afecta significativamente a los resultados del tratamiento.
- 4) En la terapia familiar y de pareja, tanto conductual como no-conductual, los resultados beneficiosos suelen ocurrir en tratamientos de corta duración (de 10 a 20 sesiones).
- 5) Tanto la terapia familiar como la de pareja pueden provocar a veces (aproximadamente un 5% de los casos) deterioros tanto individuales como de la relación.
- 6) Un estilo terapéutico caracterizado por una deficiente estructuración de las primeras sesiones de tratamiento y la confrontación de material cargado emocionalmente provoca mucho más deterioro que un "estilo" terapéutico caracterizado por la estimulación de la interacción y el apoyo.
- 7) La terapia familiar es probablemente tan efectiva (y probablemente más) como la mayoría de los tratamientos convencionales (por lo general individuales) para aquellos problemas relacionados con el conflicto familiar.
- 8) No existe apoyo empírico para la superioridad de la coterapia, en comparación con la terapia familiar y de pareja realizada por un único terapeuta.
- 9) Para impedir el empeoramiento, o para mantener el funcionamiento familiar previo, es suficiente un grado de maestría razonable por lo que se refiere a las habilidades técnicas, pero para la producción de resultados auténticamente positivos parece necesario que el terapeuta cuente con habilidades de relación más refinadas.
- 10) Ciertas variables tales como el diagnóstico del paciente identificado, la cualidad de la interacción familiar y otras referidas también a la constelación familiar, ejercen un efecto dudoso sobre los resultados clínicos.

Puesto que estos resultados están basados en una revisión narrativa de los estudios realizados, es bueno prestar atención a los escasos estudios meta-analíticos realizados con respecto a la efectividad de las terapias familiares. Shadish (1990) ha realizado una revisión de 163 estudios restringida a aquellos que emplean asignación al azar, y limitada, en este primer informe preliminar, a las medidas de cambio conductual. Esta investigación concluye dando apoyo a las tesis sobre la eficiencia general de las psicoterapias de pareja y familia, a la vez que relega muy a segundo término la variable modelo de tratamiento en el valor predictivo del cambio conductual. Sin embargo, en algunas comparaciones se capta una tendencia de los enfoques conductuales a mejorar los resultados conductuales obtenidos por otros enfoques, lo que es lógico si tenemos en cuenta la congruencia entre los objetivos del tratamiento y la medida de cambio utilizada.

En nuestro país se ha conducido otra investigación (Bustamante, 1990) que pretende completar los resultados aportados por Gurman y Kniskern (1978) revisando 41 estudios aparecidos en las revistas a las que el autor tuvo acceso entre los años 1978-1988, de los cuales se extraen 482 índices de magnitud del efecto (ME). Bustamante (1990) informa de un promedio de ME de 1,079 que permite sugerir que "los sujetos tratados con alguno de los procedimientos familiares analizados aventajan por término medio al 86% de los sujetos tratados" (p. 19). Bustamante (1990) destaca que los resultados globales obtenidos superan las MEs obtenidas por los estudios meta-analíticos acerca de la eficacia de la psicoterapia en general. Este autor también señala una ligera ventaja de los enfoques conductuales pero sólo en la terapia de pareja, mientras que en la terapia familiar los enfoques sistémicos son los que presentan ventaja.

### ***El estudio de Londres sobre la terapia sistémica de pareja de la depresión***

Los hallazgos de Leff, Kuipers, Berkowitz, Eberleinfries y Sturgeon (1982) sobre Emoción Expresada (EE), en familias de personas con diagnóstico de esquizofrenia fueron de interés para el desarrollo del Ensayo de Londres de Intervención en la Depresión (ELID; Leff et al., 2000). En este último se buscaba determinar si la disminución de la EE de la pareja podía influir positivamente en la reducción de la sintomatología depresiva del Paciente Identificado (PI). Así pues realizaron un estudio comparativo sobre la eficacia de tres tipos de terapia aplicados en la depresión: Terapia Cognitiva (formato individual), Terapia Sistémica de Pareja (TSP) y fármacos antidepresivos. Todas las condiciones de tratamiento disponían de un protocolo en el que se definió el abordaje terapéutico. Jones y Asen (2000), tras varios ajustes, redactaron el manual para la condición TSP.

Inicialmente se evaluaron a 290 pacientes, con diagnóstico de depresión mayor. 202 de los pacientes fueron excluidos del estudio por los siguientes criterios: no tener pareja estable

heterosexual, no aceptar la asignación al azar, no participar voluntariamente en el estudio o/y rechazar medicación antidepresiva. Los 88 pacientes restantes fueron asignados al azar a los tres tipos de terapia que fueron distribuidos homogéneamente según variables sociodemográficas (edad, sexo...) y clínicas (gravedad, evolución...). No obstante, debido al abandono de 8 de los 11 pacientes que se asignó inicialmente a la terapia cognitiva, esta condición de tratamiento se suspendió. Así, pues, en el grupo TSP se trabajó con 40 parejas y, en el grupo tratado con fármacos, con 37 pacientes depresivos.

Los resultados indican una notable disminución de la depresión de los pacientes del grupo TSP respecto al grupo de terapia farmacológica. Jones y Asen (2000) lo relacionan con que la TSP influye en la reducción de la Hostilidad (un aspecto central de la EE) manifestada por las parejas de los pacientes deprimidos. Este descenso de los síntomas depresivos se mantenía durante el seguimiento. La tasa de abandono del tratamiento fue superior en el grupo farmacológico frente a los que habían recibido TSP. El análisis de costes económicos muestra que la TSP no es más costosa que el tratamiento con fármacos antidepresivos.

- Jones, E. y Asen, E. (2000). *Terapia sistémica de pareja y depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2004.

## **6. FORMACIÓN Y ASOCIACIONES DE TERAPIA SISTÉMICA**

En términos generales, el modelo sistémico, sea en su vertiente pragmática o en la constructivista, ha tenido un desarrollo tremendamente expansivo en los últimos años y ha sido aceptado en muchos contextos, tanto privados como públicos, por su eficiencia y flexibilidad para tratar problemas de carácter muy distinto. A menudo, este enfoque es considerado como alternativa cuando tratamientos individuales o de grupo han fracasado.

Un signo de esta "explosión sistémica" es que mientras en 1973 sólo había una revista dedicada al tema, en la actualidad existen unas dos docenas en varios países y lenguas del mundo. Pero la proliferación de centros de formación de psicoterapeutas, y la creación de asociaciones profesionales y científicas que los vinculan son también exponentes de este substancial desarrollo y vitalidad del modelo sistémico.

### **6.1. CENTROS DE FORMACIÓN**

La formación es uno de los aspectos más fundamentales para el adecuado desarrollo de cualquier modelo de intervención. En general, la formación en terapia familiar se plantea en base al estudio de las teorías y de la práctica supervisada que, en este caso, se beneficia del apoyo audiovisual o del espejo unidireccional. La posibilidad de que el terapeuta en formación observe los casos directamente, tal como se van desarrollando, y que posteriormente pueda conducir un

caso real con supervisión directa supone una gran innovación formativa con excelentes resultados. En este formato, el supervisor, quien es a la vez formador, observa al terapeuta en formación detrás de un espejo o cámara de vídeo, con la posibilidad de llamarlo a consultar o simplemente de enviarle un breve mensaje por el intercomunicador. Quizá más que en ninguna otra escuela terapéutica, los modelos sistémicos han hecho del vídeo y del espejo unidireccional un instrumento indispensable en la terapia y en la formación.

Gurman *et al* (1986) informan que sólo en los Estados Unidos existen más de 300 cursos de formación, de los cuales más de la mitad se imparten en programas universitarios de posgrado o doctorado. En la década de los ochenta la cifra de psicoterapeutas que recibían formación en terapia familiar sistémica se acercaba a las 15.000 anuales sólo en este país.

En nuestro país, existen centros de formación sistémica en casi todas las ciudades importantes. Aunque el grueso de la formación en terapia familiar ha recaído en centros privados, en la actualidad se observa una tendencia a la incorporación de estos enfoques al ámbito universitario. Para citar sólo algunos ejemplos en nuestro país, mencionaremos las Universidades en las que nos consta la existencia de programas de formación a nivel de posgrado en terapia familiar sistémica:

- Universidad Autónoma de Barcelona: Master en Terapia Familiar Sistémica
- Universidad Pontificia de Salamanca: Master en Terapia Sistémica
- Universidad de Sevilla: Master en Psicoterapia Relacional

## **6.2. ASOCIACIONES PROFESIONALES Y CIENTÍFICAS**

Existen varias asociaciones profesionales de terapia familiar con predominancia sistémica, de entre las cuales destaca por su tamaño la *American Association for Marriage and Family Therapy* (AAMFT), que en 1975 tenía unos 7.000 miembros y en 1986 llegaba a los 13.000. También en EE. UU., y con posterioridad a la anterior, se creó la *American Family Therapy Association* (AFTA).

En Europa se constituyó en 1990 la *European Family Therapy Association* a partir de las distintas asociaciones nacionales. En el 2001, EFTA se reorganizó de forma que ahora se compone de tres cámaras: la de las organizaciones nacionales, la de los institutos de formación y la de los miembros individuales. Cada tres años suele realizar un congreso.

En España existen varias asociaciones de carácter regional, que han funcionado de modo informal desde 1977 y recientemente se ha constituido una confederación de ámbito estatal: la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF). Al mismo tiempo, y al parecer más ligada a la Universidad, existe la Asociación Española para la Investigación y Desarrollo de la Terapia Familiar. Ambas organizaciones se hallan vinculadas a la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP) entidad que aglutina a la casi totalidad de asociaciones profesionales de orientaciones teóricas diversas (psicoanalistas, humanistas,

conductuales, cognitivos y sistémicos), establece un proceso común de acreditación de psicoterapeutas, e instaura un registro de psicoterapeutas acreditados, todo ello de acuerdo con unos criterios mínimos que se acuerdan en la EAP.

La estructura federativa de la FEAP otorga a sus asociaciones miembro la autoridad para reconocer la adecuada formación de sus psicoterapeutas afiliados (en base a los criterios mínimos de la FEAP). Pero la cuestión de quién debe llevar a cabo realmente esta formación no está concretada. En la práctica parece que cada asociación establece sus propios centros de formación y práctica. Esta estructura hace que todo dependa en última instancia de la asociación a la que el psicoterapeuta se afilie.